



Jahresbroschüre der DGIM 2015

Deutsche Gesellschaft
für Innere Medizin e.V.





Editorial

*Liebe Mitglieder,
liebe Leserin, lieber Leser,*

das abgelaufene Berichtsjahr war zweifellos geprägt von dem lange angekündigten Umzug unseres Jahreskongresses aus den mittlerweile abgerissenen Messehallen in Wiesbaden in die Kongresshallen des Rosengartens in Mannheim. Dieser Umzug war verbunden mit der Verschiebung des Kongresstermins um eine Woche, um damit den Wünschen der Kongressbesucher entgegenzukommen, die Osterferien auszusparen.

Gewiss war dieser Jahreskongress aber aus zwei anderen Gründen ein ganz besonderes Ereignis: Nach jahrelangen, systematischen Vorarbeiten der Medizinhistoriker Professor Hans-Georg Hofer von der Universität Münster und Privatdozent Dr. Ralf Forsbach vom Medizinhistorischen Institut der Universität Bonn über die Geschichte der DGIM in der Zeit des Nationalsozialismus wurde am Sonntag, den 19. April 2015 im Rosengarten in Mannheim eine große Ausstellung mit 34 großen Bildtafeln eröffnet. Unvergesslich werden die ungemein denkwürdigen Eröffnungsreden des Vorsitzenden des Zentralrates der Juden und Internisten Dr. Josef Schuster aus Würzburg sowie von Michael Hallek bleiben. Der Vorstand hatte im Vorfeld in enger Absprache mit dem Ausschuss unserer Gesellschaft eine Erklärung veröffentlicht, in der wir uns beschämt zeigen, dass 70 Jahre vergehen mussten, bevor das Handeln von Mitgliedern unserer Gesellschaft in der Zeit des Nationalsozialismus untersucht und öffentlich gemacht wurde.

Ein weiteres zentrales Thema durchzog wie ein roter Faden den diesjährigen Kongress: Mit „Klug entscheiden“ hat die DGIM eine vielbeachtete Initiative gestartet, die das Ziel hat, die Qualität der Patienten-

versorgung zu verbessern. Sie wurde begleitet von zahlreichen Presseaktivitäten, beginnend mit einer achtseitigen FAZ-Beilage mit dem Titel „Medizin zwischen Möglichkeiten und Erfolg“, die zum Auftakt des Kongresses erschien. In diese Initiative haben wir alle Schwerpunkt- und assoziierten Gesellschaften der Inneren Medizin in einer Arbeitsgruppe mit eingebunden. Wir streben an, aus allen Bereichen der Inneren Medizin evidenzbasierte Beispiele der Überversorgung, aber auch der Unterversorgung zu sammeln und dann zu veröffentlichen. Die Sitzung von Vorstand und Ausschuss vor Beginn des Jahreskongresses war ein beeindruckender Beleg dafür, mit welch hohem Engagement sich die Mitglieder unserer Gesellschaft an der breiten Themenpalette beteiligen, die in unseren Kommissionen und Arbeitsgruppen bearbeitet werden. Alle haben das Ziel, den Mitgliedern der DGIM die Arbeit zu erleichtern und unsere jungen Mitglieder zu fördern. Beispielhaft seien hier die Auslobung von Promotionsstipendien, die Unterstützung von Mitgliedern zum Besuch der Kurse zur Erlangung der Qualifikation „Antibiotic Stewardship“ (ABS) sowie die Ausrichtung der DGIM-Förderakademie erwähnt.

Insgesamt präsentiert sich die DGIM als eine lebendige Fachgesellschaft mit weiterhin steigender Mitgliederzahl, die Themen schnell aufgreift und mithilfe der bestehenden oder eingerichteten Arbeitsgruppen und Kommissionen umsetzt.

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

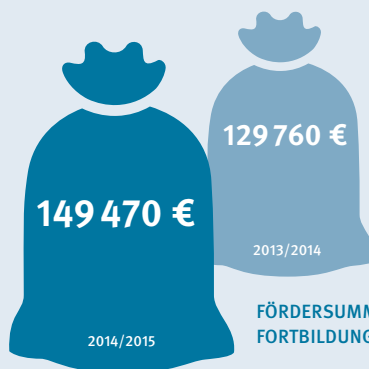
Prof. Dr. med.
Gerd Hasenfuß
Vorsitzender 2015/2016

DGIM 2014/2015 AUF EINEN BLICK



MIT
6 POSITIONSPAPIEREN
UND
29 PRESSEMELDUNGEN

BEZOG DIE DGIM STELLUNG ZU WISSENSCHAFTLICHEN
UND GESUNDHEITSPOLITISCHEN FRAGESTELLUNGEN



FÖRDSUMME FÜR STIPENDIEN,
FORTBILDUNGEN UND PREISE

IN JÄHRLICH

**6 GESELLSCHAFTS-
AUSGABEN**

IN DER DMW UND

**12 GESELLSCHAFTS-
AUSGABEN**

DER ZEITSCHRIFT „DER INTERNIST“ INFORMIERT
DIE DGIM IHRE MITGLIEDER REGELMÄSSIG



**31 000
MENSCHEN**

HABEN SEIT IHREM ERSCHEINEN
DIE DGIM-APP „MOBILE
LEITLINEN INNERE MEDIZIN“
HERUNTERGELADEN
(2013/14: 20 800)



ZAHLEN UND
FAKTEN ZUM
121. INTERNISTEN-
KONGRESS



Die DGIM – Wer wir sind, wofür wir uns einsetzen

Mit über 24.000 Mitgliedern im Jahr 2015 ist die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) heute die größte medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft in Europa. Seit ihrer Gründung im Jahr 1882 in Wiesbaden vereint sie unter ihrem Dach die Interessen der auf dem Gebiet der Inneren Medizin tätigen Wissenschaftler und Ärzte.

Zentrales Anliegen: Wissenschaft und Forschung vorantreiben

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

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

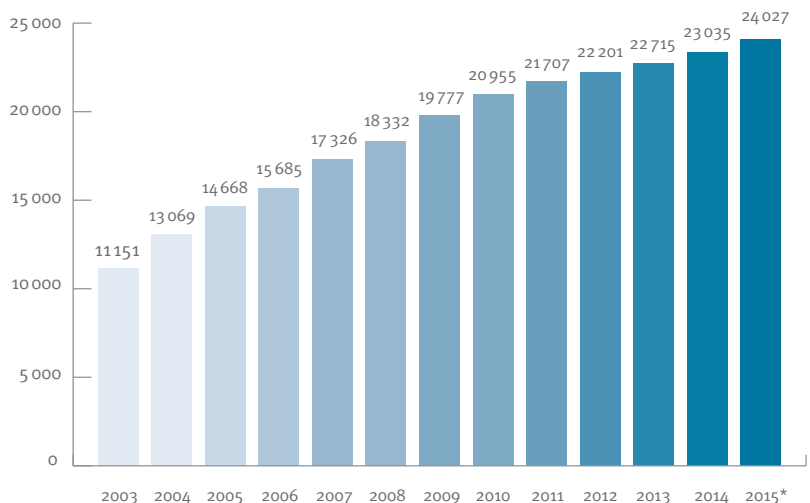
logie, Gastroenterologie, Hämatologie/Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie und Rheumatologie anerkannte Schwerpunkte der Inneren Medizin. Als weitere internistische Spezialbereiche versteht die DGIM Geriatrie, internistische Intensiv- und Notfallmedizin sowie Infektiologie.

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

Wissenschaft – die Basis guter Patientenversorgung

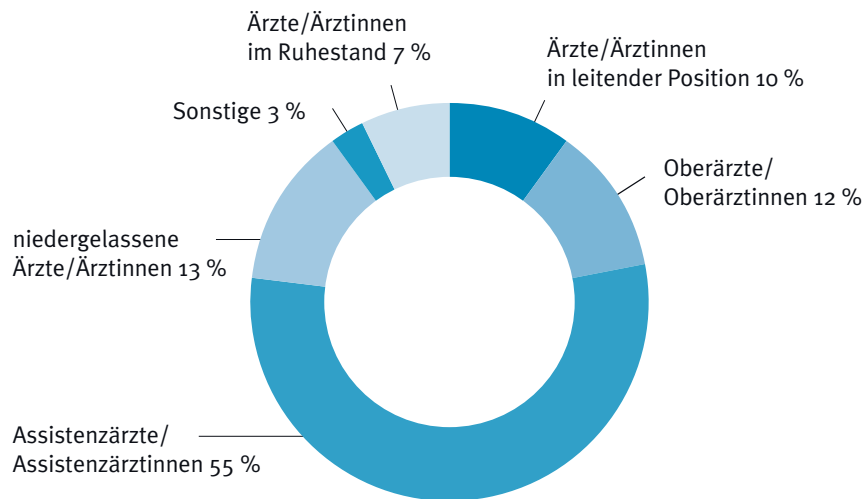
Die DGIM sieht es als ihren zentralen Auftrag, Wissenschaft und Forschung auf dem gesamten Gebiet der Inneren Medizin zu fördern – zum Wohle der Patienten. Sie unterstützt in diesem Sinne auch den Eingang aktueller Forschungsergebnisse in die tägliche Versorgung in Klinik und Praxis. Der jährliche Internistenkongress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

Mitgliederentwicklung
der DGIM 2003–2015



*Stand: 1. September 2015

Mitgliederstruktur der DGIM 2015



se aus der gesamten Inneren Medizin zu diskutieren und auszutauschen. Viele Jahre fand der Internistenkongress in den Rhein-Main-Hallen in Wiesbaden statt. Durch den Abriss und Neubau des Gebäudes halten die Internisten ihren Jahreskongress derzeit im Congress Center Rosengarten in Mannheim ab. Über Positionspapiere und Stellungnahmen macht sie immer wieder deutlich, wie wichtig Forschung und Forschungsnachwuchs für eine gute Patientenversorgung sind. Darüber hinaus fördert die DGIM ganz gezielt wissenschaftlichen Nachwuchs – seit 2015 beispielsweise auch über die DGIM-Förderakademie und das Mentorenprogramm in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI). Denn allein ein grundlegendes wissenschaftliches Verständnis von einer Erkrankung erlaubt es, diese zu erkennen und angemessen zu behandeln.

Guter Mix: Nachwuchs und Professionals

Ende August 2015 waren exakt 24027 Personen bei der DGIM als Mitglied eingetragen. Damit setzt sich der Wachstumstrend der Fachgesellschaft kontinuierlich fort. Die Mitgliederbasis der DGIM hat sich seit 2003 mehr als verdoppelt. Dieser anhaltende Wachstumstrend belegt, dass die Leistungen der DGIM von Internisten hierzulande sehr geschätzt werden. Und: Die Mitglieder der DGIM halten ihr die Treue. Mehr als ein Drittel sind länger als zehn Jahre in der DGIM. Eine insbesondere in den 2000er-Jahren vollzogene Modernisierung der Gesellschaft führte zu einer Verjüngung in der DGIM, die bis heute andauert: Seit Jahren sind über die Hälfte der Mitglieder Assistenzärzte. Deren Anteil beträgt im Jahr

2015 55 Prozent. Auch sehr erfreulich ist, dass sich insbesondere Internistinnen von der Gesellschaft angesprochen fühlen: Mit derzeit fast 10000 Frauen in der DGIM fehlt nicht mehr so viel, bis ein zahlenmäßig ausgeglichenes Geschlechterverhältnis erreicht ist.

Weiterbildung ermöglichen – Versorgungsqualität stärken

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

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

Wirkungsvoll durch gebündelte Kompetenz

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

schen und österreichischen Internistengesellschaft – SGIM und ÖGIM – an.

Um ausgewählte Fragestellungen – sowohl auf medizinischer als auch gesundheitspolitischer Ebene – zielführend und fundiert bearbeiten zu können, hat die Fachgesellschaft themenspezifische Expertenkommissionen und Task Forces gegründet. Um die Patientenversorgung im Hinblick auf die Indikationsqualität kontinuierlich zu verbessern und langfristig zu sichern, hat die DGIM beispielsweise erst kürzlich die Task Force „Klug entscheiden“ ins Leben gerufen. Für den reibungslosen Ablauf sämtlicher Aktivitäten sorgt die Geschäftsstelle der DGIM in Wiesbaden. Sie ist ständiger Ansprechpartner für alle Belange der Mitglieder. Die Kommunikation nach innen und außen, mit Mitgliedern, Medien und anderen Zielöffentlichkeiten, pflegt die DGIM über ihre Pressestelle.

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V.

Gremien

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

Neuer Vorstand bei der DGIM 2015/2016

Vorsitzender der DGIM für das Jahr 2015/2016 ist Professor Gerd Hasenfuß. Der Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie von der Universitätsmedizin Göttingen löst damit Professor Michael Hallek aus Köln ab. Einer seiner fachlichen Schwerpunkte liegt in der Entwicklung neuer Therapien der Herzinsuffizienz. Professor Hasenfuß gestaltet als Kongresspräsident auch den 122. Internistenkongress.

Seit 1998 leitet Professor Hasenfuß die Klinik für Kardiologie und Pneumologie der Georg-August-Universität Göttingen. Medizin studierte er in Freiburg. Nach seiner Facharztausbildung arbeitete er zwei Jahre als Gastwissenschaftler an der medizinischen Fakultät der Universität von Vermont, USA. Für seine Forschung erhielt Professor Hasenfuß zahlreiche wissenschaftliche Auszeichnungen, zuletzt den William Harvey Basic Science Lecture Award der European Society of Cardiology. Professor Hasenfuß leitet seit 2001 das Herzzentrum Göttingen, er ist Vorstandsmitglied des Deutschen Zentrums für Herz-Kreislauf-Forschung, seit 2012 ist er außerdem Sprecher des Sonderforschungsbereichs SFB 1002 „Modulatorische Einheiten bei Herzinsuffizienz“ der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG).

Demographischer Wandel fordert Innovation

Als Vorsitzender der DGIM gestaltet Gerd Hasenfuß auch das Programm des 122. Internistenkongresses im Jahr 2016. Das von ihm gewählte Leitthema „Demographischer Wandel fordert Innovation“ bildet den thematischen Kern der kommenden Jahrestagung. „Unsere demographischen Veränderungen führen zu einer Zunahme von chronischen und degenerativen Erkrankungen, bewirken aber auch insgesamt gesehen gesellschaftliche Verschiebungen“, sagt Professor Hasenfuß. „Die Medizin ist daher dringend aufgefordert, neue Wege zu gehen und sich mit Innovationen auf die Patienten einzustellen.“

Neuer Vorstand der DGIM

Dem neuen DGIM-Vorstand 2015/2016 gehört neben Professor Hasenfuß sein Vorgänger im Amt an: Professor Michael Hallek ist nun 1. stellvertretender Vor-

sitzender. Professorin Petra-Maria Schumm-Draeger aus München übernimmt das Amt der 2. stellvertretenden Vorsitzenden. Zum 3. stellvertretenden Vorsitzenden wurde Professor Cornel Sieber aus Nürnberg neu in den Vorstand gewählt. Professor Michael P. Manns ist turnusgemäß aus dem Vorstand ausgeschieden.

Generalsekretär der DGIM bleibt Professor Ulrich R. Fölsch, Kiel. Die Kassenführung liegt unverändert bei Professor Richard Raedsch, die Geschäftsführung bei Rechtsanwalt Maximilian Guido Broglie, beide Wiesbaden. Stellvertretende Geschäftsführerin ist Diplom-Kauffrau Ourania Menelaou, ebenfalls aus Wiesbaden.



Professor Dr. med. Gerd Hasenfuß aus Göttingen

Elektronische Welt der DGIM

Ärzte informieren sich nicht nur auf Kongressen oder bilden sich durch die Lektüre von Fachzeitschriften fort, sie nutzen verstärkt das Internet. Hier können sie unabhängig von Zeit und Ort arbeiten, und auch die Möglichkeit zum interaktiven Auffrischen finden viele attraktiv. Die DGIM entwickelt daher intensiv eigene elektronische Angebote weiter.

Dazu gehören etwa die DGIM-Homepage unter www.dgim.de als erste virtuelle Anlaufstelle, die dem Nutzer einen schnellen Zugang zu allen Angeboten, Neuigkeiten, Preisen, Fortbildungsterminen oder Stellungnahmen ihrer Fachgesellschaft ermöglicht. Die DGIM nutzt die verschiedenen Kanäle des Internets, um Internistinnen und Internisten fortzubilden, zu vernetzen und zu informieren.

e.Akademie der DGIM – didaktisch sinnvoll fortbilden

Die DGIM e.Akademie ist das Kernstück der digitalen Fortbildung der Fachgesellschaft. Darin sind drei kostenlose Formate zur Onlinefortbildung verfügbar: e.Tutorial, e.Tutorial plus und e.Lecture. Ein eigens gegründeter wissenschaftlicher Beirat in der DGIM wählt die Themen aus, testet die Plattform und prüft die Inhalte. Seine Mitglieder kommen aus allen Schwerpunkten der Inneren Medizin. Damit ist sicher-

gestellt, dass genau die Themen angeboten werden, die über alle Fächer hinweg für Internisten relevant sind. Die DGIM e.Akademie bietet Nutzern ein breites Portfolio an didaktischen Elementen zu einem Fortbildungsthema.

Gegliedert in Unterthemen vermitteln Animationen, Schemata, interaktive Elemente, eingestreute Fragen und Experteninterviews Wissen für die tägliche Praxis. Die Inhalte dafür produziert der Fachverlag Springer Medizin auf der Basis fachlich geprüfter Literatur. Zusätzlich erfolgt eine inhaltliche Begutachtung der e.Tutorial plus durch klinische Experten. In der DGIM e.Akademie finden Mitglieder der DGIM ein breit aufgestelltes, kostenloses Fortbildungsangebot: Von Informationen über Infektionskrankheiten wie Hepatitis C und die richtige Behandlung von Zöliakie bis hin zu geriatrischem Wissen wird ein großes Spektrum an aktuell relevanten Themengebieten abgedeckt.

Apps für Internisten – Neuigkeiten und Leitlinien griffbereit

Damit Internisten evidenzbasiertes Wissen und wichtige Meldungen jederzeit in ihrem Berufsalltag griffbereit haben, hat die DGIM zwei Applikationen für Smartphone und Tablet entwickelt. Mit der DGIM-App „Mobile Leitlinien Innere Medizin“ bereitet die Fachgesellschaft nach und nach allgemeininternistische Leitlinien für die mobile Nutzung auf. Die App ist so konzipiert, dass Ärzte schnell und einfach die entsprechenden evidenzbasierten Empfehlungen finden.

Wo es sich anbietet, werden die Leitlinien mittels eines interaktiven Diagnosepfads dargestellt. Neben dem „Volltext“ besteht über die Menüpunkte „Diagnose“ und „Therapie“ die Möglichkeit, schnell auf den interaktiven Diagnosepfad zuzugreifen, der auf Algorithmen basiert. So ist es möglich, sich in wenigen Schritten von der Anamnese zur evidenzbasierten Therapieempfehlung zu „klicken“. Ein Glossar mit den wichtigsten Abkürzungen und Begriffserklärungen rundet die App ab. Der Börm Bruckmeier Verlag hat die technische Realisierung der App übernommen. Es gibt sie bisher für Android-Systeme, iPhone und in einer für das iPad optimierten Version. Im Zuge des



diesjährigen Internistenkongresses hat die DGIM das Angebot der Leitlinien-App für alle Nutzer freigeschaltet – damit können auch Ärzte, die nicht Mitglied der Fachgesellschaft sind, von dem Angebot profitieren. Außerdem informiert die DGIM-App „Innere Medizin News“ die Mitglieder täglich über Neuigkeiten auf ihrem Fachgebiet, Interessantes aus der Politik sowie über Termine.

Medical Online Congress – Virtueller Kongress

Der jährliche Internistenkongress bietet mit zahlreichen Vorträgen ein umfangreiches und volles Programm. Selbst bei bester Organisation verpassen Besucher interessante Veranstaltungen des Internistenkongresses. Mit dem MOC haben Internisten die Möglichkeit, verpasste Vorträge bequem von zu Hause aus zu verfolgen oder Kenntnisse aus einem bereits gehörten Vortrag aufzufrischen.

Dazu hat die DGIM den Deutschen Ärzte-Verlag beauftragt, einen Großteil der Sitzungen aufzuzeichnen und redaktionell aufzubereiten. Auf der Internetseite www.dgim-onlinekongress.de finden Nutzer wissenschaftliche Inhalte des Kongresses, Interviews mit Experten, Informationen aus der DGIM und der Industrie sowie redaktionelle Beiträge.

ge. Damit Interessierte die für sie wichtigen Inhalte zügig finden, sind die Videos der aufgezeichneten Vorträge in Themenblöcken zusammengefasst und strukturiert aufbereitet. Der Zugang des DGIM-Internetangebots ist für alle Kongressbesucher und die Mitglieder der DGIM kostenlos. Der Zugangscode lautet DGIM2015. Rund 209 Vorträge hat die DGIM vom 121. Internistenkongress aufgezeichnet und online gestellt. Aber auch Vorträge des vorhergehenden Kongresses stehen nach wie vor zur Verfügung.



In der DGIM-App finden sich derzeit 13 Leitlinien.

Die DGIM in sozialen Netzwerken

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

Mit ihren Profilen im „social web“ schafft die DGIM eigene virtuelle Plattformen für Diskussionen und schnelle Information über Themen, die ihre Mitglieder interessieren und beschäftigen. Hier informiert sie außerdem über ihre Veranstaltungen sowie über wichtige Themen und Anliegen. Auf der Facebook-Fanpage der DGIM finden sich darüber hinaus Informationen zu Ausschreibungen, Nachwuchsförderungen, Coaching-Programmen, Stellungnahmen und News, die für Internisten aus Praxis und Forschung interessant sind.

Die DGIM lädt alle Mitglieder und Interessierten ein, sich aktiv zu beteiligen, und freut sich auf Anregungen, Beiträge und vielfältige Diskussionen. Bereits über 1300 Facebook-Nutzer nehmen dieses Angebot der DGIM wahr.



Facebook-Post vom diesjährigen Internistenkongress

Medienarbeit für die Innere Medizin

Im Rahmen ihrer aktiven Medien- und Öffentlichkeitsarbeit pflegt die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin den Dialog mit ihren verschiedenen Zielgruppen. Über ihre Pressestelle wendet sich die DGIM regelmäßig an die Medien und erreicht damit eine hohe Sichtbarkeit, Präsenz und nicht zuletzt hohes Ansehen als anerkannte, meinungsgebende Institution. Für zahlreiche Themenkomplexe – ob im wissenschaftlichen oder berufspolitischen Bereich – konnte sich die Fachgesellschaft als bevorzugter und angesehener Ansprechpartner für Journalisten etablieren. Im vergangenen Jahr erhöhte sich erneut die Aufmerksamkeit für das Engagement der Fachgesellschaft. Im Mittelpunkt der Berichterstattung standen die Rolle der Inneren Medizin für die Gesamtmedizin, ihr Auftrag in Klinik, Praxis und Wissenschaft und nicht zuletzt ihre Bedeutung für Gesellschaft und Patienten.

Über ihre Pressestelle steht die DGIM in ständigem Kontakt mit meinungsbildenden Print- und Online-Redaktionen in Deutschland, öffentlichen wie privaten Hörfunk- und Fernsehanstalten sowie mit Nachrichtenagenturen. Sie informiert über die von der DGIM erarbeiteten Publikationen, Positionspapiere und Stellungnahmen, bewertet aktuelle Studien und bezieht Position zu aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen. Als zentrales Fach in der Medizin regt die DGIM qualitative, strukturelle und prozessorientierte Veränderungen an – und diese Aktivität wird von den Medien aufgenommen und honoriert. So auch im vergangenen Jahr.

Ob Print oder Online – die DGIM erreicht die Bevölkerung

Allein für das Kalenderjahr 2014 erfasste die Pressestelle insgesamt 2206 Presseberichte in Print- Hörfunk-Onlinemedien und TV. Mehr als die Hälfte der Veröffentlichungen über die DGIM erschienen in den Publikumsmedien. Ein Schwerpunkt lag bei regionalen und lokalen Zeitungen, aber auch große überregionale Blätter wie die Frankfurter Allgemeine Zeitung und die Süddeutsche Zeitung griffen Anliegen und Themen der DGIM in Beiträgen auf. Sehr bemerkenswert war in 2014 auch die Zahl der Beiträge im Internet. Mit dieser breiten Medienpräsenz konnte die DGIM auch eine besonders hohe Zahl an Lesern erreichen: Die

Reichweite aller Beiträge in den Printmedien wuchs auf mehr als 250 Millionen an. Demzufolge hatte jeder Bundesbürger im abgelaufenen Kalenderjahr mehrfach Gelegenheit, in den Medien über die Themen, Anliegen und Aktivitäten der DGIM zu lesen.

Auch wenn die Fachgesellschaft mittlerweile als die Experten-Instanz in der Medizin häufig von den Medien angesprochen wird, ist die umfangreiche Berichterstattung insbesondere auf eine sehr aktiv ausgerichtete Medienarbeit zurückzuführen: Zwischen August 2014 und August 2015 verbreitete die DGIM über ihre Pressestelle 29 Pressemeldungen. Diese Texte brachte sie über unterschiedliche Kanäle in Umlauf: per Post und E-Mail wie auch über Informationsdienste im Internet, verschiedene Online-Kanäle, Social-Media-Tools und die Homepage der DGIM. Journalisten haben hier jederzeit die Möglichkeit, sich Informationen wie Texte oder Pressemappen herunterzuladen und sie für ihre Arbeit zu nutzen. Und auch mit ihrer wichtigsten Zielgruppe, kommuniziert die DGIM sehr regelmäßig: mit ihren Mitgliedern. Diese informiert die DGIM quartalsweise über einen elektronischen Newsletter: „DGIM aktuell“. Darin berichtet sie über Aktivitäten der Fachgesellschaft und die Innere Medizin betreffende Neuigkeiten. Eine Vielzahl von Medizinerinnen erreicht die Fachgesellschaft auch über ihre Mitteilungen in den Fachzeitschriften „Der Internist“ und die „DMW Deutsche Medizinische Wochenschrift“.

Pressekonferenzen – Ein Sprachrohr der DGIM

Die Pressestelle der DGIM kommunizierte in 2014/2015 nicht nur politische, sondern zahlreiche medizinisch-internistische Themen, die sie aus ihrer Sicht bewertete und einordnete – so etwa zum Thema Syphilis, zu neuen Therapien bei Krebserkrankungen oder zu den unterschätzten Folgen des Tabakkonsums. Immer wieder greift sie auch die Situation von Ärzten und Internisten auf, weist auf neue Entwicklungen und Probleme in der Gesamtmedizin hin und bietet Lösungsansätze. Dazu zählte im vergangenen Jahr etwa die von der DGIM initiierte Kampagne „Klug entscheiden“, die für großes Interesse seitens der Medien sorgte, außerdem Stellungnahme zur Systemmedizin oder das Engagement der DGIM für die infektiologische Versorgung in Deutschland.

Bei der Pressekonferenz zum Auftakt des Jahres im Februar 2015 in Berlin bot die DGIM den Medien bereits einen ersten Ausblick auf den 121. Internistenkongress. Kongresspräsident Professor Michael Hallek berichtete den Medienvertretern über sein Leitthema „Molekulare Prinzipien der Inneren Medizin: Aufbruch in eine neue Ära“ und die sich daraus ableitenden Hauptthemen. Mit 26 Journalisten von überwiegend meinungsbildenden Medien war diese Veranstaltung sehr gut besucht.

Das Leitthema des 121. Internistenkongresses bestimmte auch die begleitende Medienarbeit. Die Pressestelle bereitete 16 Pressemitteilungen auf, um die Medien vor und während des Kongresses über neueste wissenschaftliche Erkenntnisse und medizinische Fortschritte zu informieren. Dadurch lenkte sie die Aufmerksamkeit auf medienrelevante Aspekte des Kongressprogramms, aktuelle Themen und nicht zuletzt auf den neuen Kongresszeitpunkt und Kongressort in Mannheim. Dies geschah auch in Form von Kongressnewslettern, Video-Podcasts und in den Mitteilungen der DGIM in deren Organen. Der 121. Internistenkongress wurde von der Presse ungebrochen intensiv wahrgenommen. Asu medialer Sicht ist der Wechsels an den neuen Standort erfolgreich verlaufen: 352 Medienvertreter besuchten die Tagung im Congress Center Rosengarten. Dazu gehörten Journalisten der lokalen wie überregionalen Medien, von Fachzeitschriften, Tagespresse und Publikumszeitschriften bis hin zu Hörfunk und Nachrichtenagenturen.

Die Kampagne „Klug entscheiden in der Medizin“ der DGIM begleitete die Pressestelle mit regelmäßigen Veröffentlichungen ab den Frühjahr 2015, über die Pressekonferenz im Februar und den Kongress im April bis hin zu einer monothematischen Pressekonferenz in Berlin im Juli 2015. Diese Pressekonferenz besuchten mehr als 30 Journalisten und zahlreiche Multiplikatoren aus dem Gesundheitswesen. Mit diesem Vorstoß konnte die DGIM eine Vielzahl von Nachfragen seitens bedeutender Medien und breite Berichterstattung generieren und traf in der Gesellschaft den „Zahn der Zeit“.

Komplexe Themen erfolgreich transportieren

Daneben hat sich auch das Herbstsymposium der Korporativen Mitglieder der DGIM zum festen Termin im medialen Kalender entwickelt. Seit vielen Jahren wird es mit einer Pressekonferenz abgeschlossen – auch 2014. Einmal mehr wählten die Korporativen Mitglieder mit „Vorbeugen oder Behandeln – Wohin geht die Innere Medizin?“ ein Thema, das überregional Anklang und mit der Agenturmeldung zu „Sport statt Pillen“ Eingang in zahlreiche Printmedien fand. Die regelmäßige umfangreiche Berichterstattung über Anliegen und Positionen der DGIM ist auch in den letzten zwölf Monaten ein Beleg für die Relevanz ihrer Themen und ihre große mediale Präsenz.

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

Internistenkongress

Der Internistenkongress der DGIM gehört zu den bedeutendsten Fachkongressen in Deutschland. Hier bilden sich regelmäßig über 8000 Internisten aus Klinik und Praxis vier Tage lang 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 Praxiskurse und interaktive Falldiskussionen statt. Auch dem ärztlichen Nachwuchs bietet der Kongress mit Postersitzungen, wissenschaftlichen Preisen und dem Nachwuchsforum „Chances“ eine attraktive Plattform. In einer Ausstellung präsentiert die Industrie hier ihre Neuheiten. Ebenso wie die DGIM steht der Internistenkongress für die Einheit der gesamten Inneren Medizin und ist Spiegelbild ihrer Vielfalt. Als Fortbildungsveranstaltung auf höchstem wissenschaftlichem Niveau spielt er eine unverzichtbare Rolle für den Fortschritt in der Inneren Medizin. Für DGIM-Mitglieder ist der Kongressbesuch daher kostenlos. Erstmals fand der Internistenkongress aufgrund des Umbaus der Rhein-Main-Hallen im Congress Center Rosengarten in Mannheim statt,

wo der Kongress auch in den kommenden Jahren gastieren wird.

MEDICA EDUCATION CONFERENCE

Die Verbindung von Wissenschaft und Medizintechnik bringt faszinierende Ergebnisse hervor, die für Patienten von großem Nutzen sind. Diesen Fortschritten widmet sich die MEDICA EDUCATION CONFERENCE, die alljährlich in Düsseldorf stattfindet, parallel zur weltgrößten Messe für Medizintechnik, der MEDICA. Wie im vergangenen Jahr veranstaltet die DGIM zusammen mit der Messe Düsseldorf die Konferenz. Sie ist als Fortbildungsveranstaltung für alle medizinischen Fächer sowie für Vertreter aus Wissenschaft und Industrie konzipiert. Alle Veranstaltungen im Programm der MEDICA EDUCATION CONFERENCE werden mit CME-Punkten von der Ärztekammer Nordrhein zertifiziert.

Nach der positiven Resonanz vom Vorjahr wurden die Strukturen im Programm noch stärker gestrafft. Die MEDICA EDUCATION CONFERENCE bietet in diesem Jahr daher eine noch stärkere Ausrichtung auf Innovationen aus der Medizintechnologie sowie eine einzigartige interdisziplinäre Beleuchtung von medizinischen Themen. Zahlreiche internationale und nationale Referenten verhelfen den Teilnehmern der Konferenz zu einem Blick über Fachgrenzen hinweg.

Die Tageseintrittskarte für die MEDICA EDUCATION CONFERENCE berechtigt auch zum Besuch der MEDICA am gleichen Tag. So können sich Teilnehmer nach dem Besuch eines Konferenztages ab 16 Uhr von weiteren Innovationen im Bereich von Wissenschaft und Medizintechnik in den Messehallen der MEDICA begeistern lassen.

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 multimediale Inhalten. Im Basismodul e.Tutorial finden sich vor

allem textbasierte, zertifizierte Fortbildungsbeiträge in einer komfortablen Onlineversion. Die Grundlage für dieses Modul bilden ausgewählte CME-Beiträge aus den Springer-Printtiteln. Das erweiterte Modul in der DGIM e.Akademie, e.Tutorial plus, vermittelt anhand von Animationen, interaktiven Pfaden, Expertenvideos und Infografiken verständlich und visuell ansprechend allgemein- internistische Inhalte.

Eingestreute Fragen und ein Abschlusstest im e.Tutorial plus machen Nutzer auf besonders wichtige Inhalte aufmerksam. Ein wissenschaftlicher Beirat der DGIM wählt die Inhalte aus und steht beratend bei der medien- und fachdidaktischen Aufbereitung zur Seite. Für Mitglieder ist die DGIM e.Akademie kostenlos.

Die DGIM als 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.





Publikationsorgane

Ergänzend zu den Veranstaltungen und zur DGIM e.Akademie bietet die Gesellschaft auch mit ihren Publikationsorganen eine umfassende, wissenschaftlich begründete Fort- und Weiterbildung in der Inneren Medizin an. Durch vielfältige Fortbildungsangebote sichert die DGIM einmal mehr den Transfer medizinischer Errungenschaften in den Alltag von

Klinik und Praxis. Die Geschäftsstelle berät Mitglieder zudem in allen Fragen zur Weiterbildung, stellt Kontakte zu Ärztekammern und Weiterbildungsbefugten her und klärt über Wege der Weiterbildung auf.

Die DGIM gibt außerdem ein Handbuch zur optimalen Planung des Weiterbildungsweges heraus (Titel: Weiterbildung im Gebiet Innere Medizin).

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



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



▶ dgim2016.de

Deadline zur
Abstracteinreichung
ist der 01.12.2015.



- ▶ Mannheim
- ▶ Congress Center Rosengarten
- ▶ 09. - 12. April 2016

122.

Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Leitthema der DGIM 2016
Demographischer Wandel
fordert Innovation

Hauptthemen der DGIM 2016

- Minimalinvasive internistische Eingriffe
„Live Cases“
- Von der Differentialdiagnose zur
Systemmedizin
- Organerhaltung und Regeneration
- Der multimorbide Patient
- „Kardio-Neuro-Muskuläre“ Insuffizienz
- Training als Therapie
- Fortschritte in der Bildgebung
- Kardiologie für den Generalisten
- Refresher Innere Medizin
- Strukturiertes Curriculum zum
Clinician Scientist
- Klug entscheiden



Kongress-Agentur
m:con - mannheim:congress GmbH

m:con
VISION INTO CONVENTIONS

Hauptsponsor

 Springer Medizin

Kongress-Präsident
Prof. Dr. med. Gerd Hasenfuß,
Universitätsmedizin Göttingen (UMG)
Georg-August-Universität Göttingen
Klinik für Kardiologie und Pneumologie Herzzentrum Göttingen

Titelbild: ©Cornelia Blaack – Gauss Blick in die Sterne

„Die Ergebnisqualität in den Vordergrund zu stellen, kann nur Sinn machen, wenn die Indikation stimmt“

Ein Gespräch mit dem DGIM-Vorsitzenden Professor Hasenfuß und Generalsekretär Professor Fölsch

Herr Prof. Hasenfuß, Sie sind seit April DGIM-Vorsitzender. Wofür haben Sie die ersten Monate Ihrer Amtszeit genutzt, welche Initiativen haben Sie bereits angestoßen?

Prof. Hasenfuß: Drei Punkte sind mir in meiner Amtszeit besonders wichtig: die Nachwuchsförderung, die Vorbereitung des Jahreskongresses und nicht zuletzt die Initiative „Klug entscheiden“.

Zuletzt habe ich intensiv an einem Nachwuchsförderprogramm gearbeitet. Dieses basiert einerseits auf der Umfrage der Jungen Internisten zur Weiterbildungsqualität und den Möglichkeiten, Forschung durchzuführen, auf der anderen Seite auf der Aktivität der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) im Hinblick auf die Clinician Scientists – und durchaus auch auf Basis meiner eigenen Erfahrungen. Ziel ist es, ein strukturiertes Curriculum zu erarbeiten, das neben der Weiterbildung zum Internisten auch dessen Forschungsaktivität koordiniert. Das ist wichtig, weil wir uns derzeit in einer paradoxen Situation befinden: Es existieren Forschungsfreistellungsmöglichkeiten, die jedoch nur eingeschränkt genutzt werden, weil die jungen Mediziner in der Klinik so stark unter Druck stehen – einerseits aufgrund der hohen Arbeitsverdichtung, andererseits aber auch aufgrund der eigenen hohen Ansprüche an die Dauer der Ausbildung oder verschie-

denere Aspekte, die auf die jungen Leute zukommen, wie Familiengründung und Elternzeit. Ich denke, da kann die DGIM etwas Gutes beitragen und bewirken.

Ziel ist, in den nächsten Monaten eine Empfehlung für ein Curriculum auszusprechen, die dann in den einzelnen Schwerpunkten und auch direkt von den Krankenhäusern aufgegriffen werden kann. Dazu kommt ein theoretisches Ausbildungsprogramm, das die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie bereits begonnen hat. Die DGIM steuert hier weitere Aspekte bei, beispielsweise zur Systemmedizin und zur molekularen Medizin.

Zum anderen sind die Vorbereitungen des Jahreskongresses der DGIM schon in vollem Gange – nicht zuletzt durch die Hilfe der sehr aktiven Programmkommission. An dieser Stelle möchte ich drei Programmpunkte hervorheben, die absolut neu sind: das Wunschprogramm, basierend auf der Umfrage, die wir 2014 auf dem Kongress und online unter den Mitgliedern durchgeführt haben. Daraus sind Symposien zu Themen entstanden, die Mitglieder der DGIM und Besucher des Kongresses sich ausdrücklich und mehrfach gewünscht haben. Neu sind auch die *Live Cases* – Demonstrationen interventioneller internistischer Eingriffe, in den Disziplinen Gastroenterologie, Pneumologie, Angiologie und Kardiologie. In einer Sitzung bearbeiten die Referenten je drei Fälle – eine Interaktion mit dem Publikum ist dabei ausdrücklich gewünscht! Darüber hinaus planen wir einen zusätzlichen *Refresher-Kurs* „Kardiologie für den Generalisten“, um dem Allgemeininternisten in zwölf klinischen Symposien ein praktisches Update quer durch die Kardiologie zu ermöglichen. Dritter Punkt ist die Initiative *Klug entscheiden* – hier waren wir sehr aktiv.

Stichwort „Klug entscheiden“: *Hier sind Sie seit Beginn der Kampagne der DGIM richtungsweisend eingebunden. Wie wollen Sie die Thematik innerhalb Ihrer Amtszeit weiter vorantreiben? Welche Akzente möchten Sie setzen?*

Prof. Hasenfuß: Gemeinsam mit den Schwerpunktgesellschaften haben wir klar den Prozess identifiziert,



den wir in den nächsten Monaten durchlaufen wollen. Wir haben eine Mitgliederbefragung vorbereitet, mit der wir die Bedeutung der Über- oder Unterversorgung erkennen und deren Ursachen ausmachen wollen. Anschließend sprechen wir darüber, welche Maßnahmen sinnvoll sein könnten, um Änderungen herbeizuführen.

Ich glaube, man muss „Klug entscheiden“ noch einmal wirklich unter dem Thema Indikationsqualität beleuchten und diese gegenüber der Ergebnisqualität diskutieren. Eine gut implantierte Hüfte kann nur dann als erfolgreich bewertet werden, wenn es auch eine Indikation gab, die Hüfte zu implantieren. Das ist für mich ganz entscheidend. Die Ergebnisqualität in den Vordergrund zu stellen, kann nur Sinn machen, wenn die Indikation stimmt. Alles andere hätte katastrophale Auswirkungen: Wir sollten nicht dazu ermuntern, Behandlungen und Eingriffe durchzuführen, bei denen das Risiko besonders gering ist – nur mit Blick auf ein „gelingenes“ Ergebnis. Besonders spannend finde ich auch den Aspekt der Lehre. Die Studenten lernen primär was alles diagnostisch und therapeutische infrage kommt. Auch in der Prüfung werden sie überwiegend nach den verschiedenen Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten gefragt. Positiv bewertet wird dann, wenn Sie möglichst viel aufzeigen können. Das Unterlassen als reflektierte ärztliche Leistung kommt in dieser Gedankenwelt zur kurz.

Herr Prof. Fölsch: Soeben hatten wir es schon angesprochen: In diesem Jahr hat sich die DGIM mit einer großen Umfrage an den Nachwuchs gewandt – speziell an die Assistenzärzte. Welche Ergebnisse waren besonders interessant?

Prof. Fölsch: Junge Mediziner in unserer Gesellschaft spielen eine ganz wichtige Rolle. Mehr als die Hälfte unserer Mitglieder sind Ärzte unter 40 und noch in der Weiterbildung. Engagierte Jung-Internisten aus dem Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) und der DGIM haben deshalb diese Umfrage bei Kolleginnen und Kollegen durchgeführt (siehe dazu auch Seite 37). Konkret wollten sie herausfinden, wie die Ärzte mit der derzeitigen Arbeitssituation und der Doppelbelastung „Beruf und Familie“ zurechtkommen. Rund 1700 Ärzte in Weiterbildung haben den Fragebogen beantwortet – wir hatten eine beacht-



liche Rücklaufquote von 25 Prozent. Auf Fragen wie „Beginn der Weiterbildung – gibt es da Gespräche? Haben sie einen Einblick, wie strukturiert ihre Weiterbildung laufen wird?“ haben 68 Prozent geantwortet, dass bei ihnen überhaupt keine Gespräche stattgefunden haben und dass sie eigentlich gar nicht wissen, wie und wo sie eingebunden werden.

Drei Viertel der Assistenten kommen nicht zum wissenschaftlichen Arbeiten.

Etwa drei Viertel der Assistenten gab an, dass sie in ihrer Weiterbildungszeit gar nicht wissenschaftlich gearbeitet haben. Und das, obwohl ja ein Großteil

der jungen Leute an Universitäten ausgebildet werden und hier auch durchaus Interesse besteht. Das zeigt unser großes, derzeitiges Manko: Aufgrund der Entwicklungen in den letzten 20 Jahren – insbesondere durch die Einführung des DRG-Systems – ist der Personalschlüssel schlechter geworden ist, die Arbeitsverdichtung größer und Wissenschaft ist praktisch



nicht mehr machbar. Daher freue ich mich, dass wir in der Präsidentschaft von Professor Hasenfuß dieses Anliegen in Angriff nehmen: Ein Weiterbildungscurriculum zu schaffen, in dem man Weiterbildung und Wissenschaft kombinieren kann. Das geht dann nicht in fünf, aber vielleicht in sieben Jahren.

Was hat die Studie in Sachen Vereinbarkeit von Beruf und Familie für Ergebnisse gebracht?

Prof. Fölsch: In Bezug auf die Möglichkeit, Familie und Beruf vereinbaren zu können, sind die Ergebnisse auch eher negativ ausgefallen. Hier müssen wir als DGIM mitwirken, damit junge Leute zu Beginn ihrer Weiterbildung eine Vorstellung davon bekommen, wie die Weiterbildung ablaufen wird und damit Planungssicherheit haben. Als langjähriger Klinikchef weiß ich allerdings, wie schwer es manchmal ist, dies vorauszusagen. Es können Schwangerschaften dazwischenkommen oder Kollegen, die plötzlich ins Ausland gehen oder aus anderen Gründen nicht mehr zur Verfügung stehen. Mediziner müssen bereits im Rahmen der Assistenzzeit die Möglichkeit zur Familiengründung haben – schließlich handelt es sich um eine insgesamt sehr lange Ausbildung. Außerdem müssen wir eine gewisse Flexibilität bieten, die es auch erlaubt, besondere Fähigkeiten und Interessen der Assistenten zu erkennen und diese zu fördern.

Die Stärke der DGIM: Wir erkennen frühzeitig wichtige Entwicklungen in der Medizin, auf die wir schnell reagieren.

Wie gelingt es der DGIM immer wieder auf aktuelle, wichtige Themen der Medizin und Gesundheitspolitik aufmerksam zu machen, was verleiht der DGIM diese Strahlkraft, worin sehen Sie eine besondere Stärke der Organisation?

Prof. Hasenfuß: Da fallen mir gleich drei Punkte ein: Zum einen eine schlanke Organisation, die eine unbürokratische Kreativität ermöglicht. Das ist wirklich ganz bemerkenswert – wir entscheiden vieles sehr zügig. Unter den Mitgliedern sind zudem viele gute und sehr interessierte Leute. Es sind sehr viele dabei, die sich gerne einbringen. Als dritte Stärke sehe ich hier eindeutig die hohe Mitgliederzahl – damit einhergehend die hervorragende Reputation der DGIM und ihr Ruf, unabhängig, neutral und offen zu sein. Diesen Ruf trägt die Fachgesellschaft zu Recht!

Prof. Fölsch: Hier kann ich mich unbedingt anschließen. Die Stärke unserer Gesellschaft liegt in meinen Augen aber auch in der strategischen Ausrichtung: Wir pflegen eine enge Kooperation

mit unseren Schwerpunktgesellschaften. Dabei setzen wir auf ständigen Austausch und haben Kommissionen gebildet, in denen die Schwerpunkte repräsentativ vertreten sind. Wir erkennen frühzeitig wichtige Entwicklungen in der Medizin, auf die wir schnell reagieren müssen. Zum Beispiel das Positionspapier zum wissenschaftlichen Nachwuchs (vgl. Seite 23) oder die großen Probleme, die sich aus der Ökonomisierung der Medizin ergeben. Das sind Dinge, die wir aufgreifen, weil wir mit den Menschen sprechen, um dann Lösungsvorschläge zu erarbeiten. Ein gutes Beispiel ist dafür sicherlich die neue Arbeitsgruppe G-BA, IQWiG, AMNOG. Hier möchte die DGIM auch im Rahmen der Verhandlungen zum Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) aktiv werden.

Welche Ziele verfolgt die Fachgesellschaft dabei?

Prof. Fölsch: Probleme in der Zusammenarbeit mit dem G-BA gibt es seit längerem bei zu wählenden Vergleichstherapien, bezüglich der gewählten Endpunkte in klinischen Studien und nicht zuletzt damit, dass seitens der Fachgesellschaften häufig nach zwei bis drei Wochen schon Stellungnahmen zu Gutachten des G-BA vorliegen müssen – das können viele Schwerpunktgesellschaften einfach nicht leisten. Als



wir uns dieser Problematik bewusst wurden, haben wir vor einem Jahr mit Professor Sauerbruch sofort einen Kollegen benannt, der sich akut um die Zusammenarbeit mit dem IQWiG dem G-BA und dem AQUA-Institut kümmert (vgl. Seite 31). Hier ist die Idee entstanden, eine Gesprächsplattform im Internet einzurichten, die darauf abzielt, alle Gutachten vom G-BA zeitnah einzustellen und für Schwerpunktgesellschaften zugänglich, kommentierbar und diskutierbar zu machen. Wir wollen auf den Austausch und die Beteiligung vieler setzen, um uns bei diesen Institutionen als DGIM besser in die Gestaltung des Gesundheitswesens einbringen zu können.

Ein völlig anderes Projekt hat die DGIM im vergangenen Jahr umgetrieben: Seit einigen Jahren forscht die Fachgesellschaft sehr intensiv zu Ihrer Vergangenheit in der NS-Zeit. Erste Ergebnisse wurden beim 121. Internistenkongress vorgestellt (siehe auch S. 44). Können Sie uns etwas mehr über die Hintergründe berichten?

Prof. Fölsch: Gerade für mich als Kieler Hochschul-lehrer hatte dieser bedeutende Schritt auch eine persönliche Komponente. Der Kieler Professor Alfred Schittenhelm, der seinerzeitige Direktor der I. Medizinischen Klinik in Kiel und designierter Vorsitzender der DGIM 1934, spielte eine nicht unerhebliche Rolle dabei, den Vorsitzenden des Jahres 1933, Leopold Lichtwitz, ein jüdischer Arzt aus Berlin, aus dem Amt zu drängen. Es zeigte sich, dass Schittenhelm auch in seiner Kieler Fakultät die Gleichschaltung vorangetrieben hat. Gleichschaltung hieß in diesem Fall, dass die Entscheidungen und Personalentwicklungen der Fakultät praktisch von der Politik in Berlin bestimmt wurden und dass er alle Leute, die damit nicht einverstanden waren, aus ihren jeweiligen Positionen vertrieb. Die Nachforschungen der DGIM mit den beiden Historikern Professor Hofer und Dr. Forsbach zeigten nicht zuletzt im Zuge der Ausstellung auf dem Kongress erhebliche Außenwirkung. Ich bin froh, dass wir diese Forschungsarbeiten nun auf die Jahre 1945 bis 1973 ausdehnen. Denn davon erwarte ich, dass einige bisher verborgene Tatsachen ans Licht gelangen werden; von Nationalsozialisten, die ihr Amt als Arzt missbraucht haben und dennoch nach Kriegsende in Amt und Würden geblieben sind. Uns als Fachgesellschaft ist daran gelegen, es nicht bei den bisherigen Erkenntnissen zu

Auf den demographischen Wandel treffen die technische Revolution und Innovationen.



belassen, daher haben wir den Forschungsauftrag um weitere zwei Jahre verlängert.

Herr Prof. Hasenfuß, zuletzt noch ein kurzer Blick auf den kommenden 122. Internistenkongress – Sie haben den demographischen Wandel als zentrales Thema gewählt. Welche Herausforderungen bringt die Bevölkerungsentwicklung für die Innere Medizin aus Ihrer Sicht?

Prof. Hasenfuß: Nicht den demographischen Wandel per se. Das Thema lautet „demographischer Wandel fordert Innovation“. Beide Aspekte sind für die Medizin der kommenden Jahre von entscheidender Bedeutung. Ich verstehe den demographischen Wandel im positiven Sinne. Schließlich hat die Medizin entscheidend durch die Akutbehandlung von Erkrankungen auf eine gesteigerte Lebenserwartung hingewirkt und viele Erkrankungen, die früher zum Tode geführt hätten, werden heute überstanden. Das führt jedoch

zu chronischen Krankheitsprozessen die wir durch die heutigen Innovationen effektiv behandeln können. Hier spielen die gewaltigen Errungenschaften in der Medizintechnik und Medikamentenentwicklung die entscheidende Rolle. Zusammengefasst: Auf den demographischen Wandel treffen die technische Revolution und Innovationen. Dieses Zusammentreffen ist etwas ganz besonderes und man sollte dieses auch als solches verstehen.

Vielen Dank für das Gespräch!

DGIM-Stellungnahmen 2014/2015

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.

Kliniken brauchen mehr internistisch ausgebildete Infektiologen

Gerd Fätkenheuer et. al.

An weit verbreiteten Infektionen wie Atemwegsinfekten, Durchfällen oder auch Tuberkulose sterben weltweit jährlich Millionen von Menschen. Wenn auch schwere, ansteckende Erkrankungen zahlenmäßig in Deutschland weniger ins Gewicht fallen, ist jeder Betroffene einer zu viel, betont die DGIM. In einem Positionspapier fordert die Task Force der Fachgesellschaft mehr und besser ausgebildete Infektiologen – denn diese sind an deutschen Kliniken immer noch Mangelware.

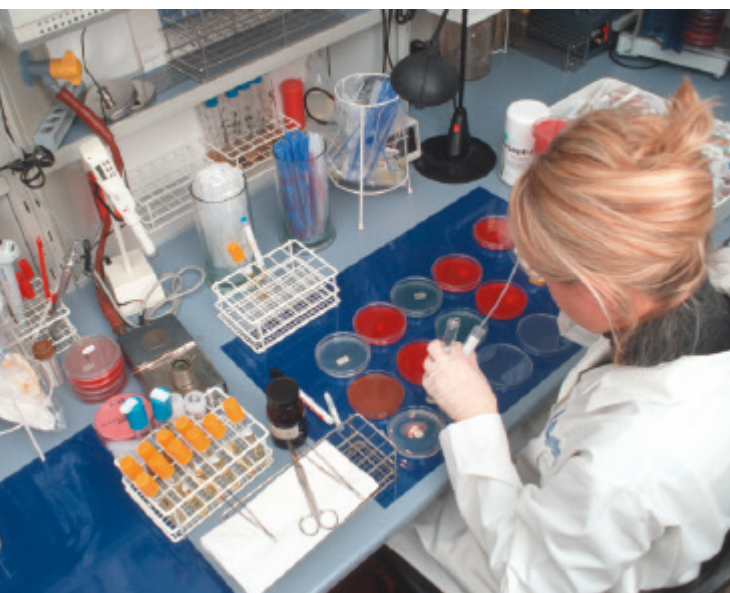
Professor Gerd Fätkenheuer, Leiter der neuen Task Force Infektiologie der DGIM betont, dass deutsch-

Um auf komplexe Infektionskrankheiten reagieren zu können, brauchen wir deutschlandweite Rahmenbedingungen.

landweit Rahmenbedingungen geschaffen werden müssen, um auf komplexe Infektionserkrankungen reagieren zu können. Immer wieder seien Mediziner mit schwer behandelbaren Infektionen – aufgrund multiresistenter Krankheitserreger, aber auch beispielsweise aufgrund neuartiger Bakterien oder Viren konfrontiert. Eine Behandlung müsse dann durch einen Infektiologen begleitet werden – und davon gebe es immer noch zu wenige.

Unter dem Vorsitz von Fätkenheuer, der die Infektiologie an der Klinik I für Innere Medizin am Universitätsklinikum Köln leitet, benennt die Task Force im Positionspapier konkrete Ansätze: Das beginnt bei der Aus- und Weiterbildung und setzt sich fort in der Anzahl der Stellen für Infektiologen an Kliniken und akademischen Institutionen. Für die Zusatzbezeichnung Infektiologie etwa ist derzeit nur eine einjährige Weiterbildung Pflicht, die DGIM fordert jedoch eine fundierte Weiterbildung von zwei Jahren. Kliniken jeder Größe profitieren von infektiologisch qualifiziertem ärztlichem Fachpersonal, das eine kompetente Behandlung von Infektionspatienten gewährleistet.

Speziell für Internisten arbeitet die DGIM in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI) derzeit an einem Förderprogramm, das die Fortbildung zur Antibiotic Stewardship (ABS) unterstützt. ABS-Experten helfen ihrer Klinik etwa dabei, Leitlinien für einen sinnvollen Antibiotikaeinsatz zu entwickeln. Ziel müsse es sein, an jeder Klinik mit mehr als 500 Betten eine Stelle für einen klinischen Infektiologen, also einen Internisten mit einer Zusatzausbildung, zu schaffen. (Januar 2015)





Junge Ärzte wollen forschen: Bündnis JUNGE ÄRZTE setzt sich für die akademische Forschung ein

Eine hochwertige Patientenversorgung benötigt medizinischen Fortschritt und wissenschaftlich versierte Ärzte. In einem aktuellen Positionspapier fordert das Bündnis JUNGE ÄRZTE (BJÄ) eine Verbesserung der Rahmenbedingungen, um den wissenschaftlichen Nachwuchsmangel abzuwenden und so die Attraktivität und Leistungsfähigkeit der akademischen und evidenzbasierten Medizin in Deutschland in einem weltweit zunehmend kompetitiven Umfeld zu sichern.

Immer mehr junge Ärzte entscheiden sich gegen eine akademische Laufbahn.

Forschende Ärzte sind mit deutlichen Erschwernissen konfrontiert: Meist verlängert sich durch das wissenschaftliche Arbeiten die Facharztweiterbildung und führt zu einer zeitlichen und inhaltlichen Zusatzbelastung auf Kosten der Work-Life-Balance. Zudem bestehen unnötige bürokratische Hürden. Das BJÄ bemängelt fehlende Wertschätzung und

finanzielle Ungleichheit in nicht-klinischen Angestelltenverhältnissen, die die medizinische Forschung zunehmend unattraktiv machen. Die Folge: Immer mehr junge Ärzte entscheiden sich gegen eine akademische Laufbahn oder suchen Alternativen im Ausland, wo Klinik und Forschung besser vereinbar sind. Die Folge ist ein Nachwuchsmangel von wissenschaftlich tätigen Ärzten in Deutschland.

Diese Entwicklung hält das Bündnis JUNGE ÄRZTE für sehr bedenklich. Die medizinische Forschung als Basis einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung müsse gestärkt werden. Nur durch eine strukturierte Weiterbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses könnten hochwertige medizinische Forschung und Patientenversorgung langfristig sichergestellt werden. (Februar 2015)

Personalbedarf in der Hygiene auch durch Internisten decken und vergüten

Gerd Fätkenheuer und Andreas Stallmach

In Deutschland werden jährlich rund 17 Millionen Menschen in Krankenhäusern behandelt; dazu kommen immer komplexere Interventionen im Rahmen der ambulanten medizinischen Versorgung. Nosokomiale Infektionen gehören zu den häufigsten Komplikationen medizinischer Behandlungen. Es wird geschätzt, dass derzeit in Deutschland jährlich rund 50000 nosokomiale Infektionen im Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung auftreten.

Diese stellen eine große Herausforderung dar, weil die Behandlungsmöglichkeiten durch gängige Antibiotika sehr eingeschränkt sind. Vor diesem Hintergrund zielte der Gesetzgeber mit der Novellierung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) auf eine Verbesserung der Hygiene in Krankenhäusern und Arztpraxen, um die Zahl der Todesfälle infolge nosokomialer Infektionen zu verringern. Wesentliches Element des IfSG ist dabei die Festschreibung der verbindlichen Beschäfti-

Neben Krankenhaushygienikern und Mikrobiologen sollen auch Internisten als Fachgruppe im Krankenhausentgeltgesetz aufgenommen werden.

gung von Hygieneärzten (hygienebeauftragte Ärzte, Krankenhaushygieniker) und Hygienefachkräften in bestimmten medizinischen Einrichtungen. Eine erfolgreiche Umsetzung des IfSG kann aber überhaupt nur gelingen, wenn ausreichend qualifizierte Kräfte zur Verfügung stehen. Die DGIM unterstützt die mit dem Gesetz verfolgten Ziele und bietet nachdrücklich ihre Mitarbeit im Kampf gegen Infektionen und Resistenzen an. Die DGIM hat jedoch große Befürchtungen, dass es nicht möglich sein wird, den ärztlichen Personalbedarf in der Hygiene entsprechend den gesetzlichen Vorgaben bzw. den Vorgaben durch die auf der vorbezeichneten Gesetzesgrundlage erstellten Länderverordnungen bis zum Jahr 2016 auch nur annähernd zu decken.

Um den Bedarf an entsprechend qualifiziertem Personal zumindest teilweise abzusichern, wird im

Krankenhausentgeltgesetz in § 4 Abs. 11 die Refinanzierung der personellen Ausstattung von Krankenhäusern mit Krankenhaushygienikern geregelt. In § 4 Abs. 11 Ziffer 1b werden dabei als Voraussetzung für eine Finanzierung von 75 Prozent der entstehenden Personalkosten eine abgeschlossene Weiterbildung zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie genannt. Diese Positionen sollten auch durch Fachärzte für Innere Medizin mit Weiterbildung in Infektiologie besetzt werden können. Internisten haben aufgrund ihrer Weiterbildung ein umfangreiches Wissen und viel Erfahrung im Umgang mit Infektionen aller Art, insbesondere auch mit krankenhaushygienisch relevanten Erregern.

Nur durch die Einbeziehung von Internisten kann der hohe Bedarf an Krankenhaushygienikern gedeckt werden. Die DGIM spricht sich deshalb nachdrücklich dafür aus, dass neben Krankenhaushygienikern und Mikrobiologen auch Internisten als Fachgruppe im Krankenhausentgeltgesetz aufgenommen werden, für die eine Refinanzierung möglich ist, und bietet eine Weiterbildungsoffensive an, um den drohenden Personalnotstand zu minimieren. (Februar 2015)



DGIM fördert Systemmedizin – Molekulare Informationen bündeln und für die Behandlung nutzen

Frank Lammert und Nisar Malek

Blut-, Gewebe- oder Urinproben liefern dank hoch technologisierter biochemischer, genomischer und bildgebender Analysen immer genauere molekulare Informationen über Krankheiten. Ergänzt um Bild-daten und klinische Tests ergibt sich daraus systematisch ein individualisiertes medizinisches Gesamtbild eines Menschen. Ziel dieser „Systemmedizin“ ist eine passgenaue Behandlung. Damit neue Erkenntnisse bestmöglich zusammenfließen und dem Patienten helfen, konkretisiert die DGIM diese Thematik in einem Positionspapier zur „Systemmedizin“. Internisten komme dabei eine zentrale integrative Funktion zu, so die DGIM.

Bioproben aus Blut, Urin oder Gewebe bilden das Ausgangsmaterial für die Analyse von Erbgut und die Erforschung von Proteinen oder biochemischen Signalwegen wie beispielsweise der körpereigenen Abwehr. Sie liefern molekulare Hinweise auf die Funktion von Organen und Zellen – etwa einer Krebszelle – und deren Kommunikation. Kombiniert mit Befunden aus der Bildgebung und klinischen Tests ermöglicht dies heute, komplexe Zusammenhänge von Krankheiten besser zu verstehen. Die Systemmedizin erschließt ein neues Verständnis der vielen sich wechselseitig beeinflussenden Faktoren, die letztendlich zu einer Erkrankung führen. Damit eröffnen sich Chancen für Diagnostik und Therapie. In der Krebsmedizin etwa kommen diese Methoden bereits zum Einsatz.

Jedoch stellen diese Entwicklungen die Innere Medizin auch vor neue Aufgaben, denn die Erkenntnisse entspringen verschiedensten Forschungszweigen. Zudem fallen große Datenmengen an, die es technisch und rechtlich angemessen zu handhaben gilt. Daher ist es notwendig, Prozesse und Strukturen zu entwickeln, um die unterschiedlichen Technologien und Fachgebiete sinnvoll zusammenzuführen und sie für die klinische Arbeit im Sinne einer internistischen Systemmedizin optimal nutzbar zu machen. Einen gangbaren Weg sieht die Kommission Wissenschaft und Nachwuchsförderung in der Schaffung fachübergreifender Verbände, die sämtliche Möglichkeiten zusammenfassen.

Besonders Internisten müssen künftig in der Lage sein, molekulare Daten zu analysieren.



Um das neue Wissen der Systemmedizin für das Gesundheitswesen verfügbar zu machen, ist die Verknüpfung von Behandlungsdaten mit der Versorgungsforschung notwendig – immer unter Wahrung der Patientenrechte. Die Kommission fordert auch, neue Verfahren in klinischen Studien zu prüfen, um Fehlentwicklungen zu vermeiden.

Ärzte und insbesondere Internisten müssen künftig in der Lage sein, molekulare Informationen zu analysieren, in klinischen Zusammenhängen zu interpretieren und ihre Patienten entsprechend zu beraten. Das setzt jedoch Wissen voraus, das heute nicht im notwendigen Umfang vermittelt wird. Deshalb fordert das Positionspapier der DGIM neue molekularmedinische Fort- und Weiterbildungsangebote vor. (April 2015)

Neues aus den Kommissionen und Task Forces

Fachübergreifende Zusammenarbeit für die richtige Medikation

Daniel Grandt

Kommission Arzneimitteltherapie-Management & Arzneimitteltherapiesicherheit

Der Arzt schuldet dem Patienten nicht nur eine dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende therapeutische Entscheidung, sondern eine von vermeidbaren Risiken freie Organisation des Behandlungsprozesses. Im Bereich der Arzneimitteltherapie wird dies unter dem Begriff Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) zusammengefasst. Da Arzneimitteltherapie in allen Bereichen der Inneren Medizin einen wichtigen Stellenwert einnimmt und Internisten damit Experten für viele Bereiche der Arzneimitteltherapie sind, ist es nur konsequent, dass die DGIM in der Kommission Arzneimitteltherapie-Management & Arzneimitteltherapiesicherheit Verantwortung für dieses Thema übernimmt.

In einer Podiumsdiskussion auf der diesjährigen Jahrestagung in Mannheim mit dem Präsidenten der Bundesärztekammer und Vertretern der Krankenkasse haben wir die Frage der sinnvollen Organisation der Zusammenarbeit von Arzt und Apotheker aufgegriffen. Diese wie auch andere Fragen zur Organisation des Behandlungsprozesses betreffen ganz zentral

Die Qualität der Arzneimitteltherapie kann nicht losgelöst vom Patienten beurteilt werden.

den Charakter und die Ausgestaltung der ärztlichen Tätigkeit der Internisten. In der aktuellen Diskussion um Aufgaben und Verantwortlichkeiten wird die Kommission aufgezeigt, welche Aufgaben sinnvollerweise von Internisten übernommen werden sollten, um für Patienten eine adäquate und sichere Behandlung mit Arzneimitteln zu gewährleisten. Alleinstellungsmerkmal der diesbezüglichen Kommissionsarbeit ist die breite Einbeziehung unterschiedlichster Facharztgruppen. Wichtiges Merkmal der Kommissionsarbeit ist auch, dass notwendige Rahmenbedingungen einer adäquaten Arzneimitteltherapie benannt werden. Das sogenannte „Authority-Responsibility-Mismatch“ ist ein von den meisten Ärzten beklagtes Phänomen:

Derjenige, der die Verantwortung für den Behandlungsprozess hat, ist nicht derjenige, der die Rahmenbedingungen festlegt. Hier ist es Aufgabe des Arztes –, bei der Arzneimitteltherapie insbesondere der Internisten – auf die Diskrepanz zwischen erforderlichen und tatsächlich vorhandenen Voraussetzungen einer sicheren Behandlung hinzuweisen.

Ein Schwerpunkt der Kommission wird der rationale Umgang mit der Polypharmakotherapie sein. Auch hier ist die Interdisziplinarität eine wichtige Voraussetzung. Wie wollen wir die Leitlinien bei multimorbiden Patienten an die individuelle Situation und die Patientenwünsche anpassen? Wie können Therapieansätze priorisiert werden und wann ist es gerechtfertigt, die für eine Erkrankung empfohlene Therapie grundsätzlich nicht durchzuführen? Die Aufgabe der Kommission wird es sein, den behandelnden Arzt mit Empfehlungen dabei zu unterstützen, aus dem „Zuviel“ eine patientenindividuell adäquate Therapie abzuleiten. Es ist aber auch Aufgabe der Kommission, Nicht-Ärzten die Erkenntnis zu vermitteln, dass die Qualität der Arzneimitteltherapie nicht allein anhand der Anzahl verordneter Arzneimittel, losgelöst vom Patienten, beurteilt werden kann. Denn manchmal ist das vermeintliche „Zuviel“ sogar noch zu wenig.



Novellierung der Musterweiterbildungsordnung weiterhin in Arbeit

Markus M. Lerch

Kommission Aus-, Weiter- und Fortbildung

Ein wichtiges Thema der Kommission Aus-, Weiter- und Fortbildung war auch in diesem Jahr wieder die Novelle der Musterweiterbildungsordnung. Michael Hallek, der die DGIM bei den Diskussionen mit der Bundesärztekammer vertritt, berichtet, dass sich der erste Entwurf jetzt in der Abstimmung zwischen den Landesärztekammern und der Bundesärztekammer befindet. Voraussichtlich soll die Musterweiterbildungsordnung in der Endversion nur noch zwei Kompetenzstufen abbilden, wobei die höhere dann auch mit Richtzahlen zu belegen ist. Diese Richtzahlen wurden von den Einzelfachgesellschaften bisher nur für eine dritte Stufe (die wegfallen würde) und nur mit Zurückhaltung in Bezug auf die erforderlichen Mindestzahlen festgelegt. Es bleibt zu hoffen, dass bei Reduktion auf zwei Kompetenzstufen diese Richtzahlen die Weiterbildungsstätten auch in Zukunft nicht überfordern.

Diskussionsbedarf gibt es noch in Bereichen, in denen andere Fachgesellschaften genuin internistische Tätigkeitsfelder für ihre eigene Weiterbildung reklamieren, wie zum Beispiel von Orthopäden die medikamentöse, antiinflammatorische Therapie rheumatologischer Erkrankungen. Einer von Gefäßchirurgen und interventionellen Radiologen angestrebten Überschneidung mit der Angiologie, die mit einer fehlenden angiologischen Facharztversorgung in der Fläche begründet wurde, konnte die Deutsche Gesellschaft für Angiologie (DGA) mit einem von Norbert Weiss und Andreas Creutzig verfassten Konzept überzeugend begegnen. Diskussionen mit den Neurologen zu Überschneidungen zwischen Geriatrie, als Subspezialisierung der Inneren Medizin, und der neurologischen Versorgung demenzkranker Patienten werden hoffentlich in Kürze mit einem für beide Seiten tragfähigen Kompromiss abgeschlossen.

Der Nationale kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM) ist inzwischen vom Medizinischen Fakultätentag angenommen worden und wird in den



nächsten fünf Jahren an einigen medizinischen Fakultäten erprobt. Er ist bis auf Weiteres für das Medizinstudium nicht verpflichtend und stellt nur eine Empfehlung dar. Die Kommission dankt allen Kollegen, die sich unermüdlich in die stetige Verbesserung der zum Teil recht praxisuntauglichen Entwürfe eingebracht haben – an vorderster Front Britta Siegmund, Karl Werdan und Peter von Wichert.

Nach wiederholten Gesprächen mit der Bundesärztekammer zeichnet sich jetzt eine zunehmende Unterstützung für die Anerkennung von Forschungszeiten in der internistischen Weiterbildung ab. Die Umsetzung in den Landesärztekammern ist nach

Diskussionsbedarf entsteht, wenn andere Fachgesellschaften internistische Tätigkeitsfelder für ihre eigene Weiterbildung reklamieren.

einer Abfrage der DGIM-Geschäftsstelle aber noch sehr unterschiedlich. Da inzwischen sehr ausgereifte Konzepte für Weiterbildungscurricula mit Einbeziehung von Forschungszeiten aus den Ärztekammern Berlin und Thüringen vorlie-

gen, zielen die weiteren Aktivitäten der Kommission auf deren Übertragung auch auf andere Kammerbezirke. Auch auf europäischer Ebene wird versucht, Weiterbildungsvoraussetzungen einzelner Länder aneinander anzupassen. Bei diesen Harmonisierungsbestrebungen des European Board of Internal Medicine (EBIM), der European Federation of Internal Medicine (EFIM) und der European Union of Medical Specialists (UEMS) wird die DGIM in Zukunft von Alexis Müller-Marbach vertreten.

Allgemeine Innere Medizin im Kontext der fallpauschalierten Vergütung

Norbert Roeder und Ulrich R. Fölsch

Arbeitsgruppe DRG

Im Jahr 2015 wurde von den Vorständen der DGIM und des BDI die Arbeitsgruppe DRG neu ins Leben gerufen. Beide Fachgesellschaften hatten aus ihrem Mitgliederkreis Hinweise erhalten, dass Leistungen der Inneren Medizin nicht sachgerecht mit den DRG-Fallpauschalen vergütet werden. Mögliche Probleme werden überwiegend im allgemeininternistischen Umfeld gesehen. Insbesondere Patienten mit unklarer Symptomatik, die zur umfassenden Diagnostik in das Krankenhaus aufgenommen werden, könnten im DRG-System nicht richtig abgebildet sein. Es wird auch befürchtet, dass infektiologische Fallgruppen mit hohem fallindividuellem Aufwand und langer Behandlungsdauer aufgrund einer unzureichenden Vergütung derselben Problematik unterliegen. Gerade bei Patienten der Allgemeinen Inneren Medizin, die mit Symptomen ohne klare Diagnose in das Krankenhaus aufgenommen werden, wird Differenzialdiagnostik durchgeführt, um Krankheiten zu bestätigen, aber auch auszuschließen. Für die DRG-Abrechnung dürfen jedoch nur bestätigte Diagnosen kodiert werden. Daher ist zu befürchten, dass ein Teil der im Rahmen der Differenzialdiagnostik erbrachten Leistungen nicht adäquat refinanziert wird.

Nach Einführung der Fallpauschalen ist es zu einer deutlichen Verweildauerverkürzung und Arbeitsverdichtung gekommen, was sicher einen Einfluss auf die Kontaktzeiten zum Patienten hat. Zusätzlich wird wahrscheinlich durch den in den letzten Jahren erheblich gestiegenen wirtschaftlichen Druck in den Krankenhäusern, aber auch gerade bei Leistungen wie Gesprächen oder persönlichen Zuwendungen „gespart“, um im derzeitigen System die Wirtschaftlichkeit einer Klinik aufrechtzuerhalten.

BDI und DGIM haben diese neue Arbeitsgruppe DRG gegründet, um solche Probleme und ihre Ursachen analytisch zu überprüfen und damit sprachfähig gegenüber ihren Mitgliedern, dem DRG-Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, der Geschäftsführung des jeweiligen Krankenhauses und auch der Po-

litik zu werden. Für die Koordination und Moderation dieser Arbeitsgruppe konnte Herr Professor Norbert Roeder, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Münster sowie Gründer und Leiter der dort angesiedelten DRG-Research-Group gewonnen werden. Unter seiner Leitung tagte die Arbeitsgruppe erstmals im April 2015 im Rahmen des Jahreskongresses der DGIM in Mannheim.

Nach Einführung der Fallpauschalen ist es zu einer deutlichen Arbeitsverdichtung gekommen.

Ein wesentliches Ziel der Arbeitsgruppe ist zunächst einmal die Analyse von vermuteten Problemen und deren Ursachen. Auf-

bauend auf den Ergebnissen soll diskutiert werden, ob die Lösung aufgetretener Probleme durch eine Anpassung des DRG-Systems oder durch andere Maßnahmen gefunden werden muss.

Zur Überprüfung und zur Konkretisierung der Problemlage sollen die Leistungsdaten allgemeininternistischer Behandlungen ausgewählter Krankenhäuser untersucht werden. Die AG wird in 2015 zunächst in mindestens fünf Kliniken Fälle aus dem Bereich der Allgemeinen Inneren Medizin und infektiologischer Abteilungen des Vorjahres sehr differenziert analysieren und prüfen, welche Patienten als „Ausreißer“ identifiziert werden können. Dies sind Patienten, bei denen die Verweildauer beispielsweise deutlich über der DRG-Katalogverweildauer liegt. Die Ursachen hierfür werden durch die Kollegen in den Kliniken anhand der Krankenakten ermittelt und qualifiziert beschrieben. Insbesondere bei medizinischer Begründung einer längeren Verweildauer sollen die erklärenden klinischen Sachverhalte dokumentiert werden, damit darauf basierend in der Arbeitsgruppe der DGIM und des BDI Überlegungen zur Weiterentwicklung des DRG-Systems vorgenommen werden können. Desgleichen ist die Kodierung zu überprüfen und festzustellen, ob die DRG-Gruppierung unter Beachtung der Deutschen Kodierrichtlinien korrekt erfolgte.

Die AG plant, Ende 2015 zu ersten Ergebnissen zu kommen, die dann eine differenzierte Beschreibung der Probleme sowie Lösungsvorschläge ermöglichen.

Infektionskrankheiten als zentraler Bestandteil der Inneren Medizin

Gerd Fätkenheuer

Task Force Infektiologie

Die zunehmende Diskussion in Öffentlichkeit und Politik über krankenhausessoziierte Infektionen sowie Infektionen mit multiresistenten Erregern erfordern eine klare Positionierung der DGIM. Zur Fokussierung ihrer Aktivitäten und zur Bündelung der Impulse wurde deshalb im April 2014 die Task Force Infektiologie ins Leben gerufen. Die Konzepte der Task Force wurden in einem Positionspapier in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift veröffentlicht (2015; Band 140: 210–212), in Kürze sei auf folgende Aspekte hingewiesen:

Infektionskrankheiten sind als häufige Krankheitsbilder und potenziell vital bedrohliche Krankheitsbilder ein zentraler Bestandteil der Inneren Medizin, die alle Subdisziplinen betreffen. Patienten mit Infektionskrankheiten sind oft multimorbide und stellen deshalb bezüglich Diagnostik und Therapie komplexe Herausforderungen an den behandelnden Arzt dar. Die oft vorgenommene Fokussierung auf den Erreger und seine Resistenzsituation wird den damit verbundenen Problemen nicht gerecht. Multimorbidität, Begleitmedikationen mit potenziellen Arzneimittelwechselwirkungen zur antimikrobiellen Therapie, aber auch Anamnese und Behandlungswünsche des Patienten erfordern umfangreiche Kenntnisse in der gesamten Inneren Medizin, um eine adäquate Behandlung zu ermöglichen und um andere nicht-infektiöse Erkrankungen ausschließen zu können. Die DGIM tritt deshalb zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Infek-

DGIM und DGI treten für eine zweijährige Zusatzweiterbildung zum Infektiologen ein.

tiologie (DGI) für eine Ausdehnung der Zusatzweiterbildung für das Fach Infektiologie von derzeit einem Jahr auf zwei Jahre ein. Das entsprechende Positionspapier finden Interessierte auf Seite 24.

In deutschen Krankenhäusern besteht derzeit ein hoher Bedarf an Ärzten, die eine Fortbildung in Antibiotic Stewardship (ABS) und in Krankenhaushygiene aufweisen können. In diesem Bereich engagieren sich bisher nur wenige Internisten, obwohl diese Tätigkeiten traditionell in

den Aufgabenbereich von Infektiologen und damit von Internisten fallen. Die Task Force hat deshalb beim Vorstand der DGIM ein Förderprogramm vorgeschlagen, das die verbesserte Fortbildung von Internisten in ABS zum Ziel hat. Ein solches Programm wird derzeit umgesetzt, so dass die entsprechenden Kurse ab Herbst 2015 angeboten werden können. Die Task Force setzt sich weiter dafür ein, dass an deutschen Krankenhäusern vermehrt Stellen für Infektiologen geschaffen werden; detaillierte Informationen dazu finden Interessierte auf Seite 22.

Die Bedeutung der Infektiologie in der klinischen Versorgung sollte sich auch in der Schaffung neuer akademischer Positionen widerspiegeln. Bisher gibt es nur an wenigen deutschen Universitäten Abteilungen oder Kliniken mit dazugehörigen Professuren für Infektiologie. Eine nachhaltige Förderung des Schwerpunktes bedarf hier der Einrichtung weiterer Positionen. Die Task Force empfiehlt deshalb, entsprechende nationale Förderprogramme aufzulegen.



Mangel an Fachärzten mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin

Tobias Welte

Task Force Internistische Intensiv- und Notfallmedizin

Der Bedarf an Intensivmedizin ist in Deutschland in den letzten Jahren stetig gewachsen. Dafür sind zwei Gründe wesentlich: die sich schnell veränderte Demographie mit einer Zunahme älterer Menschen mit komplexeren Erkrankungen und die zunehmende Intensität medizinischer Therapie auch bei älteren und multimorbiden Patienten. Trotz eines Abbaus an Krankenhausbetten ist es zu einem Anstieg der Intensivbetten gekommen, die einen deutlich höheren Prozentsatz der Krankenhausbetten einnehmen als noch vor zehn Jahren. Intensivmedizin ist damit zu einem relevanten Kostenfaktor für alle Krankenhäuser geworden.

Die Kostenträger versuchen, diese Kosten zu senken, indem sie als „qualitätssichernde“ Maßnahme für die intensivmedizinische Komplexbehandlung durch die Einführung der neuen Operationen- und Prozedurenschlüssel OPS-2015 8-980 zum ersten Mal strukturelle und personelle Voraussetzungen für die Erstattung dieser OPS zur Grundlage gemacht haben. Eine der wesentlichen personellen Voraussetzungen ist – neben der 24-stündigen ärztlichen Präsenzpflicht auf der Intensivstation – die Verpflichtung, einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin überwie-

Es gibt nicht genügend Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin, um den Bedarf zu decken.

gend auf der Intensivstation anwesend zu haben oder zumindest in Bereitschaft vorzuhalten. Wie schon im DGIM-Positionspapier (Dtsch Med Wochenschr 2012; 137: 2596–2601, Welte T et al., Survey Internistische Intensivmedizin) gezeigt, gibt es in Deutschland jedoch nicht genügend Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin, um den Bedarf auch nur annähernd zu decken. Am besten aufgestellt ist noch die Anästhesiologie. In der Inneren Medizin fehlen aktuell mindestens 400 Fachärzte für Innere Medizin mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin.

Die Task Force Internistische Intensiv- und Notfallmedizin hat einen Maßnahmenkatalog erarbeitet und mit dem Vorstand der DGIM abgestimmt, um mittelfristig mehr Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin auszubilden. Kurzfristig werden darin zwei Ziele adressiert: Zum einen soll – wie es heute schon in der Anästhesiologie gehandhabt wird – in der neuen Musterweiterbildungsordnung verankert werden, dass statt bisher sechs Monate ein Jahr Tätigkeit auf der Intensivstation während der Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin auf die Zusatzweiterbildung Intensivmedizin angerechnet werden kann. Nach Erlangung der Facharztanerkennung Innere Medizin wären dann nur noch zwölf statt bisher 18 Monate Weiterbildung notwendig, um die Zusatzbezeichnung Intensivmedizin zu erlangen. Zum anderen soll dem Bereich Intensivmedizin auf dem Kongress der DGIM ein besonderes Zeitfenster eingeräumt werden. Für den Kongress 2017 werden hierzu Vorschläge erarbeitet.

Langfristig ist es das Ziel der Task Force, alle Fachgesellschaften der Inneren Medizin zu einem gemeinsamen Vorgehen in der Intensivmedizin zu bewegen und eine einheitliche Strategie zu entwickeln, um die Attraktivität der Zusatzbezeichnung in der Inneren Medizin zu vermitteln. Strategien hierzu sollen auf einer für Anfang 2016 geplanten Klausurtagung besprochen werden, zu der die Vorstände aller Fachgesellschaften der Inneren Medizin, der Deutschen Gesellschaft für internistische Intensiv- und Notfallmedizin (DGIIN) und der DGIM eingeladen werden.



Fachübergreifend inhaltlich auf Politik und Gesetzgebung einwirken

Tilman Sauerbruch

Koordination der Zusammenarbeit mit G-BA, IQWiG, Aqua-Institut und IQTiG

In den letzten zwölf Jahren wurde vom GKV-Modernisierungsgesetz (GMG, 2003) über das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG, 2010), das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (2011) und jetzt das Präventionsgesetz im Juni 2015 eine Reihe von gesundheitspolitisch relevanten Gesetzen verabschiedet. Die Durchführung dieser Gesetze erfolgt durch Rechtsverordnung und vor allem durch verbindliche Richtlinien, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) formuliert. Sie haben bindenden Charakter. Wesentliche Entscheidungen dieses Gremiums betreffen die Innere Medizin. Der G-BA erfährt seine inhaltliche Unterstützung durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), welches gerade im Aufbau ist. Die DGIM hat sich seit einem guten Jahr zum Ziel gesetzt, in diesem Komplex den unterschiedlichen Wissensstand ihrer verschiedenen Schwerpunktgesellschaften vermittelnd anzupassen und gleichzeitig bei der Formulierung von Gutachten, bei Interaktionen mit der AWMF oder die Unterredung mit dem G-BA kooperativ tätig zu sein.

Die wesentlichen Ziele des vergangenen Jahres waren: der Aufbau einer Interaktionsplattform für die verschiedenen Schwerpunktgesellschaften, die Unterstützung von Stellungnahmen, die Begleitung von AWMF-Initiativen in Dialog mit dem G-BA, die Kommentierung des neuen Methodenpapiers 4.2 des IQWiG und die Kommentierung der DGHO-Schriftenreihe Band 6 (Autor: Bernhard Wörmann) zur Analyse der frühen Nutzenbewertung neuer Arzneimittel in Deutschland (2011 bis 2014).

Die jeweiligen Ansprechpartner wurden ermittelt und einsehbar zusammengeführt, um Interaktionen zwischen den Schwerpunktgesellschaften zu erleichtern. Stellungnahmen zu den Gutachten des IQWiG im AMNOG-Verfahren, die auf dem Weg zum G-BA nur

in einem sehr engen Zeitfenster von den jeweils betroffenen Schwerpunktgesellschaften erstellt werden können, wurden teilweise von der DGIM begleitet, mitformuliert und gemeinsam eingereicht, um das Gewicht ebendieser Stellungnahmen zu unterstützen. Darüber hinaus wurden unter Federführung der AWMF

dem G-BA Vorschläge zur Verbesserung des AMNOG-Verfahrens vorgelegt. Diese betreffen die frühere Einbindung von Experten der jeweiligen Schwerpunktgesellschaften, die stärkere Berücksichtigung von

Leitlinienempfehlungen, die Festlegung klinisch relevanter Endpunkte, die Subgruppenbildung und die Bewertung von „orphan drugs“. Zusammen mit den Fachgesellschaften wurde der Entwurf des Methodenpapiers des IQWiG kommentiert. Eine wichtige, hervorragend recherchierte und zusammengestellte Schrift mit dem Titel „Frühe Nutzenbewertung neuer Arzneimittel in Deutschland 2011 bis 2014“ wurde von der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) vorgelegt. Hier flossen Kommentare der DGIM ein.

Schließlich veranstaltete die DGIM auf ihrem Jahreskongress in Mannheim ein Symposium, auf welchem Vertreter des IQWiG, der AWMF und der Arzneimittelindustrie ihre Position darlegten und intern das Problem von Interessenkonflikten, die Heranziehung von Gutachtern, die Standardisierung von Stellungnahmen und die Kooperation zwischen den Schwerpunkten besprachen. Die DGIM wird bemüht sein, ihre Mittlerrolle für die Fachgesellschaften in Verfahren, welche besonders inhaltliche und methodische Fragen in der Formulierung von Richtlinien für den Gesundheitsbereich betreffen, weiter zu vertiefen.

Die DGIM möchte ihre Mittlerrolle zwischen Fachgesellschaften und Gesetzgebung weiter vertiefen.



„Klug entscheiden“ zur Verbesserung der Indikationsqualität

Gerd Hasenfuß

Task Force „Klug entscheiden“

Die Task Force „Klug entscheiden“ wurde in der Vorstandssitzung der DGIM am 11.07.2014 zunächst unter der Denomination „Vermeidung unnötiger Leistungen“ gegründet. Sie verfolgt das Ziel, durch Identifizierung von Fehlversorgung die Qualität in der Patientenversorgung in der Inneren Medizin zu verbessern und langfristig sicherzustellen. Fehlversorgung ist dabei qualitativ zu verstehen und beschreibt Maßnahmen, die nicht evidenzkonform durchgeführt werden. Demnach umfasst Überversorgung diagnostische/therapeutische Maßnahmen, die häufig durchgeführt werden, obwohl sie nachweislich nicht nutzbringend sind, und Unterversorgung beschreibt diagnostische/therapeutische Maßnahmen, die, obwohl sie nachweislich nutzbringend sind, häufig nicht durchgeführt werden. Entsprechend ist es Aufgabe der Task Force, Negativ-Empfehlungen bzw. Positiv-Empfehlungen vorzulegen.

„Klug entscheiden“ soll die Qualität der Patientenversorgung in der Inneren Medizin langfristig verbessern.

Die Vorgehensweise wurde nach mehreren internen Diskussionsrunden im Rahmen eines Workshops der DGIM im Februar 2015 erarbeitet. Wesentliche Aspekte wurden auf dem Jahreskongress 2015 sowie in einer Beilage der Frankfurter Allgemeinen Zeitung mitgeteilt. In einem Workshop im Mai 2015 wurde das Prozedere mit den elf Schwerpunkten der DGIM besprochen.

Ziel ist es, dass die Schwerpunkte bis Oktober 2015 zehn Klug entscheiden-Empfehlungen erarbeiten, darunter fünf Positiv-Empfehlungen und fünf Negativ-Empfehlungen. Insbesondere bei den Negativ-Empfehlungen muss die Sachlage gegeben sein, dass die identifizierte Überversorgung häufig stattfindet, obwohl durch wissenschaftliche Untersuchungen (in der Regel Publikationen) klar gezeigt wurde, dass die Maßnahme nicht sinnvoll ist oder gar schädlich sein kann. Im Oktober 2015 wird

ein weiterer Abstimmungsprozess mit den Schwerpunkten stattfinden. Anschließend erfolgt die Veröffentlichung sowohl für Ärzte als auch für Patienten in Papierform, auf der Homepage der DGIM sowie per App. Gegenwärtig bereitet die Task Force eine Mitgliederbefragung vor. Hierbei geht es um die Erstellung eines Meinungsbildes zu den folgenden Aspekten:

1. Häufigkeit und Bedeutung von Überversorgung und Unterversorgung
2. Gründe für Überversorgung und Unterversorgung
3. Möglichkeiten zur Behebung von Überversorgung und Unterversorgung

Aus dieser Umfrage erhoffen wir uns viele wichtige Informationen für die Fortführung und Vertiefung der DGIM-„Klug entscheiden“-Initiative. Im Rahmen der aktuellen Diskussion zur Qualitätskontrolle wird die DGIM durch ihre Initiative „Klug entscheiden“ einen wesentlichen Beitrag zum Thema Indikationsqualität leisten.

**Klug
entscheiden**



Wirtschaftlicher Druck auf leitende Klinikärzte nimmt zu

Petra-Maria Schumm-Draeger

Kommission Struktur – Krankenversorgung

Die Kommission hat die Inhalte des gemeinsamen Projekts der DGIM und des BDI zum Thema „Integrierte internistische Versorgung der Zukunft“ im Rahmen einer Fachkonferenz im Dezember 2014 in Berlin mit externer Moderation eingehend diskutiert. Die entsprechenden Empfehlungen wurden in das Memorandum einbezogen und in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift 2015 (Dtsch Med Wochenschr 2015; Band 140: 917–927) publiziert. Sie kommen damit in die Nähe des S2-Niveaus klinischer Praxisleitlinien, gehen in ihrer umfassenden koordinierenden Integration der Versorgungssektoren jedoch deutlich über den Anspruch dieser Leitlinien bzw. verfügbarer DMP-Vorgaben hinaus. Die einstimmige Empfehlung der Fachkonferenz war es, zügig einen Transfer in Form einer beispielsweise modellhaft-regionalen Implementation und Evaluation der Versorgungspfade vorzusehen. Dabei ist geplant, eine wissenschaftliche Evaluation begleitend durchzuführen.

Weiterhin als Gemeinschaftsprojekt von DGIM und BDI erfolgt die detaillierte Planung zur optimalen Durchführung dieses Transfers gemeinsam mit Herrn Professor Bernt-Peter Robra vom Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie (ISGM), Magdeburg. Das Thema wurde zuletzt bei einer Sitzung am 26. Juni 2015 in Berlin vertieft. Voraussichtlich werden zunächst spezielle Fragestellungen zur Diagnostik und Therapie der arteriellen Hypertonie Gegenstand eines Integrationsvorhabens sein. Bearbeitet werden sowohl Abstimmungen zur nationalen Versorgungsleitlinie Hypertonie und Allgemeinmedizin als auch (in enger Abstimmung mit den Krankenkassen) das Modell eines möglichen Versorgungsvertrags. Der Wunsch von DGIM und BDI ist es, ein wissenschaftlich belastbares Evaluationskonzept in Form einer Kontrollgruppe und einer formativen Begleitevaluation sicherzustellen. Die optimale Vorgehensweise, insbesondere im Hinblick auf Vertragsform und Kooperationspartner, ist Gegenstand der aktuellen Diskussion.

Häufig fehlt es leitenden Krankenhausärzten an Mitspracherecht.



Ziel ist es, nach Vorbereitung aller genannten Punkte spätestens zum Jahreswechsel mit einem ersten „Pilot-Integrationsmodell“ in einer Region/einem Bundesland unter Nutzung bereits vorhandener Netzwerke bzw. Kooperationsmodelle zu starten.

Ein weiteres Projekt der Kommission Struktur – Krankenversorgung DGIM befasst sich infolge der Umfrage an Leitende Krankenhausärzte durch die DGIM und ihrer Studie (Dtsch Med Wochenschr 2014; 139: 726–734) mit der Arbeitssituation Leitender Krankenhausärzte.

Die zunehmend problematische Arbeitssituation leitender Krankenhausärzte in Deutschland, die zunehmende Ökonomisierung von Klinik und medizinischem Handeln und sehr häufig die fehlende Mitsprache medizinisch kompetenter leitender Krankenhausärzte bei wichtigen konzeptionellen/medizinisch-klinischen Planungen und Entscheidungen ist Anlass für die Kommission Struktur – Krankenversorgung, ein Positionspapier zu diesem Thema zu erarbeiten. Am 26.06.2015 wurde die Thematik eingehend unter der Moderation von Herrn Kapitza aus München diskutiert und eine erste umfängliche Faktensammlung und Gliederung als Grundlage des geplanten Positionspapiers erarbeitet. Die Publikation des Positionspapiers ist im zweiten Halbjahr 2015 vorgesehen. Darüber hinausgehende Schritte zum Thema sind geplant.

Indikationsqualität durch Leitlinien sichern

Gerd Hasenfuß

Kommission Leitlinien, Diagnostik und Therapie

Die Kommission Leitlinien, Diagnostik und Therapie koordiniert die Leitlinienaktivitäten der DGIM. Dabei erstellt die DGIM in aller Regel keine eigenen Leitlinien, sondern delegiert Mitglieder in Leitlinienkomitees der Schwerpunktgesellschaften und anderer Fachgesellschaften zur Erstellung der jeweiligen Leitlinie. Leitlinien sind mittlerweile ein wesentlicher Bestandteil zur Sicherung der Qualität in der ärztlichen Versorgung. Sie stellen die Grundlage für die Indikation von diagnostischen und therapeutischen Verfahren dar. Leitlinienadhärenz der Ärzte ist daher ein entscheidender Faktor für die Indikationsqualität, die im politischen Diskurs im Vergleich zur Ergebnisqualität aktuell vernachlässigt wird. Ein medizinisches Ergebnis ist aber nur dann qualitativ hochwertig, wenn die Indikation gestimmt hat. Ein Grund für fehlende Leitlinienadhärenz liegt in der Fülle und der Qualität der Präsentation von Leitlinien. Entsprechend bemüht sich die DGIM nicht nur um die Qualität der Leitlinie selbst, sondern ergreift auch verschiedenste Maßnahmen, um die gesamte Leitlinie oder Auszüge daraus schnell verfügbar und erfassbar zu machen.

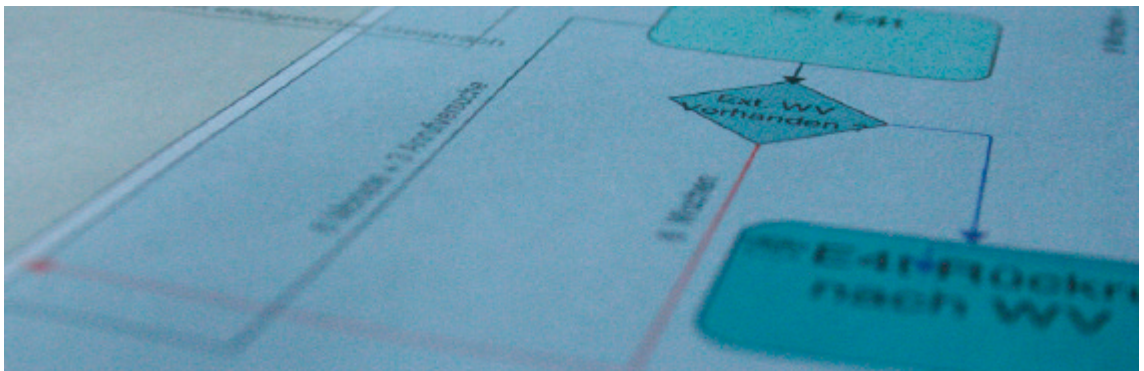
Mit der DGIM-App „Mobile Leitlinien Innere Medizin“ bereitet die Fachgesellschaft nach und nach allgemein-internistische Leitlinien für die mobile Nutzung auf. Unter dem Titel „Top-Infos aus den Leitlinien“ werden unter der Schirmherrschaft der

Kommission Leitlinien, Diagnostik und Therapie Kurzzusammenfassungen von neuen Leitlinien in den Gesellschaftsausgaben der Deutschen Medizinischen Wochenschrift veröffentlicht. Ziel dieser „Top-Infos“ ist es, dem Leser zu ermöglichen, in wenigen Minuten Eckpunkte neuer Leitlinien zu erfassen. Aus dem kontinuierlichen Bestreben, die Indikationsqualität für internistische Maßnahmen zu verbessern, ist schließlich auch die DGIM-Initiative „Klug entscheiden“ entstanden. Sie identifiziert medizinische Maßnahmen, die häufig falsch gemacht werden.

Leitlinien sind wesentlicher Bestandteil der Qualitätssicherung bei ärztlicher Versorgung.

Das sind zum einen diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die häufig durchgeführt werden, obwohl durch Publikationen gezeigt wurde, dass sie nicht nützlich oder in manchen Fällen sogar schädlich sind, und zum anderen medizinische Maßnahmen, die häufig nicht durchgeführt werden, obwohl der Nutzen der Maßnahme evidenzbasiert ist. „Klug entscheiden“-Empfehlungen stellen also Negativ-Empfehlungen bzw. Positiv-Empfehlungen dar (siehe Bericht der Task Force „Klug entscheiden“ auf Seite 32).

Gegenwärtig ist die DGIM über ihre Kommission an der Entwicklung von 40 Leitlinien beteiligt. Allein in den kommenden zwölf Monaten sollen 27 neue Leitlinien fertiggestellt werden. Die Kommission bedankt sich an dieser Stelle bei allen Mitgliedern der DGIM, die dazu bereit sind, die wichtige, aber auch zeitaufwendige Aufgabe als Leitliniendelegierter der DGIM zu übernehmen.



eHealth und Nutzen von Telemedizin

Diethelm Tschöpe

Kommission Telemedizin

Selten war die Diskussion zum Thema eHealth so lebendig wie derzeit. Die Politik macht keinen Hehl daraus, die digitale Vernetzung im Gesundheitswesen beschleunigen zu wollen. Anfang des Jahres sorgte der Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zum „Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendung im Gesundheitswesen“ für einigen Wirbel. Von vielen Seiten kam Zustimmung, aber auch Kritik. Der AWMF folgend hat die Kommission Telemedizin zu dem Entwurf Stellung genommen. Die Kommissionsmitglieder bewerten ihn dahingehend positiv, dass ein erster Schritt zur gesetzlichen Regelung des eHealth-Bereiches zunächst mit dem Schwerpunkt der Telematik-Infrastruktur unternommen wird. Bemängelt wird, dass in dem Gesetzentwurf eindeutige Regelungen zur telemedizinischen Leistungserbringung als dem unmittelbar für Patienten relevantesten Teil fehlen. Die Förderung von konkreten telemedizinischen Anwendungen wird darin kaum erwähnt.

Die Kommission versteht unter Telemedizin ärztliche Tätigkeit über eine räumliche Distanz unter Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien. Telemedizinische Leistungserbringung ist eine spezifische Arbeitsweise in Ergänzung zur ärztlichen Präsenztätigkeit. Mit diesem Anspruch gelten konsequenterweise alle Merkmale der Präsenzmedizin auch für die telemedizinische Leistungserbringung. Der Arzt als Ansprechpartner für den Patienten sowie datenschutzrechtliche Regelungen zur Sicherung des ärztlichen Schweigepflichtgebotes sind unverzichtbar. Die virtuell-ärztliche Leistungserbringung sollte auf das jeweilige Fachgebiet des telemedizinisch tätigen Kollegen begrenzt werden.

Von der Kommission wird eine klare Differenzierung bei der virtuell-ärztlichen Leistungserbringung gefordert. Unterschieden werden muss die medizinisch gleichwertige Substitution einer bisher ausschließlich



in der Präsenzmedizin erbrachten Leistung (zum Beispiel Teleradiologie) und die von der Präsenzpraxis abweichend erbrachte telemedizinische Patientenversorgung, die eine Verbesserung patientenzentrierter Endpunkte (Reduktion Mortalität und Morbidität, Steigerung der Lebensqualität) gegenüber der Standardmethode zum Ziel hat. Telemedizinische Patientenbetreuungsformen sollten den Nachweis der Überlegenheit als neue Methode führen können. Idealerweise dürfen nur Daten aus randomisierten kontrollierten Studien für die Beurteilung eines Mortalitäts- oder Morbiditätsgewinns durch telemedizinische Anwendungen herangezogen werden.

Nur randomisierte kontrollierte Studiendaten sollten für die Beurteilung eines Mortalitäts- oder Morbiditätsgewinns durch telemedizinische Anwendungen herangezogen werden.

Die Validierung telemedizinischer Patientenversorgung und telemedizinischer Befunderhebung mit wissenschaftlichen Methoden, die der Komplexität Rechnung tragen, fordert auch die AG Telemedizin der Bundesärztekammer (BÄK). Nach

einem Jahr Kooperation mit der BÄK kann die DGIM-Kommission eine positive Bilanz ziehen: Die Zusammenarbeit wird gelebt, der Austausch bringt Impulse für die Ausgestaltung telemedizinischer Patientenversorgung. Die Kommission Telemedizin hat Programmanschläge für den DGIM-Kongress 2016 eingereicht und plant eine Diskussion mit Vertretern aus Medizin, Politik und Wirtschaft beim Health IT-Forum der MEDICA 2015. Der Nutzen von Telemedizin und die Priorisierung virtuell-ärztlicher Handlungsfelder werden Inhalt der Debatte sein.

Qualifizierten Nachwuchs effektiv unterstützen

Frank Lammert



Kommission Wissenschaft – Nachwuchsförderung

Die Schwerpunkte der Arbeit der Kommission Wissenschaft – Nachwuchsförderung waren im vergangenen Jahr

- die Erarbeitung und Veröffentlichung des Positionspapiers zur Systemmedizin (siehe Seite 25),
- die erstmalige Vergabe der DGIM-Promotionsstipendien und
- der Start der DGIM-Förderakademie.

Im Rahmen der Nachwuchsförderung möchte die DGIM den wissenschaftlichen Nachwuchs bei anspruchsvollen, arbeitsintensiven und wissenschaftlich hochwertigen klinisch orientierten Promotionsarbeiten auf dem Gebiet der Inneren Medizin unter Berücksichtigung aller Schwerpunkte fördern. Dabei verfolgt sie das Ziel, überdurchschnittlich qualifizierten Studierenden Einblicke in die wissenschaftliche Arbeit zu eröffnen und sie zu motivieren, ihre wissenschaftliche Laufbahn fortzusetzen. Die Fördermöglichkeiten umfassen die Unterstützung eines Freisemesters oder eines Forschungsaufenthalts.

Auf dem diesjährigen Kongress wurden erstmals die neuen Promotionsstipendien vergeben. Die

Ausschreibung der Stipendien und die Auswahl der Stipendiaten erfolgten durch die Kommission Wissenschaft – Nachwuchsförderung. Kongresspräsident Professor Hallek und DGIM-Generalsekretär Professor Fölsch verliehen die ersten fünf Promotionsstipendien auf dem 121. Internistenkongress an: Stefanie Bachl, Heide Heinen, Christina Höber, Nicole Stadler und Paul Stamm. Die maximale Förderung je AntragstellerIn beträgt 10 000 Euro.

Um qualifizierte und motivierte Nachwissenschaftler und Führungskräfte in der Inneren Medizin gezielt und individuell zu fördern, hat die Kommission auf Anregung von Professor Märker-Hermann ein Nachwuchsprogramm für junge Internisten entwickelt – die Förderakademie. Diese findet 2015 zum zweiten Mal statt und ermöglicht es jungen Internisten, frühzeitig Führungskompetenzen zu entwickeln. Zudem erlernen die Teilnehmer Strategien zur Bewältigung der Anforderungen im Spannungsfeld von Beruf und Familie. Die Akademie bietet Unterstützung in der wissenschaftlichen Orientierung und der Karriereplanung im Gesundheitswesen.

Die DGIM-Förderakademie richtet sich an Ärzte in Weiterbildung oder mit Facharztstatus, die nicht älter als 40 Jahre sind und Führungsverantwortung haben oder eine entsprechende Karriere anstreben. Sie umfasst zwei Workshops, deren Inhalte praxisnah ausgerichtet sind und sich an den Bedürfnissen und beruflichen Gegebenheiten der Teilnehmer orientieren. Im ersten Workshop, der sich mit dem Thema Personalführung beschäftigt, werden Kommunikationsmodelle für die Mitarbeiterführung und Möglichkeiten zum Umgang mit Konflikten vorgestellt. Außerdem wird die Rolle der Führungskräfte in der Inneren Medizin reflektiert. Das zweite Modul widmet sich der strukturierten Auswahl von geeigneten Mitarbeitern, der Leitung von Teams sowie der Entwicklung von Strategien zur gesunden und ganzheitlichen Karriere- und Lebensplanung. Ergänzt wird die Akademie durch Erfahrungsberichte namhafter Kollegen aus der Inneren Medizin, die die vielfältigen Aspekte einer Führungstätigkeit in der Inneren Medizin beleuchten.

Große Befragung internistischer Weiterbildungsassistenten: Hohe Arbeitsverdichtung und wenig Supervision sind besonders belastend

Kevin Schulte (BDI), Alexis Müller-Marbach und Matthias Raspe (jeweils DGIM)

„Von AssistentInnen für AssistentInnen“ – unter diesem Motto führten die Jungen Internisten der DGIM und das Junge Forum des BDI erstmals eine eigene deutschlandweite Befragung internistischer Weiterbildungsassistenten zwischen Oktober und November 2014 mit Unterstützung ihrer Dachgesellschaften durch.

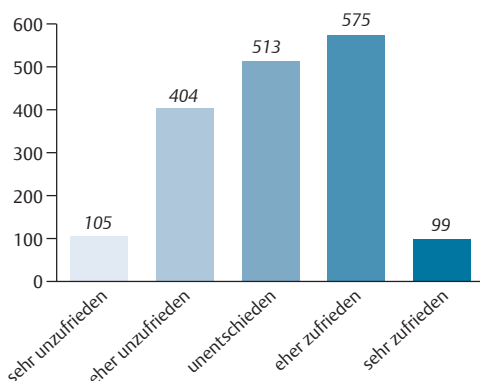
Das deutsche Gesundheitswesen befindet sich in einem fortwährenden Wandel. Einige Entwicklungen, wie der demographische Wandel und eine zunehmende Fokussierung auf ökonomische Aspekte in der stationären Patientenversorgung, haben dabei die Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen junger Ärzte in der Inneren Medizin über die letzten Jahre und Jahrzehnte in besonderem Maße geprägt.

Befragt wurden alle in internistischer Weiterbildung befindlichen Ärzte der DGIM und des BDI. Die Teilnehmer wurden per E-Mail zur Teilnahme und Bearbeitung eines elektronischen Fragebogens eingeladen. Inhaltlich war die Befragung in 6 Abschnitte (und Basisdaten) mit insgesamt 46 bis 53 Fragen unterteilt. Die Themenschwerpunkte waren: Arbeitsbedingungen im Berufsalltag, die ärztliche Fort- und Weiterbildung, Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Einfluss ökonomischer Erwägungen auf ärztliches Handeln sowie Vereinbarkeit von klinischem Arbeitsalltag mit Forschung und Wissenschaft. Außerdem wurde mit dem Instrument „Modell

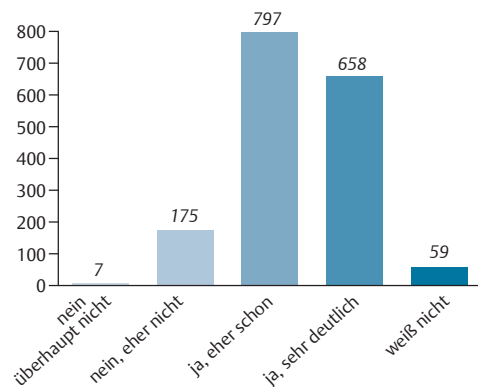
der beruflichen Gratifikationskrisen“ die psychosoziale Arbeitsbelastung unter den Teilnehmern durch einen validierten Fragebogen erfasst.

Insgesamt haben 1696 Teilnehmer den Fragebogen komplett abgeschlossen (entspricht einer Rücklaufquote von 25 Prozent). 60 Prozent der Teilnehmer waren weiblich, 40 Prozent männlich. Das Durchschnittsalter lag bei 32 Jahren und die Teilnehmer befanden sich im Mittel im vierten Weiterbildungsjahr. Es nahmen Weiterbildungsassistenten aus allen 16 Bundesländern an der Umfrage teil, wobei die meisten Teilnehmer aus Bayern, Nordrhein-Westfalen und Baden Württemberg stammten. 13 Prozent der Teilnehmer arbeiteten in Teilzeit und die restlichen 87 Prozent in Vollzeit. 34 Prozent der Teilnehmer lebten in einem Haushalt mit einem oder mehr Kindern. Erste Ergebnisse der Umfrage wurden beim 121. Internistenkongress in Mannheim im April 2015 vorgestellt und diskutiert. Die finalen Ergebnisse der Befragung werden derzeit zur Publikation vorbereitet und sind so in Kürze verfügbar. Die Befragung will mit aktuellen und repräsentativen Ergebnissen, die potentielle Konfliktfelder umfassend abbilden und auch neue Aspekte aufnehmen, einen Beitrag zur fortwährenden Diskussion um assistenzärztliche Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen leisten sowie Ansatzpunkte für Verbesserungsmöglichkeiten aufzeigen.

Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer augenblicklichen beruflichen Situation?



Sehen sie die Qualität der Patientenversorgung durch die vielschichtigen Veränderungen im ärztlichen Arbeitsumfeld über die letzten Jahre gefährdet?





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 für die Belange der Fachgesellschaft eingesetzt haben und noch einsetzen. Sie drückt jenen Menschen ihren Dank und ihre Anerkennung aus, die das gesamte Ge-

biet 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 43 noch lebende Ehrenmitglieder:

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

RA Maximilian G. Broglie (Wiesbaden)
 Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Meinhard Classen (Reith b. K., AT)
 Oberbürgermeister a.D. Hildebrand Diehl (Wiesbaden)
 Prof. Dr. Dr. h. c. Volker Diehl (Köln)
 Prof. Dr. Karl-Max Einhüpl (Berlin)
 Prof. Dr. Albrecht Encke (Frankfurt)
 Prof. Dr. Dres. h. c. Konrad Federlin (Gießen)
 Prof. Dr. Dr. h. c. Ulrich R. Fölsch (Kiel)
 Prof. Dr. Dr. h. c. Wolfgang Gerok (Freiburg)
 Prof. Dr. Heiner Greten (Hamburg)
 Prof. Dr. Dieter L. Heene (Mannheim)
 Prof. Dr. Dieter Hoelzer (Frankfurt)
 Prof. Dr. Alan Hofmann (La Jolla, USA)
 Prof. Dr. Dietfried Jorke (Jena)
 Prof. Dr. Johannes Köbberling (Wuppertal)
 Prof. Dr. Karl Martin Koch (Hannover)
 Prof. Dr. Rainer E. Kolloch (Bielefeld)
 Prof. Dr. Dieter Lohmann (Leipzig)
 Prof. Dr. Hellmut Mehnert (Krailling)
 Prof. Dr. Jürgen Meyer (Mainz)
 Prof. Dr. Dr. Karl-Hermann Meyer zum Büschenfelde (Berlin)
 Prof. Dr. Stephen O’Rahilly (Cambridge, GB)

Prof. Dr. Gustav Paumgartner (Wien, AT)
 Prof. Dr. Karl Heinz Rahn (Münster)
 Prof. Dr. Dr. h. c. Sotirios A. Raptis (Athen, GR)
 Prof. Dr. Gerhard Riecker (Großhesselohe)
 Prof. Dr. Jürgen F. Riemann (Ludwigshafen/Rh.)
 Prof. Dr. Hans-Peter Schuster (Hildesheim)
 Prof. Dr. Dr. h. c. Peter C. Scriba (München)
 Prof. Dr. Dr. h. c. Konrad Seige (Lieskau)
 Prof. Dr. Peter M. Suter (Presigne, CH)
 Prof. Dr. Klaus-Henning Usadel (Frankfurt)
 Prof. Dr. Dr. h. c. Hugo K. Van Aken (Münster)
 Prof. Dr. Dr. h. c. Jürgen van de Loo (Münster)
 Prof. Dr. Peter von Wichert (Hamburg)
 Prof. Dr. Thomas R. Wehrauch (Düsseldorf)
 Dr. Harthmut Weinholz (Berlin)
 Prof. Dr. Egon Wetzels (Bernau am Chiemsee)
 Prof. Dr. Klaus Wilms (Würzburg)
 Prof. Dr. Dr. h. c. Ernst-Ludwig Winnacker (München)
 Prof. Dr. Henning Zeidler (Hannover)
 Prof. Dr. Nepomuk Zöllner (München)
 Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Harald zur Hausen (Heidelberg)

Der 9. Patiententag in Wiesbaden – Medizinische Beratung aus erster Hand

Norbert Schütz

Anlässlich des 121. Internistenkongresses in Mannheim fand eine Woche zuvor am 11. April 2015 der inzwischen 9. Patiententag beim Wiesbadener Rathaus statt. Veranstalter war, wie in den vergangenen Jahren, die DGIM gemeinsam mit der Landeshauptstadt Wiesbaden. Mit über 1300 Besuchern war der Patiententag wieder eine sehr erfolgreiche Veranstaltung.

Der Patiententag präsentierte sich dieses Jahr mit 38 Vorträgen in elf Sitzungen. Es waren 52 Aussteller vor Ort. Der Besuch der Veranstaltung war kostenfrei. Das Konzept des Patiententages, nämlich dem Besucher aktuelle Themen der Inneren Medizin verständlich zu vermitteln, hat sich auch in diesem Jahr wieder bewährt. Besucher erhielten praxisnahe Informationen, konnten mit Experten diskutieren, Selbsthilfegruppen klärten auf und gaben Informationen über ihre Arbeit.

Neue Behandlungsmethoden

In zahlreichen Selbsttestungen hatten die Besucher die Möglichkeit, sich einen Eindruck über den eigenen Gesundheitszustand zu verschaffen, unter anderem mit Blutdruck- und Blutzuckermessung, Körperfettbestimmung, Lungenfunktionsuntersuchung, Hormonspiegel- und Demenzdiagnostik, um nur einige Beispiele zu nennen. Inhaltlich war es wieder ein Patiententag der Vielfalt. Es wurden neueste Krankheitserkenntnisse und Behandlungsmethoden aus diversen Fachgebieten vorgestellt. Ein besonderes Interesse galt dabei den chronischen Erkrankungen, exemplarisch den rheumatischen Erkrankungen, aber auch dem Diabetes mellitus.

Leitthema Prävention

Prävention war eines der diesjährigen Leitthemen. Dass Prävention die Lebensqualität erhöht und das Leben verlängert, wurde eindrücklich dargelegt. Darüber hinaus stand der ältere Patient ganz im Mittelpunkt der Veranstaltung: Die Besonderheiten

der Notfallbehandlung beim älteren Menschen wurden ebenso diskutiert wie – in einem eigenen Symposium – die würdevolle Begleitung der Menschen am Ende ihres Lebens. Erstmals befasste sich der Patiententag auch mit der medizinischen Versorgung in ärmeren Ländern der Welt. Helfer berichteten von ihrer Arbeit und den speziellen Herausforderungen in den entsprechenden Ländern. Es ist als Signal zu verstehen, dass der Patiententag sich auch mit den medizinischen Problemstellungen außerhalb unseres Gesundheitssystems beschäftigen möchte.

Ein besonderer Höhepunkt war wie in den Jahren zuvor die Verleihung des Förderpreises für Selbsthilfegruppen durch die Marion und Bernd Wegener-Stiftung Mainz in Kooperation mit der DGIM und der Stadt Wiesbaden. Die Preisträger stehen exemplarisch für das besondere Engagement und die herausragende Kreativität vieler Selbsthilfegruppen. Die beiden Erstplatzierten waren dieses Jahr die Jung- und Parkinson-Selbsthilfegruppen aus Saarlouis und aus Schneckenhausen.

Der Patiententag wird auch in den nächsten Jahren sein bewährtes Konzept in Wiesbaden fortsetzen, wengleich der Internistenkongress wegen des Neubaus der Rhein-Main-Hallen noch für einige Jahre in Mannheim verbleiben wird.



Auf dem Wiesbadener Rathausplatz konnten Interessierte Rettungsfahrzeuge besichtigen.

An morgen denken – Nachwuchsförderung der DGIM

Ein Kernziel der DGIM ist es, den medizinischen Nachwuchs für die Innere Medizin und ihre vielfältigen Schwerpunkte und Arbeitsfelder zu begeistern. Die Fachgesellschaft fördert junge Ärzte in der internistischen Ausbildung und motiviert sie für die internistische Forschung und Wissenschaft: Die Fördersumme der DGIM belief sich im Jahr 2014/2015 auf insgesamt 129 760 Euro. Die Fachgesellschaft unterstützt angehende Internisten damit darin, sich in der Inneren Medizin interessante Aufgaben und attraktive Perspektiven zu erschließen.

Anreize für den internistischen Nachwuchs schafft die DGIM beispielsweise mit wissenschaftlichen Preisen und Stipendien. Im Rahmen des Internistenkongresses überreicht die DGIM allen Erstautoren von Abstracts im Alter von unter 35 Jahren ein Reisestipendium über 250 Euro. Außerdem verleiht sie jährlich für herausragende wissenschaftliche Arbeiten junger Mediziner aus allen internistischen Schwerpunkten den Young Investigator Award (YIA). Die drei Erstplatzierten des YIA erhalten ein Preisgeld. Die DGIM lobt

zudem Preise für herausragende wissenschaftliche Kongressposter aus. Die zwölf besten Poster belohnt sie mit jeweils 1000 Euro sowie mit Abonnements und Buchgutscheinen.

In diesem Jahr verzichtete die DGIM auf eine Ausstellung der Abstracts als Poster beim Internistenkongress. Stattdessen entschied sich die Fachgesellschaft unter der Präsidentschaft von Professor Michael Hallek am neuen Kongressort dafür, Verfassern von herausragenden Abstracts die Möglichkeit zur persönlichen Präsentation ihrer Forschungen zu geben.

Impulse für die Forschung setzen

Zur Förderung des Nachwuchses in der Forschung verleiht die DGIM weitere hoch ausgestattete Wissenschaftspreise: Der „Theodor-Frerichs-Preis“ geht an Forscher unter 40 Jahren, die eine herausragende klinisch-experimentelle Arbeit vorgelegt haben. Er ist mit 30 000 Euro dotiert. Mit dem



Kongresspräsident Prof. Michael Hallek und DGIM-Generalsekretär Prof. Ulrich Fölsch haben auf dem 121. Internistenkongress fünf Promotionsstipendien verliehen. (v. l. n. r.): Christina Höber, Paul Stamm, Nicole Stadler, Stefanie Bachl. Nicht auf dem Bild ist Heide Heinen.

Der 121. Internistenkongress: Molekulare Prinzipien der Inneren Medizin – Aufbruch in eine neue Ära

Michael Hallek

Mit mehr als 8000 Teilnehmern ist der erste Internistenkongress in Mannheim am 21. April erfolgreich zu Ende gegangen. Nicht nur mit dem neuen Kongressort, sondern auch mit der Themenauswahl haben wir als Fachgesellschaft neue Wege eingeschlagen. Ärzte und Wissenschaftler diskutierten neueste Erkenntnisse zur Behandlung internistischer Erkrankungen. In mehr als 1400 Sitzungen und Vorträgen referierten über 890 Experten. Der Kongress war eine Premiere: Die Internisten tagten zum ersten Mal in Mannheim anstatt wie in vielen Jahrzehnten zuvor in Wiesbaden. Und auch inhaltlich betreten wir Neuland: „Molekulare Prinzipien der Inneren Medizin – Aufbruch in eine neue Ära“ hieß das Kongressmotto.

Das Motto beschreibt den Weg zur „Systemmedizin“, der konsequenterweise mit den neuen methodischen Möglichkeiten beschränkt werden muss, aber auch eine logische Fortführung bedeutet. Denn im Sinne des Patienten entwickelt die DGIM die Innere Medizin schon seit Beginn ihrer Geschichte nach einem ganzheitlichen Ansatz und hat den gesamten Menschen im Blick. Aktuelles Beispiel für diese neuen molekularen Prinzipien sind die Signale in der Zellkommunikation bei der Entstehung von Diabetes mellitus Typ 2. Sie finden sich an anderer Stelle in der gleichen Form wie-

der: Krebszellen tauschen sich über identische Wege untereinander aus. In der Krebstherapie kommen molekulare Prinzipien bereits heute therapeutisch zum Einsatz. Bis diese Prinzipien in der Diabetestherapie Anwendung finden, ist es nicht mehr weit.

Initiative „Klug entscheiden“

Auf großes Interesse stieß ein weiteres zentrales und zugleich übergeordnetes Thema des 121. Internistenkongresses: Die Initiative der DGIM „Klug entscheiden“ wurde rege diskutiert – bei Kongressteilnehmern und auch in den Medien. Den Auftakt bildete dafür auf dem Kongress der Plenarvortrag von Professor Giovanni Maio über „Die ärztliche Kunst des Seinlassens“. Seine Rede erntete beim Publikum minutenlang „Standing Ovation“. Angelehnt an die amerikanische „Choosing wisely“-Bewegung überdenken wir als DGIM derzeit, was in der Inneren Medizin medizinisch notwendig ist. Wir müssen das eigentliche „Arzt sein“ in den Mittelpunkt unserer Tätigkeit stellen, anstatt uns ökonomischen Zwängen zu unterwerfen.

Das führt auch auf direktem Wege zu weiteren wichtigen Hauptthemen, die dem Kongress den individuellen Anstrich meines Kölner Teams gaben: Ein weiteres hoch aktuelles Thema war die Infektiologie. Studien zeigen, dass die Überlebenschancen von Patienten mit Infektionen steigen, wenn ein Spezialist für Infektionskrankheiten in die Behandlung eingebunden ist. Dass es der Fortbildung durch klinisch erfahrene Kollegen bedarf, belegten viele gut besuchte Sitzungen. Nur so können Klinikärzte zukünftig die Befunde in der Zusammenschau interpretieren und daraus Entscheidungen am Krankenbett im Sinne des Patienten fällen.

Kursformat „Refresher“

Mit seinem breit gefächerten wissenschaftlichen Programm lieferte der 121. Internistenkongress selbst erfahrensten Kollegen einen Überblick über das gesamte Spektrum der Inneren Medizin und die nötige





Kongresspräsident Hallek eröffnete die festliche Abendveranstaltung.

Vertiefung in ausgewählten Bereichen. Er bot aber auch eine exzellente Plattform für junge Wissenschaftler. Neben dem Nachwuchsforum „Chances“, das auf die Bedürfnisse junger Mediziner zugeschnitten ist, fand sich ein neues Angebot im Kongressprogramm: Die Refresher-Kurse „Innere Medizin“ boten angehenden Internisten einen fachlich anspruchsvollen Überblick über die einzelnen Fachbereiche. Ihre Teilnahme förderten wir zudem mit dem Angebot, wissenschaftliche Abstracts im Rahmen des Kongressprogramms vorzutragen.

Die Fachgesellschaft im Nationalsozialismus

Eine große Rolle nahm auf diesem ersten Internistenkongress im Mannheimer Rosengarten die Aufarbeitung der Vergangenheit der DGIM ein. Seit 2012 hatten wir Historiker damit beauftragt, die Geschichte der Fachgesellschaft in der NS-Zeit näher zu untersuchen. Erste Ergebnisse konnte die DGIM nun im Rahmen einer Ausstellung auf dem 121. Internistenkongress zeigen. Es war mir eine große Ehre, die Ausstellung im Rahmen des Festabends am Sonntag zu eröffnen – insbesondere weil ich dies gemeinsam mit Dr. Josef Schuster tun durfte. Der Präsident des Zentralrats der Juden ist selbst Internist. Mit ernsthaftem Interesse lasen die Anwesenden an diesem Abend und an den vier Kongresstagen die Schautafeln. Die Ergebnisse dieser Aufarbeitung haben mich persönlich erschüttert. Wir Internisten haben uns in

dieser Zeit nicht unterschieden vom Rest der Bevölkerung – und das, obwohl wir unseren Beruf mit hohem ethischen Anspruch erfüllen. Einmal mehr wurde mir bewusst, welch schätzenswertes Gut unsere freie Gesellschaft birgt.

Neuer Kongressort Mannheim

In diesem Jahr tagte die DGIM zum ersten Mal im Congress Center Rosengarten. Denn wegen des Neubaus der Rhein-Main-Hallen in Wiesbaden findet der Internistenkongress von 2015 bis 2017 in Mannheim statt. Wir sind sehr froh, dass das Konzept am neuen Ort so gut aufgegangen ist und von den Internisten positiv angenommen wurde. Firmen wie Arzneimittel- und Medizintechnikhersteller sowie Fachverlage stellten auf 3450 Quadratmetern an 114 Ständen ihre Produkte vor. Vor allem aber zeigte diese Tagung einmal mehr sehr deutlich, wie stark der Kongress von seinen Teilnehmern lebt.



Congress Center Rosengarten in Mannheim

Innere Medizin während der Zeit des Nationalsozialismus

Ausstellung zur Rolle der DGIM im „Dritten Reich“

Nach dem Krieg konnten einzelne Ärzte aus den Reihen der DGIM wieder weitgehend unbehelligt praktizieren, obwohl sie sich in der NS-Zeit schuldig gemacht hatten. Dies ist eines der Ergebnisse der Untersuchungen der DGIM zu ihrer Vergangenheit. Mit der Rolle der Fachgesellschaft, ihrer Akteure und Mitglieder in der Zeit des Nationalsozialismus befasste sich eine Ausstellung anlässlich des 121. Internistenkongresses in Mannheim.

Seit 2012 erforschen Historiker des Medizinhistorischen Instituts in Bonn systematisch die Geschichte der DGIM in der Zeit des Nationalsozialismus. Der Internistenkongress bot Besuchern Einblick in erste Ergebnisse der Nachforschungen. Die geschichtliche Aufarbeitung erinnere nicht nur an Geschehenes, sie schärfe auch den Blick auf die Gegenwart und rufe ins Bewusstsein, wozu Menschen in der Lage seien, erläuterte DGIM-Generalsekretär Ulrich R. Fölsch im Vorfeld des Kongresses. Die Ausstellung dokumentierte Schicksale verfolgter Mitglieder der DGIM und Oppositioneller. Sie belegte auch Medizinverbrechen, an denen Ärzte aus den Reihen der Fachgesellschaft beteiligt waren, und stellt den Verlauf der Internistenkongresse während der Diktatur dar. Die Ausstel-



Schautafeln zeigten das Schicksal der Verfolgten und die Machenschaften der Täter.

lungseröffnung wurde begleitet von dem Internisten Dr. Josef Schuster, dem Präsidenten des Zentralrats der Juden.

Die DGIM selbst besitzt nur noch wenige Dokumente aus der Zeit des Nationalsozialismus. Daher waren aufwendige Rechercharbeiten notwendig – unter anderem im Bundesarchiv Berlin, in Bibliotheksarchiven und den Beständen der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) –, um auf Informationen zur Vergangenheit der Fachgesellschaft und ihrer Mitglieder zu stoßen. Erste Ergebnisse zeigte der 121. Internistenkongress vorab: Schautafeln, ein Film, eine Kunst-



Reichsärztführer Gerhard Wagner bei der Eröffnung des Wiesbadener DGIM-Kongresses 1935

installation und Vitrinen erwarteten die Besucher und veranschaulichten, welche Erkenntnisse die beiden Historiker Privatdozent Dr. phil. Ralf Forsbach und Professor Dr. phil. Hans-Georg Hofer bisher gewinnen konnten. Breiteren Raum nahm dabei auch das Schicksal von Leopold Lichtwitz ein, dem als Jude zu Beginn der NS-Zeit der DGIM-Vorsitz aberkannt wurde. Zu dessen Ehren rief die DGIM im Jahr 2013 ihre größte Auszeichnung ins Leben, die Leopold-Lichtwitz-Medaille.

Aber die Historiker recherchierten auch zu Ärzten aus den Reihen der DGIM, die sich schuldig gemacht haben: Einige konnten bald nach dem Krieg wieder praktizieren oder gelangten sogar auf Lehrstühle. Andere zerbrachen an ihrem Schicksal und nahmen sich das Leben. Wieder andere wurden gerichtlich belangt. Für 2018 plant die Fachgesellschaft eine umfangreiche wissenschaftliche Monographie zu dem Thema.



Dr. Josef Schuster, Präsident des Zentralrats der Juden, hielt eine Rede bei der Ausstellungseröffnung.

Erklärung der DGIM anlässlich der Eröffnung der Ausstellung „Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin in der NS-Zeit“ am 19. April 2015

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin ist beschämt, weil sie 70 Jahre hat verstreichen lassen, bis ihr Handeln in der Zeit des Nationalsozialismus wissenschaftlich untersucht und öffentlich gemacht wurde.

Die DGIM missbilligt die Akte der Anpassung an das Unrechtsregime. Sie verurteilt die Ausgrenzung und Verfolgung von Mitgliedern und Nichtmitgliedern, sowie die Verbrechen, die von Mitgliedern der Fachgesellschaft begangen wurden.

Inbesondere verurteilt sie

- die Vertreibung von Kolleginnen und Kollegen jüdischer Herkunft sowie
- die Misshandlungen und Tötungen von Menschen in Konzentrationslagern, Lazaretten und Kliniken.

Die DGIM bekennt sich zu ihrer historischen Verantwortung, die Geschehnisse in Erinnerung zu halten.

Einige an NS-Unrecht Beteiligte sind in der Nachkriegszeit zu Ehrenmitgliedern der DGIM ernannt worden. Die DGIM erklärt ausdrücklich, dass diese Ernennungen unter den uns heute bekannten Umständen nicht zu billigen sind. Sie sieht aber von einer nachträglichen Aberkennung der Ehrenmitgliedschaft ab, um deutlich zu machen, dass im historischen Bewusstsein bleiben soll, welche Verfehlungen Mitglieder der DGIM im Nationalsozialismus begangen haben und in welcher Weise diese Vergehen über lange Zeit verdrängt oder verschwiegen wurden.

Mit dieser Haltung betont die DGIM, wie verletzlich die Errungenschaften freiheitlicher Gesellschaften sind, und wie wichtig das permanente Ringen um Toleranz, Offenheit und Rechtsstaatlichkeit ist.

Korporative Mitglieder – Partner in der Industrie und Gesundheitswirtschaft

Bianca Wittig, Sprecherin der Korporativen Mitglieder

Schwerpunkte des diesjährigen Internistenkongresses waren unter anderem die Translationale Forschung, die individualisierte Krebstherapie sowie das „Unterlassen“ als ärztliche Aufgabe, die Initiative „Klug entscheiden“. In Anbetracht der Innovationen in Diagnostik und Therapie in der Inneren Medizin stellt die DGIM das Arztsein wieder mehr in den Mittelpunkt des Handelns. Die Initiative „Klug entscheiden“ hat zum Ziel, durch Ausgewogenheit im ärztlichen Handeln und unter Einbezug der Patienten die evidenzbasierte Versorgung in hoher Qualität sicherzustellen und dabei neue Ressourcen für Bereiche der Unterversorgung zu schaffen. Die Korporativen Mitglieder nehmen sich diesen und weiteren Themen an und behandeln sie in Symposien und Pressekonferenzen.

Unternehmen, die die Ziele der DGIM unterstützen, können Korporative Mitglieder der DGIM werden. Derzeit sind 18 Unternehmen Korporatives Mitglied der DGIM (siehe Seite 62). Diese veranstalteten mit dem

DGIM-Vorstand und -Beirat drei Symposien und zwei Pressekonferenzen im Berichtszeitraum 2014/2015.

Das Herbstsymposium 2014 am 29. Oktober in Wiesbaden befasste sich unter dem Titel „Vorbeugen oder Behandeln – Wohin geht die Innere Medizin?“ mit der primären und sekundären Prävention Innerer Erkrankungen. Diskutiert wurde über den Einfluss des Zigarettenrauchens auf chronische Entzündungskrankheiten, die präventive Wirkung des Sports und spezieller Ernährung, nutzenbelegte Vorsorgeuntersuchungen und steigende Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen. Die gesetzlichen Krankenversicherungen unterstützen neben den Vorsorgeuntersuchungen bereits jetzt allgemeine Maßnahmen zur Gesundheitsfürsorge und Prävention. Im Fokus stand die Bedeutung der Prävention insbesondere für die Innere Medizin. Im Anschluss fassten die Referenten auf einer gut besuchten Pressekonferenz für die Medienvertreter die wichtigsten Fakten zusammen. Einen ausführlichen Bericht finden Interessierte in den DGIM-Mitteilungen im Internisten 12-2014.

Opinion Leader Meeting: Molekulare Prinzipien der Inneren Medizin

Das 7. DGIM Opinion Leader Meeting fand vom 16. bis 17. Januar 2015 in Eltville-Erbach statt. Diese Veranstaltungsreihe bringt Ärzte und Wissenschaftler aus Universitäten und Industrie sowie Experten aus dem Gesundheitssystem miteinander ins Gespräch. Das diesjährige Symposium stand unter dem Thema „Molekulare Prinzipien der Inneren Medizin: Aufbruch in eine neue Ära“. Durch die Identifizierung von pathogenetisch relevanten Signalwegen und Krankheitsgenen und durch das bessere Verständnis der Epigenetik sind neue Therapieziele gefunden worden. Krebserkrankungen werden zunehmend mit therapeutischen Antikörpern zielgerichtet behandelt. Auch bei metabolischen Erkrankungen wie Diabetes und Adipositas sind molekulare Prinzipien in der Behandlung denkbar. Es wurde auch über einen Zusammenschluss aller Partner im Gesundheitssystem im Sinne einer Innovationsplattform diskutiert. Dies würde helfen, die Herausforderungen und Chancen



der molekularen Medizin und der neuen Medizintechnik besser zu meistern und zum Wohle der Patienten zu nutzen. Einen ausführlichen Bericht zu dieser Veranstaltung finden Sie in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift 2015; 140: 532.

Herausforderung durch „Biosimilars“

Im Rahmen des 121. Kongresses der DGIM 2015 fand das diesjährige Frühjahrssymposium der Korporativen Mitglieder zum Thema „Biosimilars – Wenn das Gleiche nicht Dasselbe ist“ statt. Biosimilars sind im Gegensatz zu klassischen Generika nicht völlig mit dem Original-Medikament identisch. Bereits kleine Abweichungen in der Molekülstruktur können Unterschiede in Wirkung und Verträglichkeit bedingen. Unter der Leitung von Herrn Professor Ulrich R. Fölsch und Herrn Professor Franz-Josef Wingen, wurde lebhaft über die Besonderheiten der Entwicklung, Herstellung, Zulassung und Vermarktung von Biosimilars diskutiert. Die anschließende Pressekonferenz war sehr gut besucht. Über die Inhalte des Symposiums wurde in der Deutschen Medizinischen Wochenzeitschrift ausführlich berichtet (2015; 140: 929–931).

Am 20. April 2015 fand die ordentliche Mitgliederversammlung der Korporativen Mitglieder der DGIM in Mannheim statt. Dabei wurden neu gewählt: als Vorsitzende Sprecherin Frau Professor Privatdozentin Bianca Wittig/AbbVie Deutschland, als Stellvertreter Herr Dr. Meyer/Siemens und Herr Ringewaldt/Thieme. Die Sprechergruppe ist bis 2017 im Amt. Die Korporativen Mitglieder dankten Herrn Professor Wingen ganz herzlich für seine langjährige Tätigkeit als Vorsitzender Sprecher und wünschten ihm alles Gute.

Die Sprecher dankten auch dem Präsidenten der 121. Jahrestagung, Professor Michael Hallek, dem Präsidenten der 122. Jahrestagung, Professor Gerd Hasenfuß, dem Generalsekretär, und der Geschäftsstelle der DGIM für die hervorragende Zusammenarbeit sowie Frau Anne-Katrin Döbler und Frau Anna Voormann für die Pressearbeit.

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 pharmazeu-

tischen Unternehmen und den Verlagen über aktuelle Fragen der Wissenschafts- und Gesundheitspolitik. Die regelmäßigen Symposien und Opinion Leader Meetings werden gemeinsam veranstaltet und die Ergebnisse in den Organen der DGIM publiziert. Nicht unerwähnt bleiben sollte auch die Chance, die beteiligten Unternehmen in den Organen der DGIM in einem ganzseitigen Artikel kostenfrei darstellen zu können.

Am 14. Oktober 2015 findet das Herbstsymposium mit anschließender Pressekonferenz in Wiesbaden zum Thema „Seltene Erkrankungen – Besondere Chancen und Herausforderungen“ statt. Das 8. Opinion Leader Meeting ist für den 15. und 16. Januar 2016 vorgesehen. Das Frühjahrssymposium 2016 findet wie gewohnt im Rahmen der Jahrestagung der DGIM in Mannheim statt.

Themen aktueller und vergangener Symposien der Korporativen Mitglieder der DGIM:

Jahr	Jahrestagung (Frühjahrssymposium)	Herbsttagung mit Vorstand und Ausschuss
2013	Arzneimittelfälschungen	Companion Diagnostics – Königsweg in der modernen Medizin?
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

Ehrungen und Preise der DGIM 2015

Neues Ehrenmitglied Professor Dieter Hoelzer



Dieter Hoelzer leitete von 1984 bis 2007 die Abteilung für Hämatologie, Onkologie, Rheumatologie, Infektiologie und AIDS der Universitätsklinik Frankfurt/Main. Nach seiner Emeritierung gründete er gemeinsam mit Angelika Böhme das „Onkologikum“ in Frankfurt.

Hoelzer wurde 1939 in Dresden geboren und studierte Medizin an der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster. Es schlossen sich klinische Semester in München, Wien und Freiburg an, ehe er im Juni 1964 in Freiburg das Studium der Humanmedizin mit dem Medizinischen Staatsexamen beendete. Die anschließende Praktische Phase absolvierte er an der Chirurgischen Klinik Dr. Rinecker in München. 1967 arbeitete er als Assistenzarzt am Freiburger Institut für Strahlenhämatologie. Von 1969 bis 1973 war der Dresdner in der Abteilung für klinische Physiologie der Universität Ulm auf dem Gebiet der Hämatologie tätig, wo er promovierte und sich schließlich 1973 im Bereich Hämatologie und Onkologie habilitierte. Eine Anstellung am Universitätsklinikum Ulm, Forschung in Sydney und schließlich die Niederlassung als Arzt für Innere Medizin folgten. 1979 legte Hoelzer seine zweite Habilitationsschrift vor und wechselte fünf Jahre später an die Universität in Frankfurt am Main.

Der Spezialist für Hämatologie und Onkologie erhielt diverse Auszeichnungen für seine Forschungserkenntnisse und Verdienste: Er ist Träger des Deutschen Krebspreises, des Preises der Deutschen Krebshilfe sowie des Großen Verdienstkreuzes der Bundesrepublik Deutschland. 2010 erhielt er darüber hinaus den Ehrendokortitel der Universität Athen. Zudem ist Hoelzer seit 1981 Leiter der Klinischen ALL-Studie, der 120 Kliniken angeschlossen sind.

Neues Ehrenmitglied Professor Ernst-Ludwig Winnacker



Seit 1980 ist Ernst-Ludwig Winnacker ordentlicher Professor für Biochemie an der Universität München. 1984 gründete er dort ein Zentrum für Genforschung, an dem er Leiter des Laboratoriums für Molekulare Biologie ist. Winnacker wurde 1941 in Frankfurt am Main geboren. Nach einem Studium der Chemie in Zürich promovierte er dort

1968 in Organischer Chemie und habilitierte sich schließlich in Genetik. Er arbeitete als Gastprofessor am Institut für Genetik der Universität Köln und wechselte schließlich an das Institut für Biochemie der Ludwig-Maximilians-Universität in München.

Über seine Forschungsarbeit hinaus war und ist der Biochemiker in vielen politischen Gremien und wissenschaftlichen Akademien tätig: Er war Mitglied der Enquete-Kommission „Chancen und Risiken der Gentechnologie“ des Deutschen Bundestages und Mitglied des Wissenschaftlich-Technischen Beirats des Bayerischen Ministerpräsidenten. Von 1998 bis 2006 war er Präsident der Deutschen Forschungsgemeinschaft. Darüber hinaus war der gebürtige Frankfurter als Auswärtiger Vizepräsident der Akademie der Naturforscher Leopoldina in Halle (Saale), als Mitglied des Nationalen Ethikrates sowie als Vizepräsident der Alexander-von-Humboldt-Stiftung und erster Generalsekretär des Europäischen Forschungsrates (ERC) in Brüssel tätig. Winnacker war zudem Mitglied in diversen nationalen und internationalen wissenschaftlichen Akademien. Seit 2009 ist Winnacker Generalsekretär des Human Frontier Science Program (HFSP) in Straßburg. Für seine wissenschaftlichen Verdienste erhielt Winnacker den Bayerischen Verdienstorden, das Verdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland und den Bayerischen Maximiliansorden für Wissenschaft und Kunst. Die Tierärztliche Universität Wien verlieh ihm die Ehrendoktorwürde.

Leopold-Lichtwitz-Medaille an Professor Jürgen Riemann verliehen

Die Leopold-Lichtwitz-Medaille der DGIM hat Professor Jürgen Riemann, Vorstandsvorsitzender der Stiftung LebensBlicke, Ludwigshafen und em. Direktor der Med Klinik C am Klinikum Ludwigshafen, erhalten.

Die im Rahmen des 121. 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 Vereinigten Staaten emigrierte. Zum Gedenken an Lichtwitz und in Erinnerung an tausende Ärzte jüdischer Abstammung, die während dieser Zeit geächtet, verfolgt und umgebracht wur-

Professor Riemann setzt sich über die Stiftung LebensBlicke für die Krebsvorsorge ein.

den, hat die DGIM im Jahr 2013 diese Auszeichnung ins Leben gerufen.

In der Begründung der Jury heißt es: „Die Wahl fiel auf Professor Jürgen Riemann, der erfolgreicher Klinikdirektor war und als Chefarzt hervorragende klinische Forschung betrieben hat. Er hat sich darüber hinaus sehr für die DGIM während und nach seiner Berufstätigkeit engagiert. Er war – wie alle anderen Kandidaten – Präsident der DGIM.

Darüber hinaus hat sich Herr Professor Riemann durch die Gründung der Stiftung LebensBlicke sehr für die Krebsvorsorge allgemein und für die Vorsorge des Kolonkarzinoms im Spezifischen verdient gemacht. Hier ist er weiterhin noch gesellschafts- und berufspolitisch im Interesse der Inneren Medizin aktiv.“



Professor Jürgen Riemann, erhielt für sein Lebenswerk die Leopold-Lichtwitz-Medaille der DGIM, verliehen durch Kongresspräsident Hallek.

Theodor-Frerichs-Preis: Selbstmord der Krebszelle als Therapieziel

Der Verlust eines bestimmten Gens kann eine bösartige, oft tödliche Form von Lymphdrüsenkrebs auslösen, ein „Mantelzelllymphom“. Die Aufklärung des bislang unbekanntem Auslösemechanismus könnte zum Ausgangspunkt neuer Therapien werden. Für seine Erkenntnisse dazu zeichnet die DGIM Privatdozent Florian Bassermann von der Technischen Universität München mit dem diesjährigen Theodor-Frerichs-Preis aus. Der Preis ist mit 30 000 Euro dotiert.

Mantelzelllymphome entstehen, wenn sich in den Lymphknoten die B-Zell-Lymphozyten, kurz „B-Zellen“, unkontrolliert vermehren. B-Zellen sind ein Typ weißer Blutkörperchen, der Antikörper produziert und bei Gesunden auf diese Weise der Immunabwehr dient. Sie unterliegen bei ihrer Entwicklung in den Lymphknoten jedoch einer strengen Auswahl: Unerwünschte B-Zellen werden über einen komplexen Mechanismus – den sogenannten programmierten Zelltod – zur Selbstzerstörung gezwungen. Wenn diese „Apoptose“ nicht funktioniert, vermehren sich die B-Zellen ungehindert.

Bassermann suchte nach Fehlern auf Genen, die als Auslöser für den Krebs infrage kommen.

Für seine Studien nutzte der 42-jährige Internist Datenbanken, die Genvarianten von Mantelzelllymphomen sammeln. Darin suchte er nach Fehlern auf Genen, die als Auslöser für den Krebs infrage kommen könnten. Auf Chromosom 8 stieß Florian Bassermann auf eine Region, die bei etwa 30 Prozent aller Mantelzelllymphome fehlte. Er fand heraus, dass genau dieser Teil der Erbsubstanz die Informationen für einen Prozess codiert, der den programmierten Zelltod der B-Zelle einleitet. Fehlt diese Information, kann sich die B-Zelle der Apoptose entziehen und zur Krebszelle werden. Maßgeblich sind an dem Vorgang das Enzym „FBXO25“ und das Eiweiß „Hax-1“ beteiligt. Deshalb bezeichnet Florian Bassermann Hax-1 als Krebsauslöser und FBXO25 als Krebsverhinderer.

In weiteren Versuchen zeigte der Forscher, dass der Verlust von FBXO25 auch die Wirkung von Krebsmedikamenten verringert, die bei Krebszellen den Zelltod auslösen. Zudem führt dies zu einer besonders aggressiven Variante des Mantelzelllymphoms, die rasch tödlich endet. Aus den Erkenntnissen lassen sich neue Behandlungsformen des Mantelzelllymphoms ableiten: Krebszellen erlangten die Fähigkeit zur Apoptose wieder, wenn Bassermann sie mit dem FBXO25-Gen ausstattete. Den gleichen Effekt würde ein Medikament erzielen, das Hax-1 in den Zellen hemmt. Mit dem Theodor-Frerichs-Preis würdigt die DGIM die beste zur Bewerbung eingereichte, möglichst klinisch-experimentelle Arbeit auf diesem Gebiet im deutschsprachigen Raum.



Privatdozent Florian Bassermann erhielt beim Internistenkongress den Theodor-Frerichs-Preis 2015 der DGIM von Kongresspräsident Hallek.

Literatur

Baumann U, Fernández-Sáiz V, Rudelius M, Lemeer S, Rad R, Knorn AM, Slawska J, Engel K, Jeremias I, Li Z, Tomiatti V, Illert AL, Targosz BS, Braun M, Perner S, Leitges M, Klapper W, Dreyling M, Miething C, Lenz G, Rosenwald A, Peschel C, Keller U, Kuster B, Bassermann F. Disruption of the PRKCD-FBXO25-HAX-1 axis attenuates the apoptotic response and drives lymphomagenesis. *Nature Medicine* 2014; 20: 1401–9.

Präventionspreis der DGIM geht an Münchner Mediziner

Wie Stress für Menschen mit geschädigtem Herzen zum tödlichen Risiko werden kann, zeigt eine neuartige Analyse des Elektrokardiogramms (EKG), der Herzstromkurve. Dafür entwickelte der 39-jährige Internist Professor Axel Bauer aus München das EKG-Standardverfahren rechnerisch weiter und untersuchte die Herzströme von Risikokandidaten. Seine Studien ermöglichen so die gezielte Behandlung von infarktgefährdeten Menschen. Für das neue Analyseverfahren zeichnet ihn die Deutsche Stiftung Innere Medizin (DSIM) gemeinsam mit der DGIM mit dem Präventionspreis 2015 aus. Der Preis ist mit 10 000 Euro dotiert.

Die ausgezeichnete Arbeit analysiert, wie Stress die Herzstromkurve verändert.

Stress steigert die Aktivität des sogenannten „sympathischen Nervensystems“. Diese Nerven beschleunigen den Puls und steigern den Blutdruck. Sie geben ihre Impulse nicht gleichmäßig, sondern in Schüben ab, die als Cluster bezeichnet werden. Diese Erkenntnis nutzte Bauer, um zu untersuchen, wie Stress sich auf die Herzstromkurve auswirkt. Dabei stellte sein Team fest, dass die Cluster die sogenannte „T-Welle“ des EKGs verändern. Diese Veränderungen sind mit dem bloßen Auge nicht sichtbar. Sie lassen sich aber mit einem von Professor Bauer entwickelten Algorithmus messen.

Der Leitende Oberarzt der Medizinischen Klinik und Poliklinik 1 des Klinikums der Universität München nennt den betreffenden Messwert „Periodic Repolarization Dynamics“ (PRD), da die Veränderungen wiederholt auftreten und in der Erholungsphase nach dem Herzschlag, der Phase der „Repolarisierung“. Er zeigte in seinen Untersuchungen, dass die PRDs ein eigenständiges Phänomen sind und andere EKG-Verfahren sie nicht erkennen. Sie lassen sich bei gesunden Menschen beispielsweise durch einen „Kipptischversuch“ auslösen und durch Betablocker verhindern. Betablocker sind Medikamente, die die Stresswirkung auf das Herz unterdrücken.

Im nächsten Schritt untersuchte Bauer zusammen mit Kollegen aus Finnland, inwieweit diese Dynamiken der Herzstromkurve das Überleben von Menschen nach einem Herzinfarkt beeinflussen. Die Forscher

fanden heraus, dass Patienten mit einer erhöhten PRD – als Zeichen einer gesteigerten Stressreaktion – ein nahezu fünffach erhöhtes Risiko haben, innerhalb der nächsten fünf Jahre zu sterben. Dieses Risiko konnte mit keinem anderen Diagnoseverfahren erkannt werden. Die Studie erschien im vergangenen Jahr im Journal of Clinical Investigation.

DSIM und DGIM zeichnen mit dem Präventionspreis jährlich die beste aus dem deutschsprachigen Raum vorgelegte Arbeit auf dem Gebiet der Primär- und Sekundärprävention innerer Erkrankungen aus – von der grundlagen- über die patientenorientierte Forschung bis hin zur Versorgungsforschung.

Literatur

Rizas KD, Nieminen T, Barthel P, Zürn CS, Kähönen M, Viik J, Lehtimäki T, Nikus K, Eick C, Greiner TO, Wendel HP, Seizer P, Schreieck J, Gawaz M, Schmidt G, Bauer A. Sympathetic activity-associated periodic repolarization dynamics predict mortality following myocardial infarction. Journal of Clinical Investigation 2014; 124(4): 1770–80



Professor Axel Bauer aus München (links im Bild) hat den Präventionspreis von Professor Manfred Weber, Vorsitzender der DSIM (rechts im Bild) erhalten.

Young Investigator Award 2015

1. Platz: Florian Kahles (Aachen)



Der selektive PDE-4 Inhibitor Roflumilast reduziert Körpergewicht, erhöht Insulinsensitivität und vermindert die nicht-alkoholische Fettlebererkrankung in Mäusen bei erhöhter PKA-abhängiger Mitochondrienaktivierung.

F. Kahles, J. Möllmann, C. Bäck, R. Stöhr, K. Hess, H. M. Findeisen, S. Krüger, C. Leberherz, F. Tacke, N. Marx, M. Lehrke

Roflumilast ist ein neuer selektiver PDE-4-Inhibitor mit antiinflammatorischen Wirkungen, der klinisch zur Behandlung der COPD eingesetzt wird. Kürzlich konnte gezeigt werden, dass Roflumilast zu einer Reduktion des Körpergewichts im Menschen geführt hat – mit bisher unbekanntem Mechanismus. Wir haben in dieser Studie Mäuse zwölf Wochen lang mit Roflumilast unter Hochfett-diät behandelt. Dies führte zu einer Reduktion des Körpergewichts sowie der Lebersteatose und verbesserte die Glukosetoleranz bei gleichzeitig erhöhter Insulinsensitivität in vivo. Dies wurde durch ein aktiviertes Insulin Signaling und erhöhte AKT Phosphorylierung in Leber- und Fettgewebe begleitet.

Interessanterweise wurde die Roflumilast-induzierte hepatische cAMP-Erhöhung von einer vermehrten PKA-Aktivierung, CREB Phosphorylierung und hochregulierter PGC1-Expression begleitet. Mechanistisch führte Roflumilast interessanterweise zu einer Erhöhung der hepatischen mitochondrialen DANN und zu erhöhter Expression von mitochondrialen Fission- und Fusionsgenen. Unter in-vitro-Bedingungen konnte Roflumilast PKA-abhängig den mitochondrialen Sauerstoffverbrauch erhöhen. PDE-4 Hemmung könnte somit einen neuen therapeutischen Ansatz zur Behandlung metabolischer Erkrankungen wie Adipositas oder Diabetes mellitus darstellen.

2. Platz: Jochen Dutzmann (Hannover)



Selektive Hemmung der Proliferation adventitieller Fibroblasten und verminderte Neointimaformation nach Gefäßdilata-tion durch Inhibition des Sonic hedgehog-Signalweges

J. Dutzmann, A. Koch, J. Bauersachs, D. Sedding, J.-M. Daniel

Nach katheterinterventioneller Wiedereröffnung atherosklerotischer Herzkranzgefäße kann es zum Wiederverschluss implantierter Koronarstents durch Neointimabildung kommen. Aktuelle Ansätze zur Entschlüsselung der molekularen Pathomechanismen fokussieren auf die Entschlüsselung zell- und zustandsspezifischer Signalwege in Endothel- und Glattmuskelzellen unter der Vorstellung, mit einer Verbesserung der Endothelfunktion und einer Verminderung der Glattmuskelzellproliferation einer Restenosebildung entgegenzuwirken.

Im Mausmodell zeigt sich in unseren Untersuchungen die überwiegende Mehrheit proliferierender Zellen jedoch nicht in der glattmuskelzellreichen Neointima, sondern in der das Gefäß umgebenden Adventitia lokalisiert. Das Morphogen Sonic hedgehog (Shh) ist bekannt für seinen Einfluss auf den Phänotyp adventitieller Zellen. Vismodegib, ein spezifischer Inhibitor des Shh-Signalproteins Smoothened, hemmt selektiv die durch Shh und PDGF-BB induzierte Proliferation und Migration adventitieller Fibroblasten. PDGF-BB induziert in Fibroblasten die Translokation von Smoothened in die Plasmamembran und ermöglicht so die Aktivierung des Shh-Signalweges. Im Mausmodell führt die Applikation von Vismodegib nach Gefäßdilata-tion zu einer verminderten Proliferation adventitieller Zellen sowie zu einer deutlich verminderten Neointimaformation.

3. Platz: Christin Becker (Gießen)



Typ I Interferon und TRAIL (TNF-related apoptosis-inducing ligand) hemmen die alveoläre Flüssigkeits-Clearance im Influenza A Virus induzierten akuten Lungenversagen.

C. Becker, L. Morales-Nebreda, E. Lecuona, T. Wolff, I. Vadasz, R.E. Morty, J Lohmeyer, Seeger, J.I. Sznajder, G. Mutlu, G.R.S. Budinger, S. Herold

Die Infektion des Respirationstraktes durch Influenza A Viren (IAV) kann zu einer primären viralen Pneumonie und zum akuten Lungenversagen mit erheblichen Mortalitätsraten führen. Dabei sind die Überlebenschancen des Patienten stark durch die Rückresorptionsrate überschüssiger Ödemflüssigkeit aus dem Alveolarraum beeinflusst. Obwohl diese Flüssigkeitsresorption maßgeblich durch die Aktivität der epithelialen Na,K-ATPase (NKA) bestimmt wird, wurde deren Regulation und Einfluss in der IAV-Infektion bislang nicht adressiert.

Unsere Studien konnten zeigen, dass die Expression der NKA alveolärer Epithelzellen (AEZ) *in vitro* und *in vivo* nach der IAV-Infektion signifikant vermindert ist, einhergehend mit einer stark gehemmten Flüssigkeitsresorption. Dieser Effekt auf die NKA konnte durch lösliche Faktoren, sezerniert von infizierten AEZ und auch von infizierten Alveolarmakrophagen, in nicht infizierten Zellen herbeigeführt werden. Proteinscreening-Verfahren und die Verwendung verschiedener Knockout-Mausstämme belegten, dass die Faktoren Typ I Interferon und auch TRAIL die Verfügbarkeit der NKA und auch die alveoläre Flüssigkeitsresorption nach der IAV-Infektion erheblich verringern konnten. Eine Modulation der zugrunde liegenden Signalwege könnte daher in neuen Möglichkeiten zur Behandlung des akuten Lungenversagens resultieren.



AWMF: Präsidium startet mit einem Novum – Erstmals nicht-ärztliche wissenschaftliche Fachgesellschaft aufgenommen



Neuer Präsident der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.) ist der Gynäkologe Professor Rolf Kreienberg aus Landshut. Der ehemalige Direktor der Universitätsfrauenklinik Ulm löst Professor Karl Heinz Rahn, Internist aus Münster, ab. Bei ihrer letzten Delegiertenversammlung nahm die AWMF außerdem neue Mitgliedsgesellschaften auf: Erstmals gehört zu den 171 Fachgesellschaften unter ihrem Dach mit der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHW) auch eine nicht-ärztliche wissenschaftliche Fachorganisation.

Voraussetzung für die Aufnahme einer Gesellschaft in die AWMF ist deren wissenschaftliche Arbeit. Nicht zwingend sei dagegen, dass die Mehrheit der Mitglieder Ärzte sind, erläutert Neu-Präsident Professor Kreienberg die Aufnahmeentscheidung der Delegiertenversammlung für die DGHW: Die akademischen Pflegeberufe seien ein zunehmend wichtiger Partner für die medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften, insbesondere bei der Erstellung von Leitlinien, erläuterte er diesen Schritt der AWMF. Die AWMF nahm im Rahmen ihrer letzten Delegiertenversammlung auch die Gesellschaft für Klinische Toxikologie (GfKT) und die Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegie (DMGP) auf.

Schwerpunkt Versorgungsforschung

Als Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie als gynäkologischer Onkologe bringt Kreienberg viel AWMF-Erfahrung in sein neues Amt mit: Er leitete in den vergangenen drei Jahren die Leitlinienkommission der AWMF. Zuvor amtierte er bereits als Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Entsprechend seinen AWMF-Erfahrungen gehören zu seinen Spezialgebieten die Entwicklung von Leitlinien, die Zertifizierung von spezialisierten Behandlungs-

einrichtungen und die Versorgungsforschung. Diese Themen wird er auch jetzt in seiner Präsidenschaft vorantreiben.

Fachübergreifender Dialog

Das Präsidium der AWMF setzt sich seit jeher aus Vertretern verschiedener medizinischer Gebiete zusammen. Wichtig für den multidisziplinären Dialog sei eine Kombination aus konservativen, operativen und theoretischen Fächern, so Kreienberg. Stellvertretende Präsidenten sind der Physiologe Professor Rolf-Detlef Treede aus Mannheim und Professor Wilfried Wagner, Mund-Kiefer-Gesichtschirurg aus Mainz. Weitere Präsidiumsmitglieder kommen aus der Anästhesie, Chirurgie, Informationsverarbeitung, Inneren Medizin, Kardiologie, Psychiatrie und Psychosomatik. Kreienbergs Vorgänger Professor Karl Heinz Rahn gehört dem Präsidium nun als Past-Präsident an.



**Rolf Kreienberg, Präsident
der Arbeitsgemeinschaft
Wissenschaftlicher Medizinischer
Fachgesellschaften (AWMF)**

Arztzahlen in Deutschland 2013 und 2014 im Vergleich*

Gesamtzahlen	2013	2014	Δ in %				
In den Landesärztekammern gemeldeten Ärztinnen und Ärzte	470 442	481 174	+2,3 %				
Aktiv beruflich tätige Ärztinnen und Ärzte	357 252	365 247	+2,2 %				
Ärztinnen und Ärzte ohne aktive ärztliche Tätigkeit	113 170	115 927	+2,4 %				
Zahl der in Deutschland gemeldeten ausländischen Ärztinnen und Ärzte	35 893	39 661	+10,5 %				
Tätigkeitsbereiche							
Im Krankenhaus tätige Ärztinnen und Ärzte	181 012	186 329	+ 2,90 %				
• Anteil an der Gesamtzahl der aktiv tätigen Ärztinnen und Ärzte	50,70%	51,00%	+ 0,60 %				
Ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte	145 933	147 948	+ 1,4 %				
Zahl der im ambulanten Bereich angestellten Ärzte	22 304	26 307	+ 15,2 %				
Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte	123 629	121 641	- 1,6 %				
In Behörden/Körperschaften/sonstigen Bereichen tätige Ärztinnen und Ärzte	30 307	30 970	+ 2,1 %				
Migration							
Zahl der ursprünglich in Deutschland tätigen und ins Ausland emigrierten Mediziner	3 035	2 364	- 22,1 %				
davon beträgt der Anteil der deutschen Ärztinnen und Ärzte	62,9 %	60,5 %					
beliebteste Auswanderungsländer:							
• in die Schweiz	793	754	- 4,9 %				
• nach Österreich	289	285	- 1,4 %				
• in die USA	143	131	- 8,4 %				
Ausländische Ärztinnen und Ärzte, die im Krankenhaus tätig	25 106	28 025	+ 11,6 %				
Altersverteilung Innere Medizin und Gesamt nach Altersgruppen							
	bis 34	35–39	40–49	50–59	60–65	über 65	absolut
Innere Medizin	1 388	6 096	16 145	16 335	5 868	3 261	49 093
Chirurgie	584	4 310	12 000	11 603	4 244	1 535	34 276
Allgemeinmedizin	396	2 085	10 796	16 026	9 242	4 661	43 206

*Quelle: Statistik der Bundesärztekammer

Preisausschreibungen der DGIM 2016

Theodor-Frerichs-Preis 2016

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 2014 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.

Bewerbung:

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

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

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

Die Bewerbungsfrist für den Theodor-Frerichs-Preis 2015 endet am **15. Oktober 2015.**

Die Verleihung des Preises erfolgt anlässlich der festlichen Abendveranstaltung der 122. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin am 10. April 2016 in Mannheim. Die Bewerber werden gebeten, an der festlichen Abendveranstaltung teilzunehmen.

Präventionspreis Innere Medizin 2016

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 2014 veröffentlicht worden sein, und sie darf nicht an einem ähnlichen Wettbewerb teilgenommen haben.

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

Bewerbung:

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

Vorsitzenden des Stiftungskuratoriums der Deutschen Stiftung für Innere Medizin

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

Die Bewerbungsfrist für den Präventionspreis 2015 endet am **15. November 2015.** Die Verleihung des Preises erfolgt während der 122. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin 2015 in Mannheim.

Gremien der DGIM 2015/2016

Die Wahlen zum Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin fanden anlässlich der Sitzungen von Vorstand und Ausschuss und der ordentlichen Mitgliederversammlung während des 121. Jahreskongresses in Mannheim 2015 statt. Sitzungsgemäß ist der bisherige 1. stellv. Vorsitzende Professor M. P. Manns, Hannover, aus dem Vorstand ausgeschieden. Neu in den Vorstand gewählt wurde Professor C. Sieber, Nürnberg.



Vorstand

- 1 Prof. Dr. med. Gerd Hasenfuß (Göttingen), Vorsitzender
- 2 Prof. Dr. med. Michael Hallek (Köln), 1. stellv. Vorsitzender
- 3 Prof. Dr. med. Petra-Maria Schumm-Draeger (München), 2. stellv. Vorsitzende
- 4 Prof. Dr. med. Corniel Sieber (Nürnberg), 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 121. Jahreskongresses in Mannheim 2015 statt.

Ausschuss

Prof. Dr. M. Böhm (Homburg/Saar)
 Prof. Dr. K. de Groot (Offenbach)
 Univ.-Prof. Dr. C. Espinola-Klein (Mainz)
 Prof. Dr. M. Fleck (Regensburg)
 Prof. Dr. D. Führer-Sakel (Essen)
 Prof. Dr. V. Hach-Wunderle (Frankfurt)
 Prof. Dr. B. Hertenstein (Bremen)
 Prof. Dr. F. Lordick (Leipzig)
 Prof. Dr. J. Müller-Quernheim (Freiburg)
 Prof. Dr. D. Müller-Wieland (Hamburg)
 Prof. Dr. U. Müller-Werdan (Halle)
 Prof. Dr. A. Neubauer (Marburg)
 Prof. Dr. M. Pauschinger (Nürnberg)
 Prof. Dr. B. Salzberger (Regensburg)
 Prof. Dr. G. Schett (Erlangen)
 Prof. Dr. A. Stallmach (Jena)
 Prof. Dr. C. Strassburg (Bonn)
 Prof. Dr. H. Tilg (Hall/Tirol)
 Prof. Dr. C. Vogelmeier (Marburg)
 Prof. Dr. G. Walz (Freiburg)

Repräsentanten der Schwerpunkte der Inneren Medizin

Prof. Dr. N. Weiss (Dresden), Angiologie
 Prof. Dr. K. Mann (Essen), Endokrinologie
 Prof. Dr. F. Lammert (Homburg), Gastroenterologie
 Prof. Dr. C. Sieber (Nürnberg), Geriatrie
 Prof. Dr. M. Theobald (Mainz), Hämatologie/Onkologie
 Prof. Dr. W. V. Kern (Freiburg), Infektiologie
 Prof. Dr. H.-P. Kierdorf (Braunschweig), Intensivmedizin
 Prof. Dr. M. Kelm (Düsseldorf), Kardiologie
 Prof. Dr. R. Brunkhorst (Hannover), Nephrologie
 Prof. Dr. F. J. F. Herth (Heidelberg), Pneumologie
 Prof. Dr. U. Müller-Ladner (Gießen/Bad Neuheim), Rheumatologie

Repräsentant des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI)

Dr. W. Wesiack (Hamburg)

Vertreter der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin (SGIM)

Prof. Dr. E. Battegay (Zürich)

Vertreter der Österreichischen Gesellschaft für Innere Medizin (ÖGIM)

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

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. A. Müller-Marbach (Düsseldorf)

Komitee Theodor-Frerichs-Preis 2016



Prof. Dr. N. Suttorp (Berlin),
Vorsitzender
Prof. Dr. G. Walz (Freiburg)
Prof. Dr. F. Lammert (Homburg)
Prof. Dr. L. Maier (Regensburg)
Prof. Dr. T. H. Brümmendorf
(Aachen)

Komitee Präventionspreis Innere Medizin 2016



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

Kommission Struktur – Krankenversorgung



Prof. Dr. P.-M. Schumm-Draeger
(München-Bogenhausen),
Vorsitzende
Prof. Dr. K. Mann (Essen)
Prof. Dr. D. Müller-Wieland
(Hamburg)
Prof. Dr. N. Suttorp (Berlin)
Prof. Dr. B. Wiedenmann (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)
Prof. Dr. M. Reincke (München),
(ruhende Mitgliedschaft)
PD Dr. B. Rodeck (Osnabrück)

Kommission Wissenschaft – Nachwuchsförderung



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

Kommission Leitlinien, Diagnostik und Therapie



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

Kommission Aus-, Weiter- und Fortbildung



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

Kommission Telemedizin



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

Arbeitsgruppe DRG



Prof. Dr. N. Röder (Münster)
 PD. Dr. M. Denking (Ulm)
 Dr. J.-P. Glossmann (Köln)
 Prof. Dr. H. M. Hoffmeister
 (Solingen)
 Dr. P. Lütke (Essen)
 Dr. A.-M. Müller-Marbach
 (Düsseldorf)
 Prof. Dr. H. Ostermann (München)
 Prof. Dr. M. Reinshagen
 (Braunschweig)
 Prof. Dr. A. Schneider (Wiesbaden)
 Prof. Dr. P.-M. Schumm-Draeger
 (München)
 Dr. U. Thiem (Herne)
 Prof. Dr. O. Witzke (Essen)

Task Force Internistische Intensiv- und Notfallmedizin



Prof. Dr. Tobias 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)

Kommission Arzneimitteltherapie-Management & Arzneimitteltherapiesicherheit



Prof. Dr. D. Grandt (Saarbrücken),
 Vorsitzender
 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)
 Dr. M. Freitag (Jena)
 Dr. A. Hinrichs (Berlin)
 Prof. Dr. A. Jacobs (Bonn)
 PD Dr. H.-J. Kabitz (Konstanz)
 Prof. Dr. W. Kern (Freiburg)
 Dr. H. Lahner (Essen)
 PD Dr. A. Mitchell (Essen)
 Prof. Dr. R. Nau (Göttingen)
 Prof. Dr. U. Seyfert
 (Saarbrücken)
 Dr. U. Thiem (Herne)
 Prof. Dr. W. von Scheidt
 (Augsburg)

Task Force Infektiologie



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

Task Force Klug entscheiden



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

Programmkommission Internistenkongress der DGIM

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

Delegierte AWMF

Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften

Prof. Dr. Karl H. Rahn (Münster), Präsidium AWMF
 Prof. Dr. Georg Ertl (Würzburg), Präsidium AWMF
 Prof. Dr. Jürgen Floege (Aachen)
 Prof. Dr. Ulrich R. Fölsch (Kiel)

Delegierter DRG in die Fachkommission AWMF/BÄK

Prof. Dr. Helmut Ostermann (München)

Delegierte EFIM

(European Federation of Internal Medicine)

Dr. Alexis Müller-Marbach (Düsseldorf)
 Prof. Dr. Petra-Maria Schumm-Draeger (München)

Delegierte DIVS

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie

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

Delegierte/r Deutsche Schlaganfallgesellschaft (DSG) in der Deutschen Gesellschaft für Neurologie

Prof. Dr. Rolf Wachter, Göttingen

Repräsentant für die Koordination der Zusammenarbeit mit G-BA, IQWiG, Aqua-Institut und IQTiG

Prof. Dr. Tilman Sauerbruch (Bonn)

Delegierte ÖGIM

Österreichische Gesellschaft für Innere Medizin

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

Delegierte DNVF

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung

Prof. Dr. Klaus Parhofer (München)
 Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe (Lübeck)

Kuratorium MEDICA

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

Korporative Mitglieder

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

Astra Zeneca GmbH, Wedel
Dr. med. Boris Baur
www.astrazeneca.de

Bayer Vital GmbH, Leverkusen
Dr. med. Markus Mundhenke
www.bayer.de

Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG,
Ingelheim
Dr. med. Thor Voigt
www.boehringer-ingelheim.de

Deutscher ÄrzteVerlag GmbH, Köln
Norbert Froitzheim
www.aerzteverlag.de

Elsevier GmbH, Reutlingen
Rainer Simader
www.elsevier.de

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

Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart
Basil Ringewaldt
www.thieme.de

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

HGC GesundheitsConsult GmbH, Düsseldorf
Dr. Tristan Gloede
www.gesundheitsconsult.de

MLP Finanzdienstleistungen AG, Wiesloch
Dipl.-Pol. Malte Salmen
www.mlp.de

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

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

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

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

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

Wolters Kluwer | UpToDate, Berlin
Adina Boehr
www.uptodate.com

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

Pressestelle der DGIM
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart

Grafik und Layout

Thieme Verlagsgruppe

Titelbild

Klee, Paul, Hauptweg und Nebenwege
Museum Ludwig in Köln, ML 76/3253
Foto: © Rheinisches Bildarchiv Köln, rba_coo4581

Fotos

PhotoDisc: 3 (l.), 23, 53; DGIM/Andreas Henn:
3 (r.), 9, 10, 15, 16 (o.), 39, 40, 41 (o.), 42–45, 49–51;
Tim Flavor: 4, 18–21; DGIM: 5–8, 11, 12, 16 (u.), 32,
37, 38, 41 (u.); Thieme Verlagsgruppe: 22, 24, 26,
27, 30, 33–36; Fotolia: 24, 29, 31; Shutterstock: 46;
privat: 48, 52–54, 57–60; m:con: 57 (8).

Druck

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





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