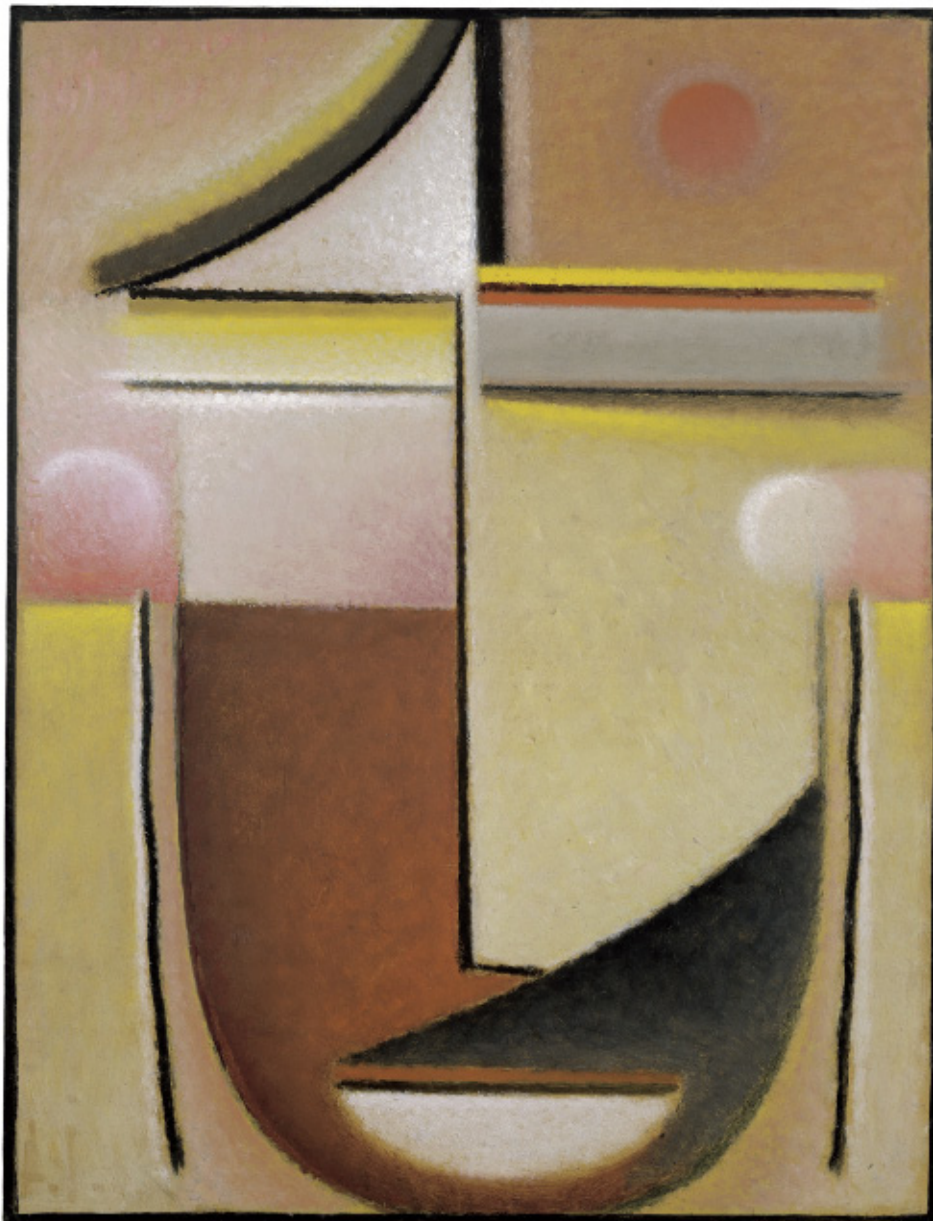


Jahresbroschüre der DGIM 2013



Deutsche Gesellschaft
für Innere Medizin e.V.



Jahresbroschüre der DGIM 2013

Inhalt

Editorial	4
Die DGIM – Wer wir sind, wofür wir uns einsetzen	6
Porträt des DGIM-Vorsitzenden 2013/2014: Professor Michael P. Manns	9
Elektronische Angebote der DGIM	10
Fit für Klinik und Praxis – Fort- und Weiterbildung	13
Interview mit dem Vorsitzenden und dem Generalsekretär	16
DGIM-Stellungnahmen 2012/2013	20
Neues aus den Kommissionen und Task Forces	25
An morgen denken – Nachwuchs fördern	31
Ehrungen und Preise 2013	32
Rückblick auf den 119. Kongress der DGIM	36
Korporative Mitglieder – Partner in Industrie und Gesundheitswirtschaft	40
Medienarbeit 2012/2013 – wie die DGIM kommuniziert	42
Ärzttestatistik der BÄK	44
Aus der AWMF	46
Preisausschreibungen der DGIM 2014	47
Leopold-Lichtwitz-Medaille der DGIM	48
Vorstand und Geschäftsführung	49
Gremien der DGIM	50
Impressum	12

DGIM 2012/2013 auf einen Blick

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) ist mit ihren über 22 500 Mitgliedern die größte medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft in Deutschland und erhält insbesondere von jungen Internisten großen Zulauf. Sie vertritt alle auf dem Gebiet der Inneren Medizin tätigen Wissenschaftler und Ärzte. Dabei arbeitet die DGIM stetig an der Verbesserung ihres Leistungsangebots – etwa mit der neuen CME-zertifizierten elektronischen Fortbildungsplattform DGIM e.Akademie. Angesichts der Herausforderungen mit zunehmend älteren, multimorbiden Patienten, Infektionen oder Tumorerkrankungen widmet sie sich besonders den internistischen Querschnittsthemen.

- 8500 Fachleute besuchen den 119. Internistenkongress mit seinen 220 Vorträgen, 28 Posterdiskussionen und 33 Fortbildungskursen.
- Über 28 000 Internisten greifen regelmäßig auf die Leitlinien-App der DGIM „Mobile Leitlinien Innere Medizin“ zu.
- 6 Positionspapiere und 27 Pressemeldungen beziehen Stellung zu aktuellen gesundheitspolitischen oder wissenschaftlichen Fragestellungen.
- 24 Wissenschaftler zeichnet die DGIM aus, mit 76 Stipendien unterstützt sie Ärztinnen und Ärzte, etwa für das europäische Austauschtreffen junger Internisten, ESIM, oder mit der Anreise zum Kongress. Insgesamt werden mehr als 56 500 Euro Fördersumme vergeben.
- Die 305 zum Kongress angenommenen Abstracts und Poster sind digital als Supplement der Fachzeitschrift „Der Internist“ unter www.springerlink.com veröffentlicht.
- 180 Kongressvorträge zeichnet die DGIM auf und stellt sie mit den Folien und begleitenden Informationen online zur Verfügung.
- Mit den DGIM-Gesellschaftsausgaben der DMW erhalten die Mitglieder sechsmal im Jahr komprimiert, systematisch und praxisnah einen aktuellen Überblick aus allen 11 Schwerpunkten bzw. assoziierten Fächern der Inneren Medizin.
- 59 Fortbildungsveranstaltungen bietet die DGIM unter ihrer Schirmherrschaft an.
- Über die Hälfte der DGIM-Mitglieder – 56 Prozent – sind in der ärztlichen Weiterbildung.
- An 55 evidenzbasierten, fachübergreifenden Leitlinien arbeitet die DGIM mit.

Editorial

*Liebe Mitglieder,
liebe Leserin, lieber Leser,*

ein Editorial für das ablaufende Jahr kann nicht beginnen, ohne noch einmal hervorzuheben, dass unsere Gesellschaft mit der Wahl von Frau Professor Märker-Hermann zur ersten Vorsitzenden der DGIM ausgesprochen bereichert wurde. Sie hat es mit ihrem Motto für den Jahreskongress 2013 geschafft, den fachübergreifenden Ansatz der Inneren Medizin in den Vordergrund zu rücken: „Vom Organ zum System“ lautete der Kerngedanke, der einer Rheumatologin gut ansteht. Die Hauptthemen folgten diesem Leitthema und fassten sehr erfolgreich den Fortschritt in der Inneren Medizin zusammen. Diese durchdachte Vorbereitung des Kongresses wurden der Kongresspräsidentin und ihrem Team gedankt durch einen exzellenten Besucherzuspruch und eine ausverkaufte Industrieausstellung!

Zahlreiche strategische und gestalterische Aktivitäten haben unsere mehr als 22500 Mitglieder, den Vorstand und die Gremien der DGIM in den vergangenen zwölf Monaten beschäftigt.

Unsere volle Konzentration galt und gilt der Novellierung der Musterweiterbildungsordnung (MWBO). Hier hat es die Kommission Aus-, Weiter- und Fortbildung unter der Leitung von Herrn Professor Dr. Hallek aus Köln in enger Abstimmung mit den entsprechenden Gremien des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI) geschafft, die Inhalte der Weiterbildung zum „Facharzt für Innere Medizin“ und die Inhalte der verschiedenen Weiterbildungen zum „Facharzt für Innere Medizin und einer Schwerpunktbezeichnung“ mit den internistischen Schwerpunktgesellschaften abzustimmen und zu koordinieren. Es wurde im März 2013 ein Workshop aller internistischen Fachgesellschaften und des BDI abgehalten, der zu einer einheitlich strukturierten Eingabe der Weiterbildungsinhalte aller internistischen Fachgesellschaften in die Wiki-Plattform der BÄK führte (Seite 21). Dieses Vorgehen fand bei der Bundesärztekammer außerordentlich gute Resonanz. Es wurde den Internisten seitens der Bundesärzte-

kammer eine enge Abstimmung bei der Erstellung der MWBO versprochen. In den jetzt anstehenden Diskussionen u. a. in den Landesärztekammern geht es uns darum, darauf zu achten, dass die Leistungen, die zum Fachgebiet Innere Medizin gehören, als solche abgegrenzt erhalten bleiben. Weiterzubildende aus anderen Fachgebieten sollten weiterhin keine fachfremden Kompetenzen isoliert erwerben können.

Nach den beunruhigenden Nachrichten über aufgetretene Unregelmäßigkeiten in einigen Lebertransplantationszentren in Deutschland sahen sich die DGIM sowie die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCh) in diesem Frühjahr veranlasst, eine Task Force „Transplantationsmedizin“ zu gründen. Denn diese beiden großen Verbände vertreten die wichtigsten Fächer, die sich mit

der Transplantationsmedizin beschäftigen. Dabei wird es zu den Aufgaben der Task Force gehören, eine Analyse der Ergebnisse der Prüfkommision bei der Bundesärztekammer vorzunehmen und auch die Gründe für den dramatischen Rückgang der Organspende zu evaluieren. Darüber hinaus sollen bestehende Allokationsregeln vor allem auch die „Standard Exceptions“ einer Überprüfung unterzogen werden. Auf die weitere Arbeit dieser Kommission sind wir sehr gespannt! (Seite 28)

Aufbauend auf den Ergebnissen des Positionspapiers „Struktur des Leistungsangebotes der Inneren Medizin und ihrer Schwerpunkte in Deutschland“, das in der Kommission „Struktur Krankenversorgung“ unter Leitung von Frau Professor Dr. Schumm-Draeger erarbeitet wurde, ist jetzt in Zusammenarbeit mit dem BDI ein neues Projekt initiiert worden, das an zwei Krankheitsmodellen die integrierte internistische Versorgung, insbesondere im ambulanten Bereich, analysieren soll. Als Referenzregion wurde wegen der guten bestehenden Datenlage Schleswig-Holstein festgelegt. Die Kommission legte außerdem großen Wert darauf, Patientenvertreter mit in die Arbeitsgruppe zu integrieren. Für die Moderation in diesem Projekt konnten wir den ausgewiesenen Epidemiologen und Sozialmediziner Herrn Professor Heiner Raspe aus Lübeck gewinnen. (Seite 26)

„Die gemeinsame Koordination zur MWBO innerhalb des Fachs Innere Medizin fand bei der Bundesärztekammer außerordentlich gute Resonanz.“

Die DGIM e.Akademie erfreut sich zunehmender Beliebtheit. Dabei wurde das erste umfangreiche e-Learning-Angebot – e.Tutorial plus-Infektionen – jetzt ausgezeichnet. Dieses Fortbildungsformat, das die DGIM gemeinsam mit Springer/Medizin umsetzt, gewann den ersten Platz in der Kategorie „e-Detailing, e-Learning, e-CME“ des COMPRIX Awards – und damit die bedeutendste Auszeichnung in den Marktsegmenten Pharma und Healthcare. Die Preisverleihung fand am 26. April 2013 in Berlin statt, wo Herr Prof. Dr. Andreas Stallmach aus Jena, der fachliche Begleiter dieses Tutorials, stellvertretend für die DGIM diesen Preis entgegennahm. Die Entwicklung der Fortbildungsprogramme in der DGIM e.Akademie ist nur deshalb so erfolgreich, weil wir uns auf die kontinuierliche Arbeit eines hoch engagierten wissenschaftlichen Beirates stützen können, dem unser ganz großer Dank gebührt!

Wir hatten vor einem Jahr mit unserem Positionspapier zu den Bonusverträgen für Chefarzte eine deutschlandweite Debatte angestoßen, die durch die dann bekannt gewordenen Unregelmäßigkeiten in einigen Lebertransplantationszentren noch verstärkt wurde. Im Editorial der letzten Jahresbroschüre und in zahlreichen Gesprächen und Vorträgen hatten wir darauf hingewiesen, dass seitens der BÄK und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Änderungen am Muster-Chefarztvertrag vorgenommen werden müssen. Diese Debatte hat dann auch die Gesundheitspolitiker der Regierungsfractionen und der Oppositionsparteien in Berlin erreicht, die die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft beauftragt hatten, bis zum 30. April 2013 Empfehlungen für den Muster-Chefarztvertrag zu formulieren. Diese sollten mit der Musterberufsordnung für Ärzte im Einklang stehen und sicherstellen, dass Chefarzte in der Wahrnehmung ihrer Verantwortung für die Diagnostik und Therapie des Patienten unabhängig und keinen Weisungen des Krankenhausträgers unterworfen sind. Diese Empfehlungen wurden fristgerecht erarbeitet und werden nun – nicht zuletzt durch das Engagement der DGIM – dazu beitragen, dass aus künftigen Chefarztverträgen falsche Anreizsysteme herausgehalten werden.

Immer wieder werden wir gefragt, welche Fortschritte das von uns initiierte Forschungsprojekt über die

Rolle der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und ihrer Vorsitzenden in der Zeit des Nationalsozialismus mache. Wir sind dabei in ständigem Dialog mit den von uns beauftragten Medizinhistorikern.

Dabei haben wir uns intensiv mit dem traurigen Schicksal des Vorsitzenden der DGIM 1933, Professor Dr. Leopold Lichtwitz, auseinandergesetzt. Nach der Machtübernahme durch die Nationalsozialisten im März 1933 wurde dieser abrupt seines Amtes enthoben. Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin will dies zum Anlass

nehmen, künftig Personen mit einer Leopold-Lichtwitz Medaille zu ehren, die sich durch ihre Arbeit und ihren Einsatz für die Interessen der Inneren Medizin und der DGIM verdient gemacht haben. (Seite 48)

Die in diesem Editorial benannten Projekte der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin stellen nur einen kleinen Ausschnitt der zahlreichen Aktivitäten dar, die die DGIM im Interesse ihrer Mitglieder initiiert. Dabei sind zweifellos die Kommissionen, Task Forces und wissenschaftlichen Beiräte der DGIM diejenigen Gruppierungen, in denen diese Ideen entwickelt und umgesetzt werden. Sie sind das Herzstück unserer Fachgesellschaft! Aber auch ohne unsere mit hoher Motivation arbeitende Geschäftsstelle wäre das Umsetzen dieser umfangreichen Arbeiten gar nicht möglich. Nicht zuletzt wissen wir eine äußerst hilfreiche und hochprofessionelle Presseabteilung hinter uns, die dafür Sorge trägt, dass wir nicht nur sinnvoll die Interessen unserer Mitglieder vertreten, sondern dass diese Aktivitäten auch nach außen verständlich dargestellt werden.

Beim Lesen dieser Jahresbroschüre wünschen wir Ihnen viel Freude!



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



Prof. Dr. Michael
P. Manns
Vorsitzender 2013/2014

„Ein neues DGIM-Projekt wird exemplarisch anhand zweier Erkrankungen die integrierte internistische Versorgung, insbesondere im ambulanten Bereich, analysieren.“

Die DGIM – Wer wir sind, wofür wir uns einsetzen

Mit mehr als 22 500 Mitgliedern im Jahr 2013 ist die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM) heute die größte medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft in Deutschland. Seit ihrer Gründung im Jahr 1882 in Wiesbaden vereint sie unter ihrem Dach alle auf dem Gebiet der Inneren Medizin tätigen Wissenschaftler und Ärzte.

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

Ein internistisches Dach: mehr als die Summe seiner Teile

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

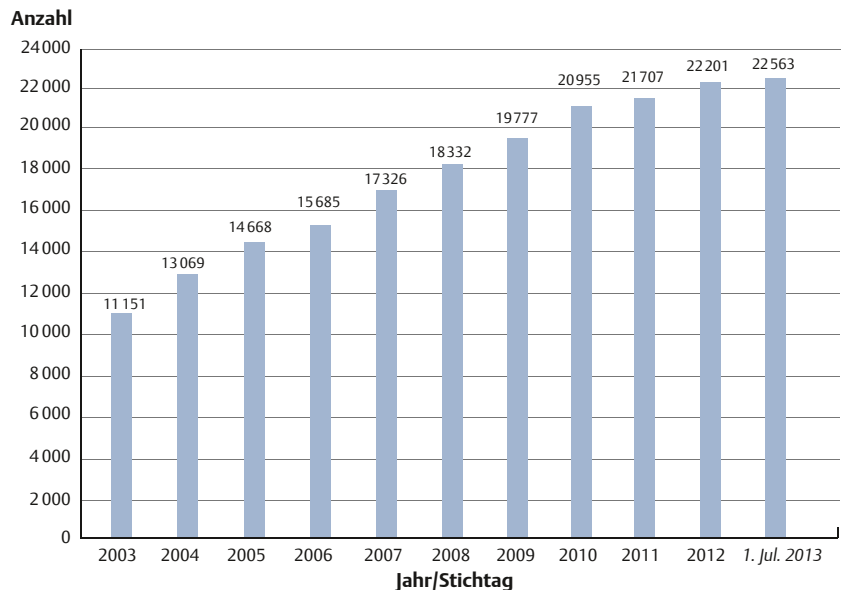
Gastroenterologie, Hämatologie/Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie und Rheumatologie anerkannte Schwerpunkte der Inneren Medizin. Als weitere internistische Spezialbereiche versteht die DGIM Geriatrie, internistische Intensiv- und Notfallmedizin und Infektiologie.

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

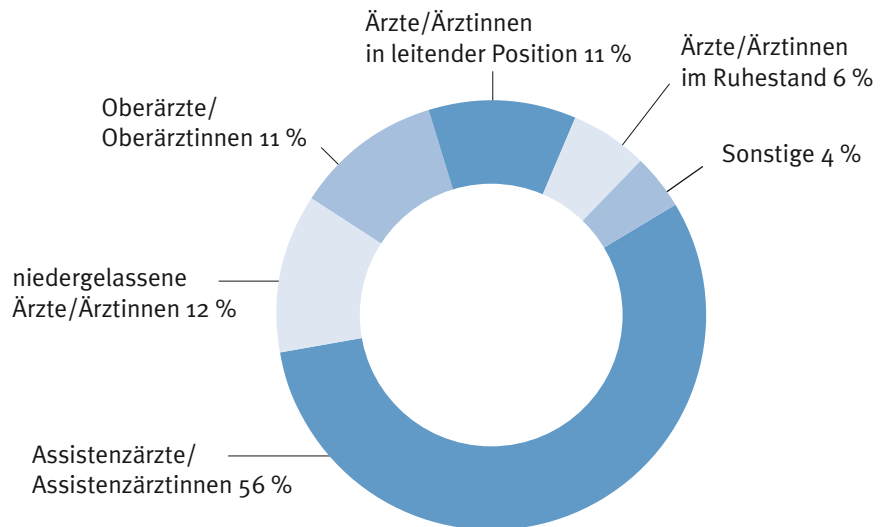
Wissenschaft – die Basis guter Patientenversorgung

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

Mitgliederentwicklung der DGIM 2003–2013



Mitgliederstruktur der DGIM 2013



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

Mitglieder: Die DGIM wächst

Anfang Juli 2013 waren exakt 22 563 Personen bei der DGIM als Mitglied eingetragen. Damit setzt sich der Wachstumstrend der Fachgesellschaft kontinuierlich fort. Die DGIM konnte in den letzten zehn Jahren ihre Mitgliederbasis mehr als verdoppeln. Dieser anhaltende Wachstumstrend belegt, dass die Leistungen der DGIM von Internistinnen und Internisten hierzulande sehr geschätzt werden. Und die Mitglieder der DGIM halten ihr lange die Treue. Mehr als ein Drittel ist länger als zehn Jahre in der DGIM. Eine insbesondere in den 1980-Jahren vollzogene Modernisierung der Gesellschaft führte zu einer Verjüngung in der DGIM, die bis heute andauert: Seit Jahren sind über die Hälfte der Mitglieder Ärzte in der Weiterbildung.

Deren Anteil beträgt im Jahr 2013 56 Prozent. Auch sehr erfreulich ist, dass sich insbesondere Internistinnen von der Gesellschaft angesprochen fühlen: Mit derzeit fast neuntausend Frauen in der DGIM fehlt nicht mehr so viel, bis ein zahlenmäßig ausgeglichenes Geschlechterverhältnis erreicht ist.

Starke Basis – Was uns trägt

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

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

lichen Verlagen Probleme der Wissenschafts- und Gesundheitspolitik. Ihnen bietet die DGIM seit 1993 eine Korporative Mitgliedschaft an.

Wirkungsvoll durch gebündelte Kompetenz

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

Um ausgewählte Fragestellungen – sowohl auf medizinischer als auch gesundheitspolitischer Ebene – zielführend und fundiert bearbeiten zu können, hat die Fachgesellschaft themenspezifische Expertenkommissionen und Task Forces gegründet. Aus Anlass der Transplantationssskandale hat die DGIM Anfang 2013 zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin die Task Force Transplantationsmedizin gegründet. Sie soll Richtlinien und Standards für die Vergabe und den Umgang mit Spenderorganen erarbeiten. Für den reibungslosen Ablauf sämtlicher Aktivitäten sorgt die Geschäftsstelle der DGIM in Wiesbaden. Sie ist ständiger Ansprechpartner in allen Belangen der Mitglieder. Mehrere Komitees lenken die Vergabe der wissenschaftlichen Preise der DGIM. Die Kommunikation nach innen und außen, mit Mitgliedern, Medien und anderen Zielöffentlichkeiten pflegt die DGIM über ihre Pressestelle.

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Gremien

| *Vorstand / Geschäftsführung*

| *Ausschuss*

| *Geschäftsstelle*

| *Pressestelle*

| *Preis-Komitees*

| *Komitee für den
Theodor-Frerichs-Preis*

| *Komitee für
den Präventionspreis
Innere Medizin*

| *Kommissionen / Task Force*

| *Kommission Aus-, Weiter-
und Fortbildung*

| *Kommission Leitlinien –
Diagnostik und Therapie*

| *Kommission Struktur –
Krankenversorgung*

| *Kommission Telemedizin*

| *Kommission Transition*

| *Kommission Wissenschaft –
Nachwuchsförderung*

| *Task Force*

| *Transplantationsmedizin*

Deutsche Stiftung für Innere Medizin

Porträt des DGIM-Vorsitzenden 2013/2014: Professor Michael P. Manns

Vorsitzender der DGIM für das Jahr 2013/2014 ist Professor Dr. med. Michael Peter Manns. Der Internist und Gastroenterologe von der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) löst damit Professor Dr. med. Elisabeth Märker-Hermann ab. Zu seinen fachlichen Schwerpunkten gehören Lebererkrankungen und Transplantationsmedizin ebenso wie Darmerkrankungen und Krebs. Professor Manns gestaltet als Kongresspräsident den 120. Internistenkongress, der vom 26. bis 29. April 2014 in Wiesbaden stattfindet.



Kongress-Leitthema 2014: Forschung wird zu Medizin

Als Vorsitzender der DGIM gestaltet Manns auch das Programm des 120. Internistenkongresses im Jahr 2014. Sein Leitthema „Forschung wird zu Medizin“ umspannt die kommende Jahrestagung der DGIM als führenden Kongress für ärztliche Fort- und Weiterbildung der gesamten Inneren Medizin. Die Hauptthemen sind bereits gesetzt: Infektionskrankheiten, Viszeralmedizin, Metabolisches Syndrom, Adipositas, Ernährungsmedizin, Interdisziplinäre Onkologie, Internistische

Intensiv- und Notfallmedizin, Transplantationsmedizin, Grenzgebiete der Inneren Medizin und Prävention.

Neuer Vorstand der DGIM

Dem neuen DGIM-Vorstand 2013/2014 gehört neben Professor Manns seine Vorgängerin im Amt, Professor Dr. med. Elisabeth Märker-Hermann aus Wiesbaden, an. Sie ist nun 1. stellvertretende Vorsitzende. Professor Dr. med. Michael Hallek aus Köln übernimmt das Amt des 2. stellvertretenden Vorsitzenden. Neu in den DGIM-Vorstand gewählt wurde Professor Dr. med. Gerd Hasenfuß aus Göttingen, der damit 3. stellvertretender Vorsitzender ist.

Generalsekretär der DGIM bleibt Professor Dr. med. Ulrich Fölsch, Kiel. Die Kassenführung liegt unverändert bei Professor Dr. med. Richard Raedsch, die Geschäftsführung bei Rechtsanwalt Maximilian Guido Broglie, beide Wiesbaden. Stellvertretende Geschäftsführerin ist Diplom-Kauffrau Ourania Menelaou, ebenfalls aus Wiesbaden. In der Geschäftsstelle unterstützt Katja Müller außerdem den Vorstand als wissenschaftliche Mitarbeiterin.

Seit 1991 leitet Professor Manns als Direktor die Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie an der Medizinischen Hochschule Hannover. Geboren 1951, studierte er in den 70er Jahren Medizin in Wien und Mainz. Seit 1984 ist Michael Manns Arzt für Innere Medizin, seit 1985 führt er die Zusatzbezeichnung Gastroenterologie. Ein Jahr später ernannte ihn die Universität Mainz zum Professor. Anschließend forschte er ein Jahr am Keck Autoimmune Disease Center in La Jolla in Kalifornien. Zurück in Deutschland, trat er in Hannover eine C₄-Professur an. Zu seinen Schwerpunkten zählen entzündliche, virale und autoimmune Lebererkrankungen, insbesondere Virus-Hepatitis, darüber hinaus Leberzellkrebs, entzündliche Darmerkrankungen und Krebs im Verdauungstrakt. Manns ist Sprecher mehrerer Sonderforschungsbereiche und Gremien sowie des Kompetenznetzes Hepatitis. In seiner bisherigen wissenschaftlichen Karriere veröffentlichte er mehr als 900 Arbeiten und erhielt zahlreiche Auszeichnungen und Preise. Der Experte für Lebertransplantationen sitzt von internistischer Seite der neuen Task Force Transplantationsmedizin der DGIM vor.

Elektronische Angebote der DGIM

Ärzte informieren sich nicht nur auf Kongressen oder bilden sich durch die Lektüre von Fachzeitschriften fort, sondern sie nutzen auch verstärkt das Internet. Hier können sie unabhängig von Zeit und Ort arbeiten, und auch die Möglichkeit zum schnellen, interaktiven Auffrischen finden viele attraktiv. Die DGIM entwickelt daher intensiv eigene elektronische Angebote weiter. Dazu gehören etwa die neue DGIM-Homepage, die dem Nutzer einen schnellen Zugang zu allen Angeboten und Neuigkeiten ihrer Fachgesellschaft bietet, und praktische und praxisnahe DGIM-Apps. Die DGIM nutzt die verschiedenen Kanäle des Internets, um Internistinnen und Internisten fortzubilden, zu vernetzen und zu informieren.

Neuer Web-Auftritt der DGIM – Informationen rund um die Uhr

Die Homepage der DGIM unter www.dgim.de ist die erste virtuelle Anlaufstelle für Mitglieder oder Interessierte, die sich über die DGIM, deren Preise, Fortbildungstermine oder deren Stellungnahmen informieren möchten. Um die Fülle von Inhalten noch schneller zugänglich zu machen und die Seite insgesamt zu modernisieren, hat die DGIM ihre Webseite einem grundsätzlichen Relaunch unterzogen. Die neue, klare und übersichtliche Seitenstruktur orientierte sich dabei auch an den Zugriffsstatistiken für die alte Website: Besonders gefragte Informationen sind jetzt über weniger Klicks erreichbar. Auf der Startseite, der sogenannten Landing Page, erwartet den Besucher jetzt der Direkteinstieg in die fünf wichtigsten Rubriken „Über uns“, „Mitglieder“, „Kongresse“, „Weiter- und Fortbildung“ sowie den „Presse- und Publikationsbereich“ und den geschlossene Mitgliederbereich.

Wechselnde „Slides“ informieren kurz über die wichtigsten Neuigkeiten aus der DGIM. Ein separater Link führt den Nutzer mit einem Klick zur DGIM e.Akademie. Durch die fortlaufende Reiter-Navigation mit den wichtigsten Themenbereichen ist auf allen Seiten Orientierung gewährleistet. Neu an der Homepage ist auch, dass sie tagesaktuell Nachrichten aus der Medizin und Gesundheitspolitik veröffentlicht.

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



e.Akademie der DGIM – didaktisch sinnvoll fortbilden

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

e.Tutorial und e.Tutorial plus. Ein eigens gegründeter wissenschaftlicher Beirat in der DGIM wählt die Themen aus, testet die Plattform und prüft die Inhalte. Seine Mitglieder kommen aus allen Schwerpunkten der Inneren Medizin. Damit ist sichergestellt, dass genau die Themen angeboten werden, die über alle Fächer hinweg für Internisten relevant sind.

Die DGIM e.Akademie bietet Nutzern ein breites Portfolio didaktischer Elemente zu einem Fortbildungsthema. Gegliedert in Unterthemen vermitteln Animationen, Schemata, interaktive Elemente, eingestreute Fragen und Experteninterviews Wissen für die tägliche Praxis. Die Inhalte der e.Tutorials produziert der Fachverlag Springer Medizin auf der Basis fachlich geprüfter Literatur. Zusätzlich erfolgt eine inhaltliche Begutachtung der e.Tutorial plus durch klinische Experten.

Das erste e.Tutorial plus widmet sich dem internistischen Querschnittsfeld „Infektionen“. Hier werden die wichtigen Themen Enteritis infectiosa, ambulant erworbene Pneumonien und Antibiotikaresistenzen konzeptionell und lerndidaktisch modern erklärt. Komplexe Zusammenhänge sind Schritt für Schritt visuell anschaulich dargestellt. Vertonte 2D- und 3D-Animationen, Audio- und Videoeinspielungen von Interviews mit den Experten Professor Dr. A. Stallmach (Jena) und Professor Dr. M. Pletz (Jena) unterstützen dies. Neu ist ebenfalls das DGIM e.Curriculum Geriatrie zur Bewegung, Immobilität und Sturzgefahr im Alter. Der nächste multimediale, interaktive Fortbildungskurs wird das Thema „Diagnostik und Therapie der Anämien“ behandeln.

Apps für Internisten – Neuigkeiten und Leitlinien griffbereit

Damit Internisten evidenzbasiertes Wissen und wichtige Meldungen jederzeit in ihrem Berufsalltag griffbereit haben, hat die DGIM zwei Applikationen für das Smartphone entwickelt. Mit der DGIM-App „Mobile Leitlinien Innere Medizin“ bereitet die Fachgesellschaft nach und nach allgemein-internistische Leitlinien für die mobile Nutzung auf. Dieses neue Konzept, das die DGIM mit der Leitlinien-App verfolgt, wurde zunächst für die S2-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Venenthrombose“ in enger Zusam-



Interaktiv und mobil fortbilden mit der DGIM

menarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Angiologie umgesetzt. Eine weitere Leitlinie, „Diagnostik und Therapie der Lungenembolie“, steht inzwischen zum Download bereit.

Jede mobile Leitlinien-App ist so konzipiert, dass Ärzte schnell und einfach die entsprechenden evidenzbasierten Empfehlungen finden. Wo es sich anbietet, verfügen die mobilen Leitlinien-Apps über einen interaktiven Diagnosepfad. 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, in wenigen Schritten von der Anamnese zur evidenzbasierten Therapieempfehlung zu gelangen. Ein „Glossar“ mit den wichtigsten Abkürzungen und Begriffserklärungen rundet die Apps ab. Leitlinien-Apps gibt es bisher für Android-Systeme, das iPhone und in einer für das iPad optimierten Version. Außerdem informiert die DGIM-App „Innere Medizin News“ die Mitglieder täglich über Neuigkeiten auf ihrem Fachgebiet, Interessantes aus der Politik und Termine.

Video-Podcasts – Virtueller Kongress

Der jährliche Internistenkongress bietet mit mehr als 300 Vorträgen ein umfangreiches und volles Programm. Selbst bei bester Organisation verpassen

Besucher interessante Veranstaltungen des Internistenkongresses. In diesem Jahr hat die DGIM daher ihr Kongressangebot im Internet zahlenmäßig und inhaltlich ausgeweitet. Damit haben Internistinnen und Internisten die Möglichkeit, verpasste Vorträge bequem von zu Hause aus zu verfolgen oder Kenntnisse aus einem bereits gehörten Vortrag aufzufrischen. Dazu hat sie den Deutschen Ärzte-Verlag beauftragt, einen Großteil der Sitzungen aufzuzeichnen und redaktionell aufzubereiten. Auf der Internetseite www.dgim-onlinekongress.de finden Nutzer wissenschaftliche Inhalte des Kongresses, Interviews mit Experten, Informationen aus der DGIM und der Industrie sowie redaktionelle Beiträge. Damit Interessierte die für sie wichtigen Inhalte zügig finden, sind die Videos der aufgezeichneten Vorträge in Themenblöcken zusammengefasst und strukturiert aufbereitet. Der Zugang des DGIM-Internetangebots ist für alle Kongressbesucher und die Mitglieder der DGIM kostenlos. Der Zugangscodewort lautet DGIM2013. 180 Vorträge hat die DGIM vom 119. Internistenkongress aufgezeichnet und online gestellt.

Die DGIM in sozialen Netzwerken

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

Impressum

Herausgeber

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

Redaktion

Pressestelle der DGIM
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart

Grafik und Layout

Thieme Verlagsgruppe

Titelbild

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

Fotos

DGIM/Sven Bratulic (S.13, 15, 19, 36ff.); Fotolia (S.28, 30, 31, 40); iStockphoto (S.25); PhotoDisc (S.29, 41); Staatsarchiv Hamburg; Leopold Lichtwitz, ca. 1925 (S.48); Thieme Verlagsgruppe (S.14, 21, 22, 23, 27)

Druck

Druckerei Raisch GmbH + Co. KG, Reutlingen



Thieme

Fit für Klinik und Praxis – Fort- und Weiterbildung

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

Internistenkongress

Der **Internistenkongress** in Wiesbaden gehört zu den bedeutendsten Fachkongressen in Deutschland. Die Jahrestagung der DGIM in der Woche nach Ostern ist deutschlandweit die wichtigste wissenschaftliche Fortbildungsveranstaltung in der Inneren Medizin. Hier haben sich auch in diesem Jahr mehr als 8500 Internisten aus Klinik und Praxis vier Tage in der gesamten Inneren Medizin und ihren Schwerpunkten fortgebildet. Experten referieren über aktuelle medizinische Erkenntnisse und diskutieren Fragen der Gesundheitspolitik. In Plenarvorträgen thematisieren Persönlichkeiten aus Medizin, Wissenschaft, Gesellschaft und Politik brisante Themen der Zeit. Parallel zum Vortragsprogramm finden Praxiskurse und interaktive Falldiskussionen statt. Die Landesärztekammer Hessen zertifiziert den Besuch des Internistenkongresses mit der maximalen Zahl von Fortbildungspunkten. Auch dem ärztlichen Nachwuchs bietet der Kongress mit Postersitzungen, wissenschaftlichen Preisen und dem Nachwuchsforum „Chances“ eine attraktive Plattform. In einer Ausstellung präsentiert die Industrie hier ihre Neuheiten. Ebenso wie die DGIM steht der Internistenkongress für die Einheit der gesamten Inneren Medizin und ist Spiegelbild ihrer Vielfalt. Als Fortbildungsveranstal-

tung auf höchstem wissenschaftlichem Niveau spielt er eine unverzichtbare Rolle für den Fortschritt in der Inneren Medizin. Für DGIM-Mitglieder ist der Kongressbesuch daher kostenlos.

DGIM e.Akademie

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



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 den Transfer medizinischer Errungenschaften in den Alltag von Klinik und Praxis.

Wegweiser in der Weiterbildung

Mit dem 2012 aktualisierten **Handbuch „Weiterbildung im Gebiet Innere Medizin“** gibt die DGIM eine umfassende Orientierungshilfe über das gesamte Spektrum der internistischen Weiterbildung in Deutschland. Das Handbuch basiert auf der im Jahr 2010 geänderten Weiterbildungsordnung. Es enthält alle wichtigen Informationen über die Ausbildung zum „Facharzt für Innere Medizin“, zum „Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung“ und die möglichen Zusatzweiterbildungen wie etwa Geriatrie oder Infektiologie. Die neue Auflage führt zudem die regelmäßig stattfindende Evaluation der Weiterbildung auf, mit den jeweiligen Aufgaben der



Das Fort- und Weiterbildungsangebot der DGIM auf einen Blick



I. Internistenkongress

II. DGIM e.Akademie

III. Publikationsorgane – CME –

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

IV. Schirmherrschaften

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

Weiterbildungsbefugten und Assistenten. Neben Inhalten der Weiterbildung sind darin auch Informationen zu Ansprechpartnern, Fristen und Vorgaben enthalten. Die Geschäftsstelle berät darüber hinaus Mitglieder auch persönlich in allen Fragen zur

Weiterbildung, stellt Kontakte zu Ärztekammern und Weiterbildungsbefugten her und klärt über Wege der Weiterbildung auf.

Schirmherrin

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

Unter der Schirmherrschaft der DGIM

Fortbildungen Innere Medizin

Tagungen der Regionalen Gesellschaften Innere Medizin

*Berliner Gesellschaft
für Innere Medizin e. V.*

*Gesellschaft der Internisten
Mecklenburg-Vorpommerns e. V.*

*Nordwestdeutsche
Gesellschaft für Innere
Medizin e. V.*

*Rheinisch-Westfälische
Gesellschaft für Innere
Medizin e. V.*

*Saarländisch-Pfälzische
Internistengesellschaft e. V.*

*Gesellschaft für Innere
Medizin Sachsen-Anhalt e. V.*

*Sächsische Gesellschaft
für Innere Medizin e. V.*

*Südwestdeutsche
Gesellschaft für Innere
Medizin e. V.*

*Gesellschaft für Innere
Medizin Thüringen e. V.*



„Der Internist ist der wichtigste Partner für chronisch Kranke“

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

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

Manns: Nach dem Spiel ist ja vor dem Spiel, sodass wir schon sehr früh begonnen haben, den Internistenkongress 2014 zu planen. Dabei haben wir uns vorgenommen, die DGIM und ihre Jahrestagungen vor allem für junge Mitglieder attraktiv zu halten. Wir wollen bereits Studenten für die Innere Medizin begeistern, damit sie eine Weiterbildung in der Inneren Medizin beginnen. Der Kongress ist bestens dazu geeignet, sich einen Überblick über das Fach zu verschaffen. Er ist ja einzigartig in seiner Breite der Themen über die gesamte Innere Medizin, die dort von herausragenden Experten präsentiert werden.

Meine Arbeit für die DGIM war in den ersten Monaten durch weitere Aufgaben geprägt, die ich hervorheben möchte. Wir haben aus aktuellem Anlass zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie eine



Task Force gegründet, da wir fachlich nahezu alle Zuständigkeitsbereiche bei Transplantationen vertreten. Darin arbeiten wir gemeinsam daran, dass erstens das Organvergabesystem gerechter wird und dass zweitens die Patienten früh genug zur Transplantation kommen. Hier bedarf es dringender Verbesserungen und diese müssen wir als Fachgesellschaft anregen und begleiten.

Nicht zuletzt möchte ich die Zusammenarbeit mit unseren Korporativen Mitgliedern erwähnen. Im Rahmen der Korporativen Mitgliedschaft in der DGIM tauschen wir uns regelmäßig mit der Arzneimittelindustrie, Medizintechnikunternehmen und medizinischen Fachverlagen aus. Für das Opinion Leader Meeting im nächsten Januar haben wir das Thema „Vom Target zur individualisierten Therapie – Bedeutung der akademischen Medizin für Arzneimittelentwicklung und Biomedizintechnik“ gewählt. Denn wir sehen einen Brennpunkt an der Schnittstelle zwischen der akademischen Medizin und der Industrie. Deren Stärke ist zwar die Entwicklung von Medikamenten in Phase 2 oder 3. Die akademische Medizin mit ihrer Grundlagenwissenschaft ist jedoch bei der Identifizierung u. a. von therapeutischen Zielstrukturen ein unersetzlicher Bestandteil.

Welche Schwerpunktthemen haben Sie darüber hinaus gewählt? Welche Meilensteine möchten Sie erreichen, welche Spuren hinterlassen?

Manns: Das Leitthema des Kongresses ist „Forschung wird zu Medizin“. Das klingt zunächst sehr wissenschaftlich. Aber es geht mir vor allem darum, zu diskutieren, welche Neuerungen wir für die ärztliche Tätigkeit im Alltag brauchen und in Diagnostik und Therapie anwenden können. Der Kongress wird deshalb Antworten auf die Fragen geben, welchen Nutzen neue Verfahren und Prozeduren in der Anwendung haben. Zum Beispiel verwendet die Kardiologie bereits nicht operativ eingesetzte Herzklappen und es gibt neue Medikamente im Bereich der Infektionskrankheiten.

Wir erleben natürlich auch, dass die Innere Medizin sich mit ihren Nachbargebieten wieder intensiver

auseinandersetzen muss. So wollen wir zu speziellen Themen gemeinsame Sitzungen mit Pathologie, Radiologie und Chirurgie veranstalten.

Weitere Hauptthemen des Kongresses sind Stoffwechselerkrankungen; Übergewicht ist hierzulande DIE Seuche der Menschheit – mit all ihren Konsequenzen. Der Schlüssel zur Lösung des Problems liegt in der Inneren Medizin. Und natürlich beschäftigen wir uns mit der Transplantationsmedizin. Wir dürfen bei allen Problemen nicht vergessen, dass sie eine der großen Errungenschaften der modernen Medizin ist und wir durch Organersatz Menschenleben retten können. Der Knappheit an Organen müssen wir nicht zuletzt dadurch begegnen, dass wir irgendwann chronische Erkrankungen heilen, bevor eine Transplantation nötig wird. Und diesen Krankheitsverlauf zu hemmen ist eine der Kernaufgaben der Inneren Medizin. Sie hat wie kaum eine andere Disziplin den gesamten Patienten im Blick.

Ein wichtiger Punkt, denn viele internistische Erkrankungen wären durch entsprechende Präventionsprogramme zumindest in Teilen vermeidbar oder würden im späteren Lebensalter auftreten. Was würden Sie sich von einem Präventionsgesetz erwarten?

Manns: Wir müssen den Krankenkassen und dem Gesetzgeber klarmachen, dass Prävention wichtiger ist denn je. Das Anreizsystem im Gesundheitssystem muss überdacht werden. Zum Beispiel gibt es eine Unzahl von privaten Herzkliniken, weil man mit der Behandlung von Herzkrankheiten Geld verdient. Erkrankungen wie die koronare Herzkrankheit sind aber Folge einer langen chronischen Erkrankung wie zum Beispiel Diabetes mellitus oder arterielle Hypertonie. Diese müssen wir zuerst verhindern und dafür mehr in der Prävention tun. Nur dann können wir wirklich häufige Todesursachen wie etwa die koronare Herzkrankheit wirksam reduzieren.

Fölsch: Was Vorsorgeprogramme angeht, müssen wir jedoch aufpassen, nicht allzu zu hohe Erwartungen in der Bevölkerung zu wecken. Es ist bekannt, dass es große Anstrengungen bedarf, um überhaupt einen Menschen pro tausend Menschen in zehn Jahren zu retten. Das gilt etwa für das Mammakarzinom oder für das Prostatakarzinom.

Herr Professor Fölsch, Transplantationskandale und Chefarztboni haben im vergangenen Jahr vermutlich bei vielen Menschen das Vertrauen in den Arztberuf gemindert. Welche Schritte unternimmt die DGIM, um derartigen Missständen entgegenzuwirken? Lässt sich dieses Vertrauen zurückgewinnen?

Fölsch: Die DGIM hat das Problem der Chefarztboni auf die Tagesordnung gesetzt und sich damit beschäftigt, bevor überhaupt der Transplantationskandal öffentlich wurde. Das Vertrauen müssen wir dadurch zurückgewinnen, indem wir dafür Sorge tragen, dass die Art des Umgangs mit den Organen völlig transparent wird. Deswegen ist es wichtig, ein Register einzuführen und für alle Zentren die gleichen Regeln für Transplantationen geltend zu machen. Und ein wichtiger und richtiger Schritt war es auch, dass Internisten sich hier einbringen und mit den Chirurgen zusammen eine Task Force gründen. Denn die Internisten sind für die Patienten vor und natürlich auch nach dem operativen Eingriff verantwortlich.

Im Grunde sind es die Internisten, die diese Patienten die meiste Zeit betreuen ...

Fölsch: Richtig. Und dabei ist es auch wichtig, nicht nur auf die Missstände hinzuweisen, sondern über unsere Öffentlichkeitsarbeit auch die Errungenschaften der Organtransplantation, deren Vorzüge und den Nutzen für die Patienten klar darzustellen. Wir müssen auch dem Menschen auf der Straße verständlich machen, warum er ein Organ spenden soll und welche Menschenleben damit gerettet werden können.

Die DGIM ist die größte medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft in Deutschland und hat bei vielen Themen auch eine Art Vorreiterrolle: Welche Akzente werden Sie da in den nächsten zwölf Monaten setzen?

Manns: Die DGIM ist das Dach für all ihre Schwerpunkte. Wichtig ist, dass allen Schwerpunkten und Zusatzgebieten der Inneren Medizin auch in der



Weiterbildung zunächst ein dreijähriger Common Trunk zugrunde liegt. Das heißt, alle Internisten absolvieren eine Grundausbildung in Allgemeiner Innerer Medizin. Dafür brauchen wir mehr denn je eine curriculare Weiterbildung. Denn der Weiterzubildende erwartet heute zu Recht, dass er vor Beginn der Ausbildung weiß, welche Inhalte er vermittelt bekommt.

Fölsch: Mir ist es darüber hinaus äußerst wichtig, dass wir Ärzte auf sehr hohem Niveau aus- und weiterbilden. Nur so können sie gegenüber dem Patienten ihren Beruf auch hervorragend ausüben. Und deshalb müssen wir uns mit der Qualität der Weiterbildung beschäftigen, nicht nur mit den Inhalten. Es sollten daher nur jene Krankenhäuser weiterbilden, die auch tatsächlich ein festes Rotationsprogramm anbieten können. Dieses Angebot müssten die Landesärztekammern jeweils überprüfen.

Manns: Ein großes Hindernis sehe ich in der Finanzierung des stationären Medizinsystems nach den diagnosebezogenen Fallgruppen (DRGs). Denn es honoriert Prozeduren unabhängig von der Behandlungsqualität und der intellektuellen Leistung, dies es braucht, um zum Beispiel die Ursache eines unklaren Fiebers herauszufinden. Ich glaube wir müssen in der ambulanten wie in der stationären Medizin wieder dahin zurückkommen, dass der Arzt dazu ausgebildet wird, mit möglichst geringem technischem Aufwand möglichst rasch das Problem zu erkennen und die Diagnose zu stellen. Und wir dürfen nicht dahin kommen, Patienten nur noch „durchzuschleusen“. Es ist heutzutage nicht unüblich, dass auf Stationen mit 24 Patienten täglich ein Drittel der Patienten ausgetauscht wird. Sie kommen für die Prozeduren und diagnostischen Maßnahmen und werden danach nach Hause entlassen. Dann ist es extrem schwierig, eine Brücke zur ambulanten Medizin und damit zur Anschlussbehandlung zu schaffen.

Wir hatten ja Bundestagswahl ... Was sehen Sie als die derzeit wichtigsten Entwicklungen und Fehlentwicklungen den Arztberuf betreffend? Was müsste sich ändern?

Fölsch: Schon vor der Bundestagswahl hätte eine Änderung der Gebührenordnung für Ärzte geschehen müssen – diese ist jetzt 30 Jahre alt und hat seitdem nicht einmal einen Inflationsausgleich bekommen. Fehl-

entwicklungen im Arztberuf sehe ich außerdem in der Dichte der Tätigkeiten in Klinik und Praxis: Sie hat so stark zugenommen, dass das Gespräch mit dem Patienten und die Zuwendung auf der Strecke bleiben. Um Kliniken rentabel zu führen, müssen wie erwähnt so viele Prozeduren wie möglich erfolgen, sodass für die einzelnen Patienten keine Zeit mehr bleibt. Ich würde mir wünschen, dass jetzt nach der Wahl angepackt wird, das ärztliche Gespräch entsprechend zu honorieren.

Bezüglich der Weiterbildung sind in diesem Jahr wichtige Weichen für die Musterweiterbildungsordnung gestellt worden. Inwieweit konnte die DGIM sich und die Schwerpunkte bei den Änderungen einbringen, wo sehen Sie Nachbesserungsbedarf?

Fölsch: Bei aller Reformfreude war es uns in den Gesprächen mit der Bundesärztekammer wichtig, deutlich zu machen, dass der Common Trunk für die allgemeine Innere Medizin und auch die sechs Monate Intensivmedizin für die Innere Medizin so erhalten bleiben, wie sie sind. Ich sage dies vor allem, weil es einen großen Trend bei der Novellierung gab, von Zeiten und

von Richtzahlen wegzukommen und lediglich die Gesamtausbildungszeit festzulegen. Des Weiteren ist es uns gelungen, eine koordinierende Funktion für alle Schwerpunkte bei der Erstellung der Weiterbildungsinhalte wie auch bei der Etablierung der Kompetenzlevel zu übernehmen. Es war sicherlich ein entscheidender Vorteil, dass wir hier eine harmonisierende Rolle zwischen den Schwerpunktgesellschaften übernehmen konnten. Darüber hinaus will ich noch eine wichtige Entscheidung des Deutschen Ärztetags erwähnen, über die heftig diskutiert wurde. Diese betraf die Frage nach einer fakultativen oder einer obligatorischen ambulanten Weiterbildung in der ambulanten Medizin. Es ist zugegebenermaßen zutreffend, dass in manchen Gebieten einige Krankheitsbilder im stationären Bereich überhaupt nicht mehr gesehen werden. Aber ich glaube, dass es durchaus im Interesse der Internisten ist, dass keine obligatorische ambulante Weiterbildung zustande gekommen ist. Stattdessen wurde der weise Kompromiss erzielt, dass dort, wo Kenntnisse nur ambulant erworben werden können, diese auch nur ambulant erworben werden dürfen.

Ein großes Projekt war im letzten Jahr der Start der DGIM e.Akademie. Neu hinzugekommen ist jetzt der

Online-Kongress. Wie werden die Angebote von den Mitgliedern angenommen? Was planen Sie hier in Zukunft?

Fölsch: Die DGIM hat ihre elektronischen Angebote vor zwei Jahren begonnen. Zum einen erstellen wir Leitlinien-Apps, wo auf dem Smartphone oder dem Tablet Leitlinieninhalte nicht als Texte dargestellt werden, sondern als Abbildungen mit interaktiven Elementen, die je nach Symptomen eine Diagnostik und Therapie vorschlagen. Das hat einen enormen Zuspruch gefunden. Deshalb stellen wir uns auch vor, alle weiteren Leitlinien-Apps kostenlos zur Verfügung zu stellen.

Sehr erfreulich entwickeln sich auch die Kernstücke der DGIM e.Akademie: Die sogenannten e.Tutorial plus sind sehr aufwändige Lerninhalte zu übergreifenden Themen. Das Paket zu den „Infektionen“ bietet eine sehr komprimierte und gute Darstellung über Infektionen, über Antibiotika und Antibiotika-Resistenzen. Für das mit dem Experten Professor Stallmach erstellte e.Tutorial sind wir wegen der Fülle von Informationen und der interaktiven Darstellung mit einem Preis ausgezeichnet worden. Diese Arbeit werden wir in Zukunft fortsetzen und in den e.Tutorial plus auch kürzere Stücke von 15 Minuten anbieten.

Und wir haben vor einem Jahr begonnen, den Internistenkongress in Auszügen als Online-Kongress anzubieten. Es sind 180 Vorträge aufgezeichnet und zum Download angeboten worden, was sich großer Beliebtheit erfreut. Dies wollen wir noch weiter ausbauen.

Die DGIM hat eine neue Task Force zur Telemedizin gegründet. Was sind ihre Aufgaben, wofür wird sie sich einsetzen?

Fölsch: Diese Task Force haben wir jetzt im Juli 2013 gegründet. Wer die Entwicklung genau verfolgt hat, wird sehen, dass die Telemedizin zukünftig eine wichtige Rolle spielen wird. Sei es bei der Unterstützung der Patienten im Stoffwechselverhalten, sprich Blutzucker, oder der Überwachung des Blutdrucks. Relevant ist dies für Menschen, die in dünn besiedelten Gebieten wohnen, wo kein Arzt in der Nähe ist. Die Task Force möchte gerne erreichen, dass Telemedizin nur dann angeboten wird, wenn tatsächlich nachgewiesen ist, dass damit der Patient besser versorgt ist. Auf keinen Fall soll damit der Arzt-Patienten-Kontakt



verloren gehen. Telemedizin bleibt eine unterstützende Maßnahme, die dem Arzt dabei hilft, den Patienten besser zu behandeln.

Sie sind beide lange Jahre als Internisten tätig. Was ist aus Ihrer persönlichen Sicht die wichtigste Eigenschaft, die Sie in Ihrer täglichen Arbeit benötigen?

Manns: Sorgfalt – Medizin ist im Wesentlichen auch Sorgfalt. Außerdem sind es Aufmerksamkeit und Zuwendung dem Patienten gegenüber und Zuhörenkönnen. Speziell bei der Diagnostik ist zudem immer zu überdenken, ob sie vermeidbar ist. Und auch bei der Therapie sind sicherlich immer Kosten und Nutzen abzuwägen. Sehr zutreffend ist aus meiner Sicht der Satz: „Man muss viel wissen, um wenig zu tun.“ Das sollte man sich immer vor Augen führen.

Fölsch: Damit stimme ich völlig überein. Was an erster Stelle für mich steht, ist, dem Patienten zuzuhören und sich Zeit zu nehmen. Das gilt insbesondere für das erste Gespräch, wenn er mir seine Probleme anvertraut. Für mich war es auch immer wichtig, meine Patienten dazu zu ermuntern, bei einem schwierigen Problem eine zweite Meinung einzuholen. Diese Offenheit stärkt wiederum das Vertrauen des Patienten in mich. Und auch darin stimme ich mit Herrn Professor Manns überein: Je mehr man über Krankheiten weiß, desto weniger Diagnostik muss man durchführen und destogezielter kann man auch eine Therapie ansetzen.

Vielen Dank für das Gespräch!

DGIM-Stellungnahmen 2012/2013

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

Die Zukunft der internistischen Weiterbildung in Deutschland

Angesichts der Ergebnisse aus der Evaluation der Weiterbildung und der bevorstehenden Änderung der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) unterbreiten die DGIM und der Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) eine Reihe konstruktiver Vorschläge zur weiteren Verbesserung der internistischen Weiterbildung. Dabei sind die folgenden Anliegen von zentraler Bedeutung:

1. Aufgrund der verkürzten Weiterbildungszeit ist das internistische Weiterbildungscurriculum neu zu strukturieren. Alle Mitglieder der DGIM und des BDI und alle Fachgesellschaften aus dem Gebiet der Inneren Medizin sind daher aufgerufen, sich an der Vorbereitung der anstehenden Novellierung der Musterweiterbildungsordnung zu beteiligen.
2. Die Landesärztekammern sollen ermächtigt und verpflichtet werden, die Qualität des Weiterbildungscurriculums und die Eignung der Weiterbildungsbefugten an allen Weiterbildungsstätten zu überprüfen.
3. Die Überprüfung und die Erteilung der Weiterbildungsbefugnisse müssen nach transparenten Kriterien erfolgen und von den Landesärztekammern offengelegt werden.
4. Die Weiterbildung in der Inneren Medizin und ihren Schwerpunkten muss auch in Zukunft schwerpunktmäßig an den Krankenhausabteilungen der Inneren Medizin erfolgen: 60 Monate stationäre Weiterbildungsdauer sollten bei den Facharztkompetenzen der Schwerpunkte und 48 Monate bei Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunkt nicht unterschritten werden. Für alle Facharztcurricula des Gebietes Innere Medizin ist daneben ein fakultativ ambulanter Weiterbildungsabschnitt von 6 Monaten Mindestdauer einzuführen, um Grundkenntnisse in der ambu-

lantem Versorgung im Fachgebiet zu vermitteln. Es sollen jedoch höchstens 12 Monate in einer ambulanten Weiterbildungsstätte auf die Weiterbildungszeit angerechnet werden können.

5. Vor dem Hintergrund des sich verschärfenden Hausärztemangels sollte der Wert einer breiten internistischen Weiterbildung als Vorbereitung auf diesen Berufsweg betont werden. Neben der internistischen Basisweiterbildung angehender Fachärzte für Allgemeinmedizin im Krankenhaus gehört dazu auch die Anrechenbarkeit ambulanter Weiterbildungsabschnitte angehender Fachärzte für Innere Medizin.

6. Eine Modularisierung der Weiterbildung bedeutet die zu starke Betonung von Techniken und Methoden in der Weiterbildung. Dies bedeutet die Abkehr von einer ganzheitlichen Patientenbetrachtung und den Verlust fachspezifischer Strukturqualität der Inneren Medizin und ist daher abzulehnen.

7. Der Wegfall von Pflichtzeiten für essenzielle Weiterbildungsabschnitte unterhalb der Mindestdauer der gesamten Weiterbildung lässt sich für die Facharztkompetenzen auf dem Gebiet Innere Medizin nicht durch den Übergang auf inhaltlich-beschreibende Kompetenzblöcke kompensieren. Feste Abschnitte für die gemeinsame Basisweiterbildung aller Internisten und für die internistische Intensivmedizin müssen erhalten bleiben, die bestehenden Mindestzeiten haben sich bewährt. *(November 2012)*

❖ Die gesamte Stellungnahme finden Interessierte im Internet unter www.dgim.de → Publikationen → Stellungnahmen oder *DMW, 2012;137: 2591-2594*

Zukunft jetzt gestalten: Neue Weiterbildungsordnung

Michael Hallek

Kommission Aus-, Weiter- und Fortbildung

In diesem Jahr stand die Arbeit der DGIM-Kommission für Aus-, Weiter- und Fortbildung ganz im Zeichen der Novellierung der Musterweiterbildungsordnung (MWBO), die für das Jahr 2015 geplant ist. Die dabei vorherrschende Offenheit und Diskussionsbereitschaft in der Kommission selbst, aber auch im Dialog mit dem Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) und den internistischen Schwerpunktgebieten ermöglichte es, neue Ideen und zentrale Anliegen der DGIM umzusetzen und die einzelnen Facharzt-Curricula in einem einheitlichen Layout zu erstellen.

Nachdem die Kommission im Herbst 2012 sämtliche Inhalte des Kapitels 13, „Innere Medizin“ im Abschnitt B der MWBO überarbeitet und auf den aktuellen Stand der medizinischen Kenntnisse gebracht hat, erfolgte zwischen Februar und Mai 2013 die Transkription des konsentierten Änderungsentwurfes nach Vorgaben der Bundesärztekammer. Zentrale Arbeit war hierbei die Definition von Kompetenzleveln, denen die Anforderungen jedes Facharzt-Curriculums zugeordnet werden sollten, und die Reduzierung von unnötigen oder unerfüllbaren Richtzahlen.

Unter der Leitung von Herrn Dr. Schröter für den BDI und mir in Vertretung für die DGIM wurde eine Ad-hoc-Arbeitsgruppe gebildet. In dieser übertrugen wissenschaftliche Mitarbeiterinnen der Universität Köln, Frau Dr. Barsoum und Frau Dr. von Levetzow, in rund 100 Arbeitsstunden die bisherigen kleinteiligen Spiegelstrich-Aufzählungen der Facharzt-Curricula in thematische Kompetenzblöcke. Diese Arbeitsgruppe koordinierte auch die Abstimmung zu kontrovers diskutierten Themen zwischen den einzelnen Schwerpunktgesellschaften der Inneren Medizin.

Hohe Priorität hatte die Abwendung der zuvor identifizierten berufspolitischen Gefahren (siehe auch das Positionspapier Hallek, Schröter, Seite 20 in dieser Broschüre), wie der Verlust der Grundstruktur des Gebietes Innere Medizin oder die Modularisierung

von internistischen Weiterbildungsinhalten. Erreicht wurde dies durch eine Aufnahme aller internistischen Schwerpunktgebiete in das System der Kompetenzlevel sowohl als Basis-Kompetenz als auch als vertiefte Kompetenzen zum Erwerb des Facharztes in der Inneren Medizin und ihrer Teilgebiete. Durch diese einheitliche Gliederungsstruktur konnte sowohl die bisherige Basisweiterbildung in der Inneren Medizin erhalten werden als auch die logisch darauf aufbauenden, gebietspezifischen Kenntnisse zum Erwerb der Facharztkompetenz in den Schwerpunktgebieten der Inneren Medizin. Durch diese Vorgehensweise sollte verhindert werden, dass das Gebiet der Inneren Medizin im Modulverfahren erlernbar wird.

Als Ergebnis dieser Arbeit wurden fristgerecht zum 7. Mai 2013 alle Vorschläge auf der WIKI-BÄK-Plattform eingestellt und in die Version 1 der MWBO-Novelle eingearbeitet. Diese wurden am 1. Juli 2013 für das Abstimmungsverfahren zwischen den Landesärztekammern und der Bundesärztekammer auf WIKI-BÄK veröffentlicht. Die Bundesärztekammer war sichtlich beeindruckt von der guten Koordination der internistischen Schwerpunktgesellschaften und sicherte zu, die weitere Arbeit an der MWBO eng mit der DGIM und dem BDI abzustimmen.

Die Bundesärztekammer war sichtlich beeindruckt von der guten Koordination der internistischen Schwerpunktgesellschaften.



Internisten fordern Systemzuschlag für Hochschulmedizin

Die wirtschaftliche Lage deutscher Universitätskliniken verschlechtert sich. Denn neben Forschung und Lehre leistet die Universitätsmedizin immer mehr in der Krankenversorgung. Dieser Mehraufwand ist finanziell jedoch nicht abgebildet. Finanzlücken stellen langfristig die medizinische Versorgung in Deutschland in Frage, warnt die DGIM. Die Fachgesellschaft schließt sich deshalb den Forderungen der Bundesärztekammer (BÄK) und der Deutschen Hochschulmedizin e.V. an und fordert einen Systemzuschlag für Hochschulkliniken.

Patienten mit seltenen Erkrankungen, Schwerverletzte, Schwerstkranken und Notaufnahmen sind typische Fälle eines Universitätsklinikums. Ihre Behandlung erfordert modernste, technisch anspruchsvolle und damit oft teure Verfahren. Diese sogenannte Supramaximalversorgung erfüllt die Hochschulmedizin ebenso wie Forschung und Weiterbildung von Assistenzärzten. Dennoch erhalten Universitätskliniken für die Krankenversorgung nicht mehr Geld als andere Krankenhäuser.

Die Finanzierung von Krankenhäusern ruht hierzulande auf zwei Säulen: Für Investitionskosten wie für Gebäude und neue Geräte und auch für Forschung und Lehre kommen die Länder auf. Die Kosten für die stationäre medizinische Versorgung tragen die Kranken-

kassen. Diese werden auf Basis von Fallpauschalen, den Diagnosis Related Groups (DRGs), abgerechnet. Das System der „dualen Vergütung“ durch Länder und Kassen arbeite in den Universitätskliniken jedoch bei Weitem nicht kostendeckend, mahnt die DGIM. Denn die Pauschalen reichen für die Behandlung von schwerst- und mehrfach erkrankten Patienten häufig nicht aus.

Es ist nicht akzeptabel, dass durch unzureichende Finanzierung der Lehre und Weiterbildung die Qualität der ärztlichen Berufsentwicklung bedroht wird.

Deren Therapie ist in hohem Maße Aufgabe der Inneren Medizin. Der Fehlbetrag zwischen Kostenerstattung und tatsächlichem Aufwand ist immens und die Kliniken müssen ihn aus eigener Kasse finanzieren. Im Extrem beläuft sich das Defizit auf bis zu 30 000 Euro

pro Fall und auf bis zu zehn Millionen Euro jährlich pro Universitätsklinikum. Auch die Kosten für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden werden oft nicht erstattet. Die Ausbildung der Assistenzärzte bedeutet einen weiteren Posten, den Unikliniken aus ihrem Budget zu stemmen haben. Hinzu komme in den letzten Jahren ein deutlicher Leistungszuwachs und damit Mehrarbeit.

Im Jahr 2012 schrieb die deutsche Hochschulmedizin in ihrer Gesamtheit deshalb rote Zahlen. Dieser Trend zeichnet sich erneut für 2013 ab. Bedarf und Leistungen der Universitätsmedizin sind im bestehenden Finanzierungssystem nicht angemessen berücksichtigt. Deshalb fordert die DGIM eine dritte Finanzierungssäule für Hochschulkliniken. Diese müsse in Form eines Systemzuschlags erfolgen, etwa als Zuschlag auf jeden abzurechnenden Fall. In Ländern wie Holland ist dies bereits üblich. Das Geld müsse von unabhängiger Stelle kommen, so die DGIM – beispielsweise aus dem Gesundheitsfonds. Eine adäquate medizinische Versorgung der Bevölkerung können wir in Zukunft nur gewährleisten, wenn alle drei Bereiche der Universitätsmedizin – Forschung, Lehre und Krankenversorgung – ausreichend finanziert sind. (Juli 2013)



❖ Die vollständige Stellungnahme der DGIM finden Interessierte im Internet unter www.dgim.de ❖ Publikationen, Stellungnahmen

DGIM-Survey belegt: Deutschland fehlen Intensivmediziner

Jährlich behandeln Ärzte rund zwei Millionen Patienten intensivmedizinisch. Die Zahl der Intensiv-Betten ist in den letzten 20 Jahren auf etwa 25 000 gestiegen. Teams auf Intensivstationen versorgen immer schwerere Fälle. Diesen hohen Anforderungen an Ärzte genügt die intensivmedizinische Ausbildung im Rahmen der Facharztausbildung zum Internisten nicht mehr. Darauf weist die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) e. V. angesichts ihrer aktuellen Studie hin. Demnach fehlen allein auf den internistischen Intensivstationen 400 Ärzte mit einer entsprechenden Zusatzqualifikation.

Medizinisch-technischer Fortschritt und zunehmendes Alter der Patienten haben in den letzten 20 Jahren dazu geführt, dass intensivmedizinische Verfahren immer komplexer und spezialisierter geworden sind: Intensivmedizin verlängert das Leben immer älterer und schwerer erkrankter Menschen mit zahlreichen Risikofaktoren und Komplikationen. Die intensivmedizinische Behandlung akuter Funktionsstörungen innerhalb der ersten Stunden und Tage des Patienten in der Klinik ist entscheidend für den weiteren Krankheitsverlauf und oft für sein Überleben. Diese Akutbehandlung erfordert, dass unter Leitung eines Arztes mit der Zusatzbezeichnung Internistische Intensivmedizin ausreichend Ärzte und entsprechend qualifizierte Pflegekräfte rund um die Uhr zur Verfügung stehen.

Die Behandlung schwerkranker Patienten auf dem neuesten Stand der Medizin, Pharmakologie und Technik setzt umfassendes Wissen voraus. Unter Leitung des Pneumologen und Intensivmediziners Tobias Welte von der Medizinischen Hochschule Hannover hat die Task Force die Struktur der internistischen Intensivmedizin in Deutschland untersucht und die Ergebnisse im „Survey Internistische Intensivmedizin“ veröffentlicht. Die Ergebnisse sind ernüchternd: Auf etwa einem Drittel der Intensivstationen für Innere Medizin ist kein ausreichend qualifizierter Arzt verfügbar. Nach den Berechnungen fehlen mehr als 400 qualifizierte Intensivmediziner allein in diesem Bereich. Und da es in über 40 Prozent der Kliniken keine zur Weiterbildung ermächtigten Ärzte gebe, könne der Mangel in absehbarer Zeit auch nicht behoben werden.

Auf etwa einem Drittel der Intensivstationen für Innere Medizin ist kein ausreichend qualifizierter Arzt verfügbar.



Die DGIM fordert deshalb, dass mehr Weiterbildungsstellen geschaffen werden. Dies auch unter dem Gesichtspunkt, dass der Gesetzgeber ab 2013 die kontinuierliche, 24-stündige Patientenüberwachung und Behandlungsbereitschaft von intensivpflichtigen Patienten und Patienten nach Operationen nur noch erstattet, wenn ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin die Station leitet. In der Übergangszeit ist Flexibilität angesagt: Krankenhäuser werden nach intelligenten Kooperationsmöglichkeiten suchen müssen, sonst drohen massive finanzielle Einbußen. Intensivstationen müssten sowohl innerhalb eines Hauses als auch innerhalb von Städten und Regionen zusammenarbeiten, um überall die geforderte Qualifikation vorzuhalten. So lange sollten die verschiedenen internistischen Fachgebiete ihre Kräfte bündeln und gemeinsam Konzepte für die Fort- und Weiterbildung sowie für die Qualitätssicherung der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin erarbeiten, empfiehlt die DGIM. (November 2012)

❖ Die Untersuchung „Survey Internistische Intensivmedizin – Struktur der stationären Versorgung und Leistungsangebote der Internistischen Intensivmedizin in Deutschland“ der DGIM Task-Force Intensivmedizin ist erschienen in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 2012; 137: DOI 10.1055/s-0032-1327243

Vorschläge für eine verbesserte Nutzenbewertung von Medikamenten durch das IQWiG

Gemeinsame Stellungnahme von fünf großen wissenschaftlichen Fachgesellschaften

Fünf große medizinische Fachgesellschaften haben in einer gemeinsamen Stellungnahme Verbesserungsvorschläge für den Prozess der Nutzenbewertung von Medikamenten nach dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) erarbeitet. Damit wenden sie sich an das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) sowie den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), die diese Nutzenbewertung durchführen. Die Fachgesellschaften wollen mit ihren Vorschlägen unnötige Streitigkeiten und Fehleinschätzungen vermeiden helfen. Zugleich soll ein transparenter gestaltetes Verfahren die politische Akzeptanz der Ergebnisse bei Gesetzgebern, Kostenträgern, Leistungserbringern und insbesondere bei Patienten und Angehörigen erhöhen, heißt es in der Stellungnahme.

Die Stellungnahme haben die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK), die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) und die Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) verfasst. Die Vorschläge konzentrieren sich auf fünf methodische Aspekte, die aus Sicht der Fachgesellschaften bei der Nutzenbewertung problematisch sind.

Für die Nutzenbewertung eines Medikamentes nach AMNOG definiert der G-BA eine zweckmäßige Vergleichstherapie. Diese Vergleichssubstanz, so der erste Kritikpunkt der Fachgesellschaften, sei oft unpassend gewählt und widerspreche dem aktuellen Stand medizinischen Wissens. Daher sollte die Festlegung der Vergleichssubstanz unter Einbeziehung der Fachgesellschaften und unter Beachtung gültiger Behandlungsleitlinien erfolgen, schlagen die Wissenschaftsorganisationen vor.

Ähnliches gilt für die Fragestellung, die das IQWiG in den Mittelpunkt seiner Analysen stellt. Diese sei

mitunter von vornherein so formuliert, dass kein plausibles Ergebnis herauskommen könne. Zudem bleibe bei den Bewertungen häufig unklar, was seitens des IQWiG als Zusatznutzen eines Präparats angesehen und definiert ist. Unter Umständen müsse von allgemeinen Regeln abgewichen werden, um einem Krankheitsbild gerecht zu werden, betonen die Fachgesellschaften.

Ein weiterer Kritikpunkt bezieht sich auf die Auswahl der Gutachter durch das IQWiG. Diese Auswahl sei häufig intransparent und widerspreche damit guter wissenschaftlicher Praxis, bemängeln die Organisationen. Zudem werde oft nicht klar, inwieweit die Gutachten Eingang in die IQWiG-Bewertung fänden. Den Gutachtern solle widergespiegelt werden, wie mit ihrer Beurteilung umgegangen werde.

Nicht selten widersprechen IQWiG-Entscheidungen heute geltenden Leitlinien-Empfehlungen. Hier setzt ein weiterer Vorschlag an: Wichen IQWiG-Einschätzungen vom aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand ab, müsse dies begründet werden. Nur so sei die Arbeit des IQWiG für praktizierende Ärzte, Patienten und Angehörige nachvollziehbar.

In ihrer Stellungnahme betonen die Fachgesellschaften ihre Bereitschaft, das IQWiG jederzeit bei seiner Arbeit mit wissenschaftlicher Expertise zu unterstützen. Dazu haben sie angeboten, eine Kommission mit Mitgliedern zu gründen, die die Prozesse, Gespräche, Fragen, Klärungen und Diskussionen mit dem IQWiG frühzeitig und konstruktiv gestalten. Dies würde viele Probleme, Zeit, Diskussionen und beklagenswerte und zum Teil nicht akzeptable Fehlentwicklungen vermeiden. (Mai 2013)

... Die Stellungnahme im vollständigen Wortlaut können Sie nachlesen unter: www.dgim.de ... Publikationen ... Stellungnahmen

Nicht selten widersprechen IQWiG-Entscheidungen heute geltenden Leitlinien-Empfehlungen.

Neues aus den Kommissionen und Task Forces

Im Alltag auf dem neuesten Stand: prägnante, klare Praxis-Empfehlungen

Gerd Hasenfuß

Kommission Leitlinien, Diagnostik und Therapie

Die Kommission Leitlinien, Diagnostik und Therapie ist (Stand Juli 2013) an der Erstellung von insgesamt 19 Leitlinien beteiligt: Zehn S3-Leitlinien, fünf S2-Leitlinien und vier nationalen Versorgungsleitlinien. Dies erfolgt dergestalt, dass entweder ein Kommissionsmitglied selbst oder ein anderes DGIM-Mitglied in Absprache mit der Kommission die Leitlinienerstellung mitgestaltet.

Eine neue Aktivität der Kommission ist die Erstellung von „Top-Infos“ aus neuen Leitlinien. Hier werden die herausragenden Neuigkeiten einer neuen Leitlinie auf einer Druckseite für das schnelle Studium klar und prägnant zusammengefasst. Denn das Lesen aktueller Leitlinien für den in der Krankenversorgung tätigen Arzt ist mit einem großen zeitlichen Aufwand verbunden. Vor allem ist der Vergleich der alten mit der neuen Leitlinie, und damit die Identifikation der neuen Aspekte, aufwendig, aber notwendig. Dies

gilt insbesondere für Internisten oder Allgemeinmediziner, da die Breite ihres Faches die Kenntnisse vieler Leitlinien erforderlich macht. Für diese Kolleginnen und Kollegen ist es wichtig, eine kurze, prägnante Zusammenfassung der wesentlichen Punkte einer neuen Leitlinie in Händen zu haben.

Die „Top-Infos aus neuen Leitlinien“ erscheinen regelmäßig in den Gesellschaftsausgaben der Deutschen Medizinischen Wochenschrift. Sie geben eine

Die „Top-Infos“ aus neuen Leitlinien fassen prägnant und kurz das Wichtigste zusammen.

rasche, in wenigen Minuten erfassbare Übersicht über die wesentlichen neuen Aspekte einer Leitlinie und geben eine Anregung für ein späteres intensiveres Studium der Langfassung. Die Kommission wählt solche Leitlinien aus, die durch neue Studien besonders viele relevante

Aspekte und hohe Evidenzgrade aufweisen. An dieser Stelle bedankt sich die Kommission bei allen beteiligten Mitgliedern der DGIM für die Bereitschaft zur Mitarbeit an Leitlinien und für die hervorragende Zusammenarbeit.



Ideale Versorgungspfade für anspruchsvolle internistische Erkrankungen

Petra-Maria Schumm-Draeger

Kommission Struktur- und Krankenversorgung

Die Kommission Struktur- und Krankenversorgung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) hat 2009 in einem „Survey Innere Medizin“ die Struktur des stationären Leistungsangebotes der Inneren Medizin und ihrer Schwerpunkte in Deutschland analysiert. In einem Folgeprojekt 2010/2011 wurden spezifische Merkmale der Allgemeinen Inneren Medizin untersucht. Darüber hinaus wurde eine regionale Analyse von stationären und ambulanten Leistungsangeboten in fünf internistischen Schwerpunkten am Beispiel der Bundesländer Bayern, Berlin und Brandenburg durchgeführt, mit dem Ziel, das internistische Leistungsangebot und den Versorgungsgrad aufzuzeigen, um mögliche Ansätze für eine Korrektur von Über- oder Unterversorgungen zu gewinnen.

Die Ergebnisse dieser Untersuchungen waren der Ausgangspunkt für ein neues Projekt der DGIM gemein-

Das Folgeprojekt 2013/2014 entwickelt Modelle einer zukunftsorientierten „integrierten internistischen Versorgung“.

sam mit dem Berufsverband Deutscher Internisten (BDI). Das Folgeprojekt 2013/2014 wird sich mit der Entwicklung einer zukunftsorientierten „integrierten internistischen Versorgung“ in Deutschland beschäftigen. Modellregion ist das Bundesland Schleswig-Holstein, da zu diesem Gebiet umfangreiche regionsspezifische demographische und epidemiologische Datenbestände existieren. Als Modellkrankheiten sind die essentielle arterielle Hypertonie und eine systemische Vaskulitis (Granulomatose mit Polyangiitis – GPA, ehemals M. Wegener) ausgewählt worden. Beide Gesundheitsstörungen ak-

tivieren mit allen klinischen Implikationen und Folgen nach- und/oder nebeneinander alle Stufen der internistischen Versorgung und beanspruchen häufig gleichzeitig verschiedene internistische Schwerpunkte.

Um die Berücksichtigung der wichtigsten klinischen Endpunkte zu gewährleisten, wurden bereits nationale Experten aus den einschlägigen internistischen Schwerpunkten zu dem Projekt hinzugezogen. Die wissenschaftliche Koordination dieses Projekts liegt bei Professor Hans-Heinrich Raspe, Seniorprofessor für Bevölkerungsmedizin der Universität Lübeck.

Als Ergebnis ist für Ende 2014 ein kurzes Memorandum vorgesehen, das am Beispiel der beiden Modellkrankheiten typische Versorgungsaufgaben der Inneren Medizin identifiziert. Unter Berücksichtigung verschiedener Variablen (Manifestationsformen, Schweregrade, Verlaufsformen, Stadien, Prognosefaktoren, Therapieformen und Behandlungsverläufe) sollen ideale Versorgungspfade für beide Krankheiten formuliert werden, die sich an möglichst wohnortnahen internistisch-hausärztlichen, allgemein-internistischen, internistisch-spezialisierten und hochspezialisierten ambulanten sowie stationären Leistungen – unter Einschluss rehabilitativer und pflegerischer Versorgung, nicht ärztlicher Leistungen sowie Patienten und Selbsthilfeeinrichtungen – orientieren.



Netzwerke fördern den wissenschaftlichen Erfolg

Frank Lammert

Kommission Wissenschaft – Nachwuchsförderung

Der „Bundesbericht Wissenschaftlicher Nachwuchs 2013“ betont, dass das öffentliche Interesse am wissenschaftlichen Nachwuchs wächst. Mit der zunehmenden Bedeutung von wissensbasierten Tätigkeiten sind die Produktion dieses Wissens und die Nachwuchswissenschaftler in den Fokus politischer Debatten gerückt. Wissenschaftsorganisationen, Interessenvertretungen und Gremien haben sich mit Analysen zur Situation des wissenschaftlichen Nachwuchses und Vorschlägen zur Verbesserung der Qualifizierungswege, Arbeitsbedingungen und Karriereperspektiven an der Debatte beteiligt. Die Kommission hat hierzu im vergangenen Jahr das Positionspapier „Qualifizierungschancen für Nachwuchswissenschaftler in der Inneren Medizin“ veröffentlicht, das u.a. im Rahmen einer Cover-Story des „Deutschen Ärzteblatts“ zum „Ärztmangel im Labor“ thematisiert wurde. Die Kernforderungen finden sich auch in der aktuellen Stellungnahme der Bundesärztekammer zur Zukunft der Universitätsmedizin: Ausbildungswege und Karriereoptionen müssen so gestaltet und weiterentwickelt werden, dass der Beruf des Arztes für herausragend qualifizierte junge Menschen attraktiv bleibt. Wissenschaftliche Karrieren müssen hierzu für den ärztlichen Nachwuchs wirtschaftlich attraktiver werden, und die Weiterbildung zum Facharzt und eine Karriere in der Forschung müssen parallel möglich und vereinbar sein (Physician Scientist).

Die Themen Wissenschaft und Nachwuchsförderung bilden auch einen Schwerpunkt der Podiumsdiskussion auf dem Chances-Forum des Internistenkongresses. Hier interessieren sich die jungen Kollegen insbesondere auch für den Vergleich der Möglichkeiten und Arbeitsbedingungen junger Internisten in anderen europäischen Ländern. Dies eröffnet die Möglichkeit, „vom Nachbarn zu lernen“ und den Kontakt mit den Young Internists aus anderen Ländern zu vertiefen.

Das erfolgreiche DGIM-Seminar „Persönlichkeitsentwicklung für Nachwuchswissenschaftlerinnen“ sollte weiterentwickelt und verstetigt werden.

Auf eine weitere Initiative der Kommission „Wissenschaft – Nachwuchsförderung“ und der Kongresspräsidentin 2012/2013 Professor Elisabeth Märker-Hermann geht das in Zusammenarbeit mit der European Business School durchgeführte Seminar „Persönlichkeitsentwicklung für Nachwuchswissenschaftlerinnen – Aufbruch zum eigenen (wissenschaftlichen) Erfolg“ zurück. Das Seminarprogramm beinhaltete die gezielte Förderung von Fertigkeiten, die für die erfolgreiche wissenschaftliche und klinische Laufbahn in einem Umfeld, in dem Chancengerechtigkeit noch nicht verwirklicht ist, notwendig sind. Durch die Gründung einer internetbasierten

Kommunikationsplattform und im Rahmen des Alumni-Treffens der Teilnehmerinnen im Dezember 2012 in Wiesbaden wurde deutlich, dass diese Form der Nachwuchsförderung durch die DGIM weiterentwickelt und verstetigt werden sollte. Im vergangenen Jahr konnten mit Frau

Dr. Bimba Hoyer (Berlin) eine Teilnehmerin des Seminars und mit Frau Prof. Dr. Sigrun Harendza (Hamburg) eine in der Ausbildungsforschung ausgewiesene Kollegin als neue Kommissionsmitglieder begrüßt werden. Die Koordination der Kommissionsarbeit hat Frau Katja Müller als neue wissenschaftliche Referentin des Vorstands und der Geschäftsstelle der DGIM übernommen.



Mit Transparenz Vertrauen zurückgewinnen

Michael P. Manns

Task Force Transplantationsmedizin

Am 27. Februar 2013 haben die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) eine gemeinsame Task Force Transplantationsmedizin gegründet. Anlass sind die aktuellen Probleme der Transplantationsmedizin, ausgelöst durch den so genannten Transplantationskandal und den dramatischen Rückgang der Organspenden in Deutschland. Die DGIM und die DGCH sind neben der Deutschen Transplantationsgesellschaft (DTG) die wichtigsten Fachgesellschaften mit Bezug zur Transplantationsmedizin. In Zukunft sollen neben Vertretern der DGIM, der DGCH und der DTG auch Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Ethiker in dieser Task Force mitarbeiten.

Diese Task Force Transplantationsmedizin soll zur Qualitätssicherung und -verbesserung der Transplantationsmedizin in Deutschland beitragen. Ganz

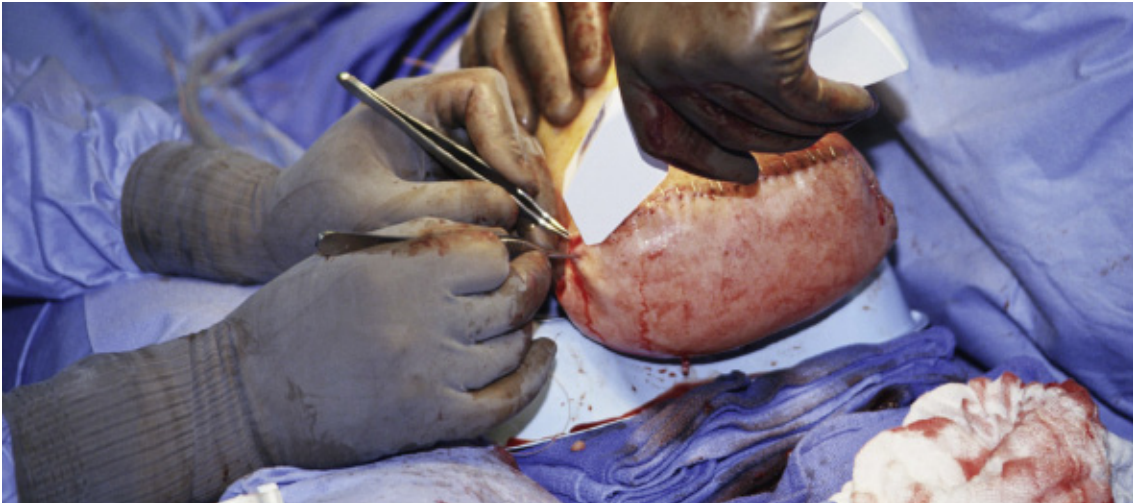
Die Ergebnisse nach Organtransplantation sind in Deutschland heute schlechter als vor Einführung des MELD-Systems.

konkret wurde als nächste Aktion ein gemeinsamer Workshop zur Qualitätssicherung in der Transplantationsmedizin mit Schwerpunkt auf der Überprüfung der Organallokation der Standard-Exceptions geplant. Dazu gehören die Rescueallokation (die sogenannte Zentrumszuteilung) und das jetzt praktizierte Sechs-Augen-Prinzip. Gesetzliche Grundlage der Organallokation sind und bleiben „Erfolgsaussicht und Dringlichkeit“.

Die Einführung des sogenannten MELD-Systems (Model for End-Stage Liver Disease) für Lebertransplantationen im Jahre 2006 hat die Transplantationsmedizin in Deutschland dramatisch verändert. Das Prinzip ist, dass die kränksten Patienten zuerst transplantiert werden sollen, um so die Mortalität auf der Warteliste zu reduzieren. Dies hat aber in Deutschland dazu geführt, dass immer kränkere Patienten transplantiert werden. Die Ergebnisse nach Organtransplantation sind in Deutschland heute schlechter als vor Einführung des MELD-Systems. Diese Situation wurde verschärft durch einen Anstieg des Spenderalters. Dies bedeutet, dass immer ältere Organe in immer kränkere Patienten transplantiert werden. Durch die Einführung der Ausnahmeregelungen, der sogenannten Standard-Exceptions, wird zudem der Pool der Spenderorgane, die nach dem sogenannten Lab-MELD-System verteilt werden, geringer. Dies bedeutet, die Problematik „immer ältere Organe in immer kränkere Patienten“ wird verschärft.

Diese Mangelsituation hat offensichtlich zu Fehlverhalten im System geführt. Deshalb hat die Prüfungskommission Transplantation bei der Bundesärztekammer (BÄK) alle deutschen Transplantationszentren untersucht und wird bald ihren Bericht vorlegen. Diese BÄK-Kommission soll insbesondere die Dialyseindikation vor Transplantation und die Indikation zur Lebertransplantation bei alkoholinduzierter Leberkrankheit, bei Lebertumoren sowie bei der High-Urgency-(HU)-Indikation beim akuten Leberversagen überprüfen. Wenn der Bericht dieser Kommission vorliegt, wird die Task Force Transplantationsmedizin der DGIM und der DGCH erneut tagen.





Ganz wesentlich für die Verbesserung der Qualität der Transplantationsmedizin in Deutschland wird sein, die Indikationsstellung zur Transplantation zu vereinheitlichen und transparenter zu gestalten. Hierzu gehört auch ein einheitliches Transplantationsregister in Deutschland für alle Organsysteme sowie eine einheitliche Meldung zur Transplantation, was ein Zentrums-Hopping der Patienten verhindert. Die Indikationsstellung muss nach einheitlichen, transparenten Kriterien erfolgen. Dazu gehört auch die einheitliche Definition der Dialyseindikation bei Lebertransplantationskandidaten, die Einhaltung einheitlicher Indikationskriterien beim hepatozellulären Karzinom, sowie bei der alkoholinduzierten Lebererkrankung, aber auch eine strikte Definition der Indikation zur Gerinnungshemmung, da alle diese Maßnahmen Einfluss auf das MELD-Score-System und somit die Spenderallokation haben. Darüber hinaus ist zur Qualitätsverbesserung der Transplantationsmedizin dringend eine Standardisierung bei der Beurteilung der Spenderqualität erforderlich.

Aktivitäten der interdisziplinären Task Force sind auch gemeinsame Veranstaltungen bei den jeweiligen Jahrestagungen, ebenso wie gemeinsame Presseaktivitäten. Erstes Ergebnis war eine gemeinsame Presseerklärung mit dem Thema „Transplantationsmedizin braucht Expertise – Organtransplantationen gehören in die Hände von Spezialisten“ vom 11. Juni 2013. Darin betonen DGCH, DGIM und DTG dass es zur

Qualitätssicherung auch gehört, die Qualifikation der ärztlichen Versorgung anzuheben und in der ärztlichen Weiterbildung zu verankern. Da die DGIM prinzipiell gegen modulare Systeme der Weiterbildung ist, bietet sich hier eine Zusatzweiterbildung Transplantationsmedizin an, die Internisten, Chirurgen und Pädiatern gleichermaßen offensteht. Ein dreijähriges Ausbildungskonzept zur Sicherung der Qualität ist aus Ansicht der drei Fachgesellschaften DGCH, DGIM und DTG anzustreben.

Schließlich gilt es, Fehlanreize im System zu vermeiden. Die Entscheidung für eine Transplantation und

die Aufnahme auf eine Warteliste müssen transparent und nach klar definierten medizinischen Kriterien erfolgen, die schließlich von allen Zentren respektiert und praktiziert werden. Ökonomische Aspekte dürfen dabei keine Rolle spielen,

wenngleich in die Honorierung der Zentren nicht nur die reine Transplantationszahl, sondern auch die Ergebnisqualität eingehen sollte. Die drei Fachverbände haben regelmäßige Vor-Ort-Audits für alle Transplantationszentren gefordert. Die Untersuchung aller Transplantationszentren durch die Bundesärztekammer (BÄK) kann nur den Beginn einer Entwicklung darstellen. Die von DGCH und DGIM gegründete Task Force Transplantationsmedizin soll somit die Qualität der Transplantationsmedizin zum Wohle vor allem der Patienten verbessern, die auf ein Spenderorgan warten.

Es muss ein einheitliches Transplantationsregister in Deutschland für alle Organsysteme und eine einheitliche Meldung zur Transplantation geben.

Chronisch kranke Jugendliche intensiver begleiten

Britta Siegmund und Burkhard Rodeck

Kommission Transition

Als Transition wird der geplante Wechsel chronisch kranker Jugendlicher und junger Erwachsener von der kinderärztlichen Versorgung in die Erwachsenenmedizin bezeichnet. Die Transition fällt in der Regel in die Lebensphase der späten Adoleszenz, das heißt in einen Zeitraum mit hoher Vulnerabilität. Die Folge sind Behandlungsabbrüche oder -unterbrechungen mit Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf und sozioökonomische Konsequenzen. Bereits 2009 wurde vom Sachverständigenrat¹ die Betreuung chronisch kranker Jugendlicher in der Übergangsphase als mangelhaft bewertet und Empfehlungen zur Verbesserung ausgegeben. Dies wurde 2011 durch die Bundesärztekammer unterstützt², indem erneut auf die Mängel des Gesundheitssystems in

Es fehlt eine fächerübergreifende Struktur, die den Prozess der Transition nicht nur begleitet und absichert, sondern auch finanziell unterstützt.

Bezug auf chronisch kranke Jugendliche hingewiesen wurde. Von Seiten des Gesetzgebers wie auch der Kostenträger fehlt bislang die Anerkennung der besonderen Betreuungssituation. Es existieren bislang fachspezifische Einzellösungen, jedoch fehlt eine fächerübergreifende Struktur, die den Prozess der Transition nicht nur begleitet und absichert, sondern auch finanziell unterstützt.

Mit dem Ziel, die Ist-Situation zu evaluieren sowie ein Transitionsmodell zu erarbeiten, wurde 2012 die Kommission Transition durch die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin

und die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin gegründet und Anfang 2013 die Deutsche Gesellschaft für Neurologie mit hinzugenommen. Im Mittelpunkt der Arbeitsgruppe für ein Transitionsmodell stehen Jugendliche, die im Erwachsenenalter Autonomie erlangen. Nach Durchsicht verschiedener Modelle, wurde das Berliner Transitionsprogramm³, das von den DRK-Kliniken im Rahmen einer BMBF-Förderung zunächst für die Bereiche Epilepsie und Diabetes erarbeitet wurde, ausgewählt. Innerhalb dieses Modellprogramms wurden fächerübergreifende Strukturen wie Transitionsheft, Epikrise, Fallmanagement, krankheitsspezifische Materialien und die Vergütung etabliert. Das Modellprogramm soll nun auf andere Erkrankungen aus der Rheumatologie, Nephrologie, auf chronisch entzündliche Darmerkrankungen und seltene Muskelerkrankungen sowie auch räumlich auf andere Bundesländer ausgedehnt werden. Die Mitglieder der Kommission sind sich einig, dass nur durch ein einheitliches Konzept, dass durch die drei Fachgesellschaften getragen wird, die strukturellen Defizite, aber auch die assoziierten finanziellen Probleme gelöst werden können.

Quellen

- 1 <http://www.svr-gesundheit.de>
- 2 <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.23.9278.9427.9545.9550>
- 3 <http://www.drk-kliniken-berlin.de/westend/krankenhaus-westend/berliner-transitionsprogramm/team-kontakt/>



An morgen denken – Nachwuchsförderung der DGIM

In Deutschland studieren derzeit rund 82 000 junge Männer und Frauen Humanmedizin. Annähernd 95 Prozent aller Studienanfänger beenden das Studium mit Erfolg. Die DGIM bemüht sich darum, diesen ärztlichen Nachwuchs für die Innere Medizin zu begeistern, fördert junge Ärztinnen und Ärzte in der internistischen Ausbildung und motiviert sie für die internistische Forschung und Wissenschaft: Die Fördersumme der DGIM belief sich im Jahr 2012/2013 auf mehr als 56 500 Euro. Die Fachgesellschaft unterstützt angehende Internisten darin, sich in der Inneren Medizin interessante Aufgaben und attraktive Perspektiven zu erschließen.

Für die Wissenschaft begeistern

Anreize für den internistischen Nachwuchs schafft die DGIM beispielsweise mit wissenschaftlichen Preisen und Stipendien. Im Rahmen des Internistenkongresses verleiht sie jährlich für herausragende wissenschaftliche Arbeiten junger Mediziner aus allen internistischen Schwerpunkten den Young Investigator Award (YIA). An zwölf Endrundenteilnehmer des YIA gingen bislang zudem Reisestipendien à 250 Euro sowie ein Jahresabonnement einer medizinischen Fachzeitschrift und Buchgutscheine. Dies hat die DGIM jetzt weiter ausgeweitet: Alle Arbeiten von Erstautoren unter 35 Jahren, die zum Internistenkongress angenommen werden, erhalten ein Reisestipendium. Unabhängig vom Alter der Wissenschaftler belohnt die DGIM zusätzlich die zwölf besten Poster mit Reise- und Buchgutscheinen. Für Studenten ist der Kongressbesuch kostenlos. Mit 20 Stipendien à 200 Euro unterstützt sie deren Anreise.

Impulse für die Forschung setzen

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

Mit Ideen die eigene Zukunft gestalten

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

Im Wettbewerb um den medizinischen Nachwuchs spielen Frauen eine zunehmend wichtige Rolle: Über zwei Drittel der Studierenden an medizinischen Fakultäten sind weiblich. Die DGIM positioniert sich klar in der Förderung junger Internistinnen. Das erste Coaching-Programm für Ärztinnen hat die Fachgesellschaft im Jahr 2011 mit fünf Stipendien à 600 Euro unterstützt. Ein Fokus der Seminare liegt auf dem Ausbau der notwendigen Kompetenzen für Führungspositionen. Die DGIM möchte diese Art der gezielten Förderung zukünftig fortsetzen.



Ehrungen und Preise der DGIM 2013

Neues DGIM-Ehrenmitglied Rechtsanwalt Maximilian G. Broglie



Im nunmehr elften Jahr widmet sich Maximilian Broglie als Geschäftsführer den Geschicken der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM). Darüber hinaus ist der Fachanwalt für Medizin- und Sozialrecht Gründungs- und Seniorpartner der Anwaltskanzlei Broglie, Schade & Partner GbR mit Sitzen in Wiesbaden, Berlin, München und London.

Geboren 1943 in Gießen, studierte Broglie Jura und Betriebswirtschaftslehre an den Universitäten Marburg, Mannheim, Freiburg, Heidelberg und Adelaide/Australien. Die Anerkennung zum Rechtsanwalt erlangte er im Jahr 1976. Seine erste berufliche Station führte ihn als Geschäftsführer und Leiter der Personal- und Rechtsabteilung zur Firma Esüdro eG. Ab 1980 fungierte er 24 Jahre lang als Hauptgeschäftsführer des Berufsverbands Deutscher Internisten e. V. (BDI). Von 2004 bis 2007 stand er darüber hinaus als Geschäftsführer der Akademie für Fort- und Weiterbildung in der Inneren Medizin vor.

Zu seinen juristischen Tätigkeitsschwerpunkten zählen Vertragsarzt- und Gebührenrecht, Arzthaftungsrecht, Strafrecht, Standesrecht, Kooperationsverträge, Zivilrecht und Chefarztvertragsrecht. Broglie ist vertretungsberechtigt an allen Land- und Oberlandesgerichten und zugelassener Anwalt in London/GB. Bis zum Jahr 2009 war er als Mitglied des Fachanwaltsausschusses für Medizinrecht der Rechtsanwaltskammer Berlin tätig. Broglie ist Herausgeber und Mitherausgeber mehrerer Bücher auf seinem Fachgebiet. Als Autor hat er diverse Handbücher zum Arzt- und Gebührenrecht sowie juristische Fachveröffentlichungen verfasst. Im Rahmen des Deutschen Arzt-Recht-Tages wurde Broglie 1995 mit dem Deutschen Arzt-Recht-Preis ausgezeichnet.

Neues DGIM-Ehrenmitglied Professor Henning Zeidler



Professor Dr. med. Henning Zeidler hat als Initiator eines international anerkannten Schwerpunktes für die Erforschung der reaktiven Arthritis und der Spondyloarthropathien und als Gründer des Rheumazentrums Hannover die Innere Medizin und insbesondere die Rheumatologie entscheidend geprägt.

Geboren 1942 in Berlin, absolvierte Zeidler sein Medizinstudium von 1961 bis 1967 in Mainz. Nach der Promotion begann er seine klinische Ausbildung in der Rheumaklinik Bad Kreuznach. Zu Beginn seiner wissenschaftlichen Assistenz wechselte er an die Medizinische Hochschule Hannover (MMH). Dort erwarb er die Fachkunde für Innere Medizin, Rheumatologie und physikalische Therapie, habilitierte sich und wurde Oberarzt am Zentrum für Innere Medizin. Im Jahr 1983 folgte er einem Ruf an die Universität Düsseldorf. Fünf Jahre später trat er in Hannover die Nachfolge von Professor Fritz Hartmann an – als ärztlicher Direktor der Abteilung Rheumatologie im Zentrum für Innere Medizin der MMH.

Die Hannoveraner Schule hat Zeidler in seinem Wirken als Mediziner stark beeinflusst. Das Charakteristische und Zukunftsweisende des Hannoveraner Konzepts war schon damals die Verbindung von Rheumatologie und Klinischer Immunologie. Zudem stellt er organischen Beschwerden immer auch die psychosozialen Belange der Patienten zur Seite. 1993 gründete Zeidler das Rheumazentrum Hannover, dessen Vorsitzender er bis 2001 war.

Professor Zeidler praktiziert heute in einer Gemeinschaftspraxis in Hannover. Seit seiner Emeritierung im Frühjahr 2007 widmet er sich zudem verstärkt der Kunst – sowohl praktisch schaffend als auch theoretisch.

Theodor-Frerichs-Preis 2013 an Dr. Soeren Lienkamp

Der Theodor-Frerichs-Preis ist die am höchsten dotierte Auszeichnung der DGIM. 2013 ehrt sie damit den Arzt Dr. med. Soeren Lienkamp aus Freiburg. Seine Forschungen geben neue Erkenntnisse zur vorgeburtlichen Entwicklung von Nierenkanälchen. Diese befreien den Körper ständig von Schadstoffen und regulieren die Zusammensetzung des Blutes. Die prämierte Publikation in Nature Genetics erlaubt den Juroren zufolge somit neue Einblicke in die Entstehung von Nierenzysten.

Weltweit leiden etwa zwölf Millionen Menschen an Zystennieren. Sie vergrößern sich im Verlauf des Lebens und verdrängen allmählich das gesunde Nierengewebe. Zystische Nierenerkrankungen gehören nach wie vor zu den häufigsten Ursachen für ein Nierenversagen mit der Notwendigkeit zur Dialyse. Viele Zystennieren sind genetisch bedingt, was auf eine Entwicklungsstörung der Nierenkanälchen hinweist. Denn von hier nehmen die Zysten ihren Ausgang. Eine Voraussetzung für deren Erforschung ist deshalb die Kenntnis der Entwicklung der Kanälchen.

Mithilfe der modernen konfokalen Lasermikroskopie beobachtete Lienkamp erstmals an Kaulquappen in Echtzeit, wie sich Zellhaufen langsam zu Nierenkanäl-

chen strecken. Dabei verbinden sich zunächst mehrere Zellen zu einer Art Rosette. Danach formieren sie sich zu einem Schlauch. Den Antrieb hierfür liefert das Muskelprotein Myosin. Ein ähnlicher Mechanismus ist bereits für die Nierenentwicklung bei Fruchtfliegen beschrieben. Die Studien des 1978 in Essen geborenen Assistenzarztes bestätigen dies nun. Und sie legen nahe, dass es sich hier um einen in der Evolution stabilen und damit wichtigen Vorgang handelt, so die Juroren der DGIM.

In der Laudatio hebt die DGIM-Jury eine weitere Entdeckung hervor: Dr. Lienkamp zeigte, dass dieselben Signale für Rosettenbildung und Streckung der Nierenkanälchen bei der Kaulquappe auch die Entwicklung des menschlichen Embryos steuern. Auch dies belegt, dass die Nierenentwicklung nach bewährten Bauplänen abläuft. Die Bedeutung der Ergebnisse für unser Verständnis zur Entstehung

zystischer Nierenerkrankungen sei evident. Besonders herauszustellen sei, dass die Arbeit in einem klinischen Umfeld entstanden ist und auf konsequente Vorarbeiten des Preisträgers in der Klinik fuße. Sie belege in herausragender Weise, dass grundlagenbezogene Studien wesentlich zum Krankheitsverständnis beitragen können.

Der mit 30000 Euro dotierte DGIM-Preis ist nach dem Präsidenten des ersten Deutschen Kongresses für Innere Medizin – dem Internisten Friedrich Theodor von Frerichs – benannt. Mit dem Preis würdigt die DGIM die beste zur Bewerbung eingereichte, möglichst klinisch-experimentelle Arbeit auf diesem Gebiet im deutschsprachigen Raum. Die Fachgesellschaft verleiht die Auszeichnung jährlich im Rahmen der festlichen Abendveranstaltung ihrer Jahrestagung in Wiesbaden.

Die Arbeit ist in einem klinischen Umfeld entstanden und fußt auf konsequenten Vorarbeiten in der Klinik.



Literatur

Lienkamp SS, Liu K, Karner CM, Carroll TJ, Ronneberger O, Wallingford JB, Walz G. Vertebrate kidney tubules elongate using a planar cell polarity-dependent, rosette-based mechanism of convergent extension. *Nature Genetics* 2012; 44: 1382–7

Young Investigator Award 2013

1. Platz: Dipl.-Biol. Angela Nowag, Köln



Inkorporation von Antigenen in Kapside von Adeno-Assoziierten Viren (AAV) steigert die Immunogenität von AAV Vektor-basierten Vakzinen

A. Nowag, J. Rybniker, K. Demant, H. Janicki, S. Winter, H. Büning, P. Hartmann

Eine stabile Impfantwort erfordert in der Regel Impfwiederholungen (Booster). In einer *Proof of Principle*-Studie im Mausmodell haben wir ein bekanntes Vektorsystem, das rekombinante Adeno-Assoziierte Virus (rAAV), als Basis für eine Vakzine optimiert. Wir haben rAAV-Vektoren entwickelt, die für das mykobakterielle Antigen Ag85A kodieren. Zusätzlich haben wir Ag85A als Fusionsprotein in die Virushülle eingebracht. So entstand eine „*prime-boost*-Vakzine“, die nur eine einmalige Applikation erfordert, weil sie das Immunsystem durch einen frühen Kontakt mit dem Kapsid-gebundenen Antigen „*primed*“ und durch die nachgeschaltete Expression des Transgens „*boostet*“. Die Antigen-spezifische, humorale Immunantwort (IgM; IgG), als Indikator für die Immunogenität der Vakzine wurde signifikant stärker und schneller induziert als mit einem nicht Kapsid-modifizierten, konventionellen Vektor. Insbesondere war die IgG Avidität, als Indikator für den Booster-Effekt, signifikant höher, als mit konventionellen Impf-Strategien. Dieser neue Vektor eröffnet ein weites Feld potentieller Anwendungen. Das Konzept der Kapsid-modifizierten AAV-Vektor basierten Vakzine ermöglicht potentiell eine Vielzahl von Anwendungen wie zum Beispiel Vakzinierungen gegen Erreger, die einen sehr frühen Impfschutz erfordern, oder eine Applikation von multiplen Antigenen, angewendet in einem einzelnen Konstrukt.

2. Platz: Alexander Dietl, Regensburg



Proteomanalyse des rechten Vorhofes in der Tachykardie-induzierten Herzinsuffizienz: neue Einblicke in molekulare Pathomechanismen

A. Dietl, R. Deutzmann, J. Schröder, C. Jungbauer, P. Schmid, M. Resch, G. Riegger, A. Luchner, C. Birner

Etwa jeder fünfte Ältere leidet an einer Herzschwäche. Folge sind Atemnot bei Belastung, verminderte Leistungsfähigkeit und eine geringere Lebenserwartung. Untersucht man derart erkrankte Herzen, so fällt neben einer strukturell veränderten linken Herzkammer auch ein Umbau der Vorhöfe auf, was die Anfälligkeit für bestimmte Herzrhythmusstörungen erhöht. Die hierfür verantwortlichen molekularen Vorgänge sind bis jetzt weitgehend unbekannt und sollten mit unserer Arbeit näher charakterisiert werden.

Es wurde durch eine schnelle Schrittmacherstimulation bei Kaninchen eine Herzschwäche verursacht. So gelang eine Untersuchung der Krankheitsentstehung unabhängig von Begleiterkrankungen und Medikamenteneinnahmen, was bei Patienten nur sehr schwer möglich ist. Etwa 2500 Proteine des Vorhofgewebes konnten durch ein spezielles Verfahren (2D-Gelelektrophorese) aufgetrennt und daraufhin Proteinmuster erkrankter mit denen gesunder Tiere verglichen werden. Es ließ sich zeigen, dass im rechten Vorhof vor allem Enzyme des Energiestoffwechsels verändert sind, was sich auch elektronenmikroskopisch in einer strukturellen Umgestaltung der Mitochondrien widerspiegelt. Interessant war, dass die Stoffwechsellzyme im linken und rechten Vorhof sowie den Kammern von der Krankheitsentstehung unterschiedlich betroffen sind. Dies kann als Hinweis auf bisher unbekannte, sehr subtile Regulationsmechanismen interpretiert werden.

3. Platz:

Christian Lautenschläger, Jena



Innovative Arzneiformen in der Therapie von CED: Selektive Akkumulation von PEGylierten PLGA-Wirkstoffträgern in entzündeter Mukosa

C. Lautenschläger, C. Schmidt, D. Fischer, A. Stallmach

Die medikamentöse Therapie von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) ist häufig durch systemische Nebenwirkungen geprägt, welche die Lebensqualität und den Erfolg der Therapie beeinträchtigen. Die intestinale Barriere bei CED ist durch Epitheldefekte gekennzeichnet. Funktionalisierte Mikro- und Nanopartikeln als Wirkstoffträger können sich aufgrund dieser Barrierefunktionsstörung selektiv in hohen Konzentrationen in der entzündeten Mukosa anreichern, Wirkstoffe freisetzen und somit die Therapieeffizienz deutlich erhöhen.

Das Ziel dieser Arbeit war die Herstellung und Charakterisierung partikulärer Wirkstoffträger, die sich selektiv in entzündetem Gewebe anreichern. Dazu wurde die partikuläre Akkumulations- und Depositionseffizienz an intestinalen Makrobiopsien von CED- und Kontrollpatienten analysiert

Polyethylenglykol (PEG)-funktionalisierte Wirkstoffträger reichern sich aufgrund der hydrophilen Oberfläche und negativer Ladung selektiv in entzündetem Gewebe an. Dabei zeigten PEG-funktionalisierte Wirkstoffträger signifikant erhöhte Akkumulations- und Depositionseffizienzen. Eine medikamentöse Therapie mit PEG-funktionalisierten Wirkstoffträgern stellt somit eine neue und innovative Behandlungsstrategie der CED dar, die die therapeutische Effizienz erhöhen und systemische Nebenwirkungen vermindern kann.

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

Rückblick auf den 119. Kongress der DGIM Fachübergreifendes Denken schärfen

Elisabeth Märker-Hermann

Rund 8500 Teilnehmer besuchten die verschiedenen Kurse, Symposien, Vorträge und Workshops des 119. Internistenkongresses. Zu den Hauptthemen gehörten Entzündung und Immunität, Versorgungsforschung, minimal-invasive Therapien, Telemedizin und „Der chronisch Kranke und sein Arzt“. Vom 6. bis 9. April 2013 stellten 1228 Experten in mehr als 1700 Sitzungen, Vorträgen und wissenschaftlichen Postern ihre Themen vor.

Das Programm habe ich mit meinem Team unter dem Leitthema „Vom Organ zum System“ entwickelt. Es erinnert in einer Zeit zunehmender fachärztlicher Spezialisierung an das internistische Ideal, bei allem ärztlichen Tun den Patienten als ganzen Menschen im Blick zu haben. Dies umfasst Komorbiditäten – also Erkrankungen in eher zufälliger Assoziation – ebenso wie Erkrankungen gemeinsamen Ursprungs, die sich aber zunächst scheinbar voneinander unabhängig entwickeln. Unmittelbar damit verknüpft sind auch psychologische und soziale Aspekte einer Störung.

Neue Techniken – kritische Indikationsstellungen

Darüber hinaus war das wissenschaftliche Programm auch durch meinen internistischen Schwerpunkt, die Rheumatologie und klinischen Immunologie mit Betonung der entzündlichen Systemerkrankungen, geprägt. Ich bin froh, dass wir gerade auf diesen Gebieten herausragende Experten für die Plenarvorträge gewinnen konnten: Professor Dr. Steffen Gay aus Zürich informierte die Kongressbesucher in seinem spannenden Vortrag über den Einfluss der Epigenetik auf das Gesundbleiben und auf die Entwicklung von Autoimmunerkrankungen wie der rheumatoiden Arthritis. Wir sind sehr gespannt auf die zukünftigen Möglichkeiten, die sich aus den Erkenntnissen für eine Therapie ergeben könnten. Hoherfreut und geehrt fühlten wir uns auch, einen der Pioniere der Zytokinbiologie auf dem Kongress begrüßen zu können: Professor Dr. Charles Dinarello aus Denver (USA). In der Entzündungsforschung faszinieren uns vor allem die Forschungsergebnisse in den Bereichen der Molekularbiologie, die zur Entwicklung neuer zielgerichteter Medikamente geführt haben. Mit den Hauptthemen zur rationalen Diagnostik und zur minimal-invasiven Therapie haben wir zudem in mehreren Symposien die technischen Innovationen vorgestellt, die vor allem die Kardiologie/Angiologie sowie die endoskopische Gastroenterologie und Pulmonologie betreffen. Die neuen Möglichkeiten, aber auch die kritische Indikationsstellung zu diesen Eingriffen betreffen sicherlich jeden in der Klinik und Praxis tätigen Internisten.

Die Beziehung zwischen einer chronischen Erkrankung, sozialem Umfeld und künstlerischem Schaffen spiegelte sich während des Kongresses in unserem Kongressmotiv „Kopf in Rot-Weiß-Gold“ wider. Dieses Gemälde des Malers Alexej von Jawlensky und viele weitere seiner im Kunstmuseum Wiesbaden ausgestellten Werke verdeutlichen hervorragend die Interaktion von Krankheit, Seele und Kunst. Starke Schmerzen und zunehmende Behinderung durch eine entzündlich-rheumatische Erkrankung beeinflussten die Motive und Techniken des von 1921 bis zu seinem



Plenarredner Professor Gay über Epigenetik

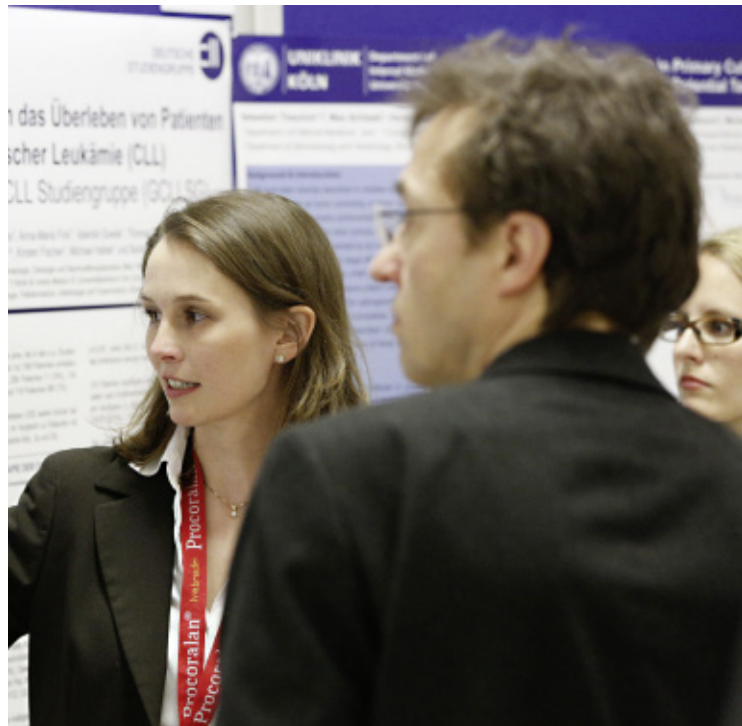
Tod im Jahr 1941 in Wiesbaden lebenden Malers. Ein ausgezeichnetes und berührendes Symposium zu diesem Themenkomplex zog zahlreiche Interessierte während des Kongresses in das gegenüber den Rhein-Main-Hallen gelegene Museum. Ich hoffe, Sie hatten neben dem umfassenden wissenschaftlichen Programm ausreichend Zeit, sich auch die Bilder anzusehen.

Tipps für eine gesunde Arzt-Patienten-Beziehungen

Die internistische Betreuung des chronisch kranken Patienten erfordert aber auch vom Arzt/der Ärztin ein hohes Maß an sozialer Motivation, Engagement und Empathie, birgt zugleich das Risiko der Überidentifikation und des Mitleiden in sich. Äußerer Druck durch mangelnde Zeitressourcen, durch Beschleunigung, wirtschaftliche Vorgaben haben nicht zufällig die Zahl der Ärzte und Pflegenden mit Depressionen oder Burn-out-Syndrom in den letzten Jahren erhöht. Wir alle tragen als Kollegen untereinander und in der Sorge um eine gesunde Arzt-Patienten-Beziehung Verantwortung dafür, dass wir gesund bleiben. Ich hoffe daher, dass der Plenarvortrag „Der



Kongresspräsidentin Märker-Hermann betonte in ihrer Eröffnungsrede die Arzt-Patienten-Beziehung



Unverzichtbar: Die eigene Forschung präsentieren und diskutieren

chronisch Kranke und sein Arzt“ aus Sicht der Psychosomatik von Professor Dr. Ulrich Egle den Hörern viele Anregungen gegeben hat. Es wurde uns aus meiner Sicht nicht nur eine Analyse der Situation des behandelnden Arztes und des Arzt-Patienten-Verhältnisses gegeben, sondern auch eine Perspektive zur Gesunderhaltung und zur Vorbeugung eröffnet.

Durch die große Bandbreite an unterschiedlichen Vortragsformen auf dem Kongress ist es uns in großen Teilen gelungen, allen Teilnehmern Neues zu eröffnen, ihnen Anregungen zu geben und gleichzeitig auch Nützliches für den beruflichen Alltag zu vermitteln. Wir haben dafür an Bewährtes angeknüpft und uns auch von Ihnen, den Ärztinnen und Ärzten selbst, leiten lassen. Um den Bedürfnissen der Kongressbesucher möglichst nahe zu kommen, hatte die DGIM im Jahr 2012 eine Umfrage gestartet. Diese zeigte, was sich Internisten für Ihre Fortbildung wünschen: neues Forschungswissen mit verständlicher Umsetzung für die Praxis, mehr Notfallmedizin, interaktive Falldiskussionen und interdisziplinäre Themen. Die Umfrageergebnisse sind direkt in unsere Kongressplanung eingeflossen. Neben dem wissenschaftlichen Programm präsentierten in den Rhein-Main-Hallen

135 Firmen wie Arzneimittel-, Medizintechnikhersteller und Fachverlage auf 3150 Quadratmetern ihre Produkte und veranstalteten Symposien.

Plattform für junge Wissenschaftler

Ein bedeutendes Anliegen ist der DGIM vor allem auch, den ärztlichen und wissenschaftlichen Nachwuchs für die Innere Medizin zu begeistern. Der Internistenkongress bot auch in diesem Jahr wieder eine hervorragende Plattform, sich über alle Fächer zu informieren und sich mit Kollegen aus Praxis und Wissenschaft über die Möglichkeiten des Faches und Karrierewege auszutauschen. Dazu haben 2013 wieder viele interessierte Medizinstudierende, Ärzte in der Weiterbildung und junge Wissenschaftler die Veranstaltungsreihe „Chances – Forum für junge Mediziner“ genutzt. Hier diskutierten Studenten und Weiterbildungsassistenten mit erfahrenen Kollegen wissenschaftliche, berufspolitische und alltägliche Fragen aus dem Beruf. Der internistische Nachwuchs hat sich auf dem Kongress vielfältig sehr aktiv eingebracht.

Ganz besonders habe ich mich über die vielen Einreichungen von Arbeiten junger Erstautoren zum Wettbewerb um den „Young Investigator Award“ gefreut. Denn die eigene wissenschaftliche Arbeit legt den Grundstein für das lebenslang erforderliche Studium neuer Forschungsergebnisse, um diese bewerten und für den Praxisalltag einordnen zu können. Gezielten Anreize gab die DGIM jungen Interessierten außerdem durch Stipendien. In diesem Jahr unterstützte sie 45 Medizinstudierende im praktischen Jahr, indem sie deren Reise zum Kongress finanzierte.

Nur seriös informierte Patienten können auch selbst etwas für sich tun und vorbeugen. Dies gilt vor allem für die Mehrzahl der internistischen Patienten, die chronisch Kranken. Entsprechend widmeten sich der Kongress und die Stadt Wiesbaden am Samstag Betroffenen, Angehörigen und Interessierten auf dem siebten Patiententag. Experten und Selbsthilfegruppen informierten in kostenlosen Seminaren, Vorträgen und an Ständen im Rathaus und davor über Erkrankungen von Herz, Lunge, Nerven und Nieren. Das Ergebnis steht für einen vollen Erfolg: Mehr als 800 interessierte Laien besuchten die Veranstaltung.

Zeit für den kollegialen Austausch

Trotz eines sehr dichten Programms sollte auch auf dem 119. Internistenkongress der Austausch unter Kollegen keineswegs zu kurz kommen. Denn die kollegialen Netzwerke, die sich auf verschiedenen Veranstaltungen Masche für Masche knüpfen, prägen oft über lange Jahre das eigene Berufsleben. Angesichts der gut besuchten Rahmenveranstaltungen, allen voran die Get-Together-Party und die festliche Abendveranstaltung im Kurhaus Wiesbaden, bin ich überzeugt, dass viele Teilnehmer die Gelegenheit genutzt haben, bestehende Kontakte zu vertiefen und neue zu finden.

An dieser Stelle möchte ich mich ganz herzlich bei meinem Kongressteam bedanken, das unermüdlich für das hervorragende Gelingen dieses Kongresses gearbeitet hat. Die Kolleginnen und Kollegen haben mich so gut unterstützt und alles war so ausgezeichnet organisiert, dass ich das Ende des Kongresses geradezu bedauert habe und mir sagte, jetzt könne es durchaus noch einige Tage so weitergehen. Danken möchte ich auch der sehr engagierten wissenschaftlichen Programmkommission. Dieses Gremium mit einer Mischung aus für mehrere Jahre berufenen und lokal vom jeweiligen Präsidenten eingeladenen Vertretern aus allen Schwerpunkten wird die kommenden Internistenkongresse mit gestalten – wobei die Handschrift jedes Präsidenten auch in Zukunft sichtbar erhalten bleiben wird.

Ich wünsche meinem Nachfolger im Amt des Kongresspräsidenten 2014, Professor Dr. Michael Manns aus Hannover, eine glückliche Hand in der Planung und Ausrichtung „seines“ Kongresses!



Abstractdeadline 02.12.2013
Einreichung online unter:
www.dgim2014.de

- ▶ dgim2014.de
- ▶ Wiesbaden
- ▶ Rhein-Main-Hallen
- ▶ 26. - 29. April 2014



120. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.



Titelbild: Goldenes Tor in den Herrenhausen Gärten, Hannover

Kongress-Präsident - Univ.-Prof. Dr. med. Michael P. Manns, Direktor der Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie, Medizinische Hochschule Hannover

Leitthema der DGIM 2014
Forschung wird zu Medizin

Kongress-Agentur
m:con - mannheim:congress GmbH

m:con
VISION INTO CONVENTIONS

Hauptthemen der DGIM 2013

- Infektionskrankheiten
- Viszeralmedizin
- Metabolisches Syndrom, Adipositas, Ernährungsmedizin
- Interdisziplinäre Onkologie
- Internistische Intensiv- und Notfallmedizin
- Transplantationsmedizin
- Grenzgebiete der Inneren Medizin
- Prävention

Kongresshomepage: www.dgim2014.de

Korporative Mitglieder – Partner in Industrie und Gesundheitswirtschaft

Franz-Josef Wingen

Korporative Mitglieder der DGIM können forschende Arzneimittelfirmen, Geräte- und Diätetika herstellende Firmen, medizinische Fach- und Zeitschriftenverlage, informations- und medientechnische und andere Unternehmen werden, die die Ziele der DGIM unterstützen. Zurzeit hat die DGIM 14 Korporative Mitglieder, davon 9 pharmazeutische und medizintechnische Unternehmen, 4 Fachverlage und 1 sonstiges Mitglied (Mitglieder mit Ansprechpartnern siehe Seite 54 in dieser Jahresbroschüre).

Entscheidungen der Politik bestimmen zunehmend die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen. Wer sich nicht rechtzeitig einmisch, dessen Interessen werden nicht berücksichtigt. Im vergangenen Jahr veranstalteten die Korporativen Mitglieder der DGIM gemeinsam mit Vertretern des DGIM Vorstands und des Beirats erneut drei Symposien zu aktuellen Themen aus Gesundheitspolitik, medizinischer Versorgung und Wissenschaft.

Das Herbstsymposium in Wiesbaden am 9. Oktober 2012 befasste sich mit der zunehmend brennenden Frage einer bedarfsgerechten und flächendeckenden medizinischen Versorgung. Unter dem Titel „Ambulante spezialärztliche Versorgung – ein Modell mit Zukunft?“ diskutierten Experten aus Medizin, Gesundheitswesen und Industrie über Chancen und Probleme des Zusammenwirkens von Hausärzten, Fachärzten und Krankenhäusern im Rahmen des

Versorgungsstrukturgesetzes. Auch in der anschließenden Pressekonferenz wurde hinterfragt, was das Gesetz in der Praxis bedeutet, welche Veränderungen es für den stationären und ambulanten Sektor mit sich bringt und wie es sich in den Gesundheitskosten niederschlägt.

Ergänzend zu unseren Frühjahrs- und Herbstsymposien, die jeweils von immer gut besuchten Pressekonferenzen begleitet werden, fand am 18. und 19. Januar 2013 in Eltville-Erbach unser mittlerweile 5. Opinion Leader Meeting statt. Das Format dieser anderthalbtägigen Veranstaltung, die sich schwerpunktmäßig mit translationalen Themen befasst, soll den Erfahrungsaustausch von Ärzten und Wissenschaftlern aus Universitäten, Industrie und anderen wissenschaftlichen Institutionen stimulieren und somit die Kooperation bei der Entwicklung neuer Therapie- und Diagnoseverfahren verbessern helfen.

Opinion Leader Meeting: Hochkarätig besetzte Plattform für neueste internistische Entwicklungen

Das Thema des diesjährigen Opinion Leader Meetings unter der Federführung der Vorsitzenden der DGIM, Frau Professor Dr. Märker-Herrmann, lautete „Inflammation und Systemerkrankungen“. In 15 spannenden Beiträgen wurde ein breites Spektrum von den klassischen entzündlichen Systemerkrankungen, neuen therapeutischen Ansätzen der Antagonisierung proinflammatorischer Zytokine durch small molecules, neuen bildgebenden Verfahren entzündlicher Prozesse bis zu den innovativen Methoden der Arzneimittelentwicklung vorgestellt und intensiv diskutiert. Einen ausführlichen Bericht finden Interessierte in: Der Internist 2013-54:349-352.

Fälschungen schaden Patient, Forschung und Wirtschaft

Im Rahmen des 119. Internistenkongresses der DGIM fand am 8. April 2013 in Wiesbaden unser Frühjahrs-symposium zum Thema „Arzneimittelfälschungen“ statt. Obwohl wir dieses Thema bereits auf unserem



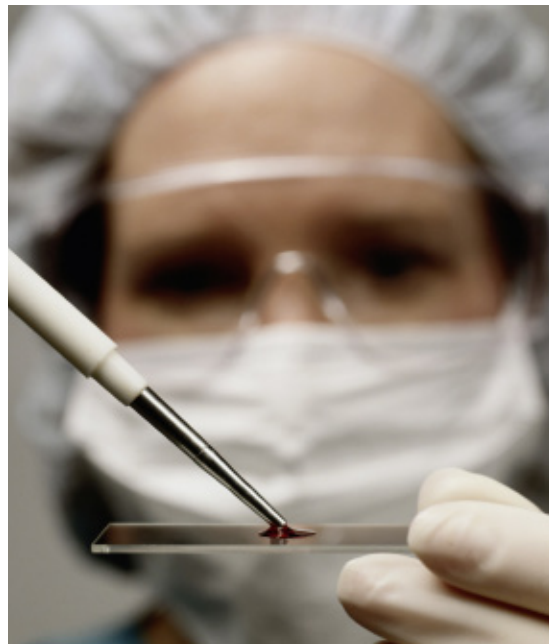
Herbstsymposium 2008 behandelt hatten, hat unsere Mitgliederversammlung Arzneimittelpatente aus aktuellem Anlaß erneut auf die Tagesordnung gesetzt. Zahl und Mengen gefälschter Arzneimittel steigen weltweit an und beschränken sich nicht mehr nur auf sogenannte Lifestyle-Medikamente wie Potenzmittel und Anabolika, sondern drängen verstärkt in lebenswichtige Arzneimittelgruppen wie Antiinfektiva, Krebsmedikamente u. a.

Zwar hat sich in Deutschland der legale Vertriebsweg für Medikamente vom Hersteller über den Großhändler zur Apotheke bewährt, doch rechnen Fachleute europaweit und auch hierzulande mit einer Zunahme von gefälschten Arzneimitteln – vor allem über nicht ordnungsgemäß funktionierende Internet-Apotheken. Die gesundheitlichen Gefahren für Patienten sind zum Teil gravierend. Aber auch der Wirtschaft und der Forschung kann erheblicher Schaden durch Plagiate entstehen. Referenten stellten technische Verbesserungen wie ein fälschungssichereres Verpackungssystem vor, das in naher Zukunft EU-weit eingeführt werden soll.

Neben der strengen strafrechtlichen Verfolgung der Produktion und des Vertriebs von Arzneimittelfälschungen muss eine verstärkte Aufklärung der Bevölkerung erfolgen. Dieses Ziel unterstützte auch die hervorragend besuchte Pressekonferenz zu diesem Symposium, auf der der Generalsekretär der DGIM, Herr Professor Ulrich R. Fölsch, zusammenfasste: „Hier müssen wir alle – Wissenschaft, Politik, Behörden, Hersteller, Apotheken sowie Ärzte und Bevölkerung zusammenarbeiten –, nur auf diese Weise können gefälschte Medikamente entdeckt und die Verantwortlichen zur Rechenschaft gezogen werden.“ Einen ausführlichen Bericht finden ist erschienen in: DMW 2013; 138, Nr. 23, S. 1261–4.

Machen Sie mit – es lohnt sich!

Ich bin sicher, dass wir auch im nächsten Jahr aktuelle und interessante Veranstaltungen anbieten, und möchte mich sehr herzlich bei meinen Kolleginnen und Kollegen aus dem Kreis der Korporativen Mitglieder – allen voran meinem langjährigen Sprecherkollegen Herrn Dr. Wolfram Wiegers – für die konstruktive Zusammenarbeit und Unterstützung bedanken. Dies gilt natürlich auch für die Damen und Herren der DGIM-Geschäftsstelle. Ganz besonders herzlich sei dem Generalsekretär der DGIM und Ansprechpart-



ner für die KM, Herrn Professor Dr. Ulrich R. Fölsch, gedankt.

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

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

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

Medienarbeit 2012/2013 – wie die DGIM kommuniziert

Im Rahmen ihrer aktiven Medien- und Öffentlichkeitsarbeit pflegt die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin den Dialog mit ihren verschiedenen Zielgruppen. Dies erhöhte auch im vergangenen Jahr die Aufmerksamkeit für das Engagement der Fachgesellschaft. Im Mittelpunkt standen die Rolle der Inneren Medizin im Gesundheitswesen, ihr Auftrag in Klinik und Praxis und in der gesamten Medizin und nicht zuletzt ihre Bedeutung für Gesellschaft und Patienten. Die DGIM positionierte sich damit erneut im wissenschaftlichen, medizinischen, ethischen und gesundheitspolitischen Geschehen.

Über ihre Pressestelle steht die DGIM in ständigem Kontakt mit meinungsbildenden Print-Redaktionen in Deutschland, öffentlichen wie privaten Hörfunk- und Fernsehanstalten sowie zu Nachrichtenagenturen. Die Informationen beziehen sich unter anderem auf von der DGIM erarbeitete Publikationen, Studien, Nachrichten zu aktuellen Themen assoziierter Institutionen, Positionspapieren und Stellungnahmen. In all diesen Aktivitäten spiegelt sich der integrative Ansatz der DGIM wider: Die Fachgesellschaft nimmt auf diese Weise ihre Position als aktivierendes Organ der Medizin wahr und regt qualitative, strukturelle und prozessorientierte Veränderungen an.

Viele Millionen Leser

Für das Kalenderjahr 2012 hat die Pressestelle insgesamt 1926 Pressebelege erfasst. Nahezu zwei Drittel der Veröffentlichungen über die DGIM im Jahr 2012 erschienen in den Publikumsmedien. Ein Schwerpunkt liegt auf regionalen und lokalen Zeitungen, aber auch große überregionale Zeitungen greifen Anliegen und Themen der DGIM auf. Ausgesprochen hoch war 2012 auch die Zahl der Beiträge im Internet. Die Berichterstattung über die DGIM erreichte im Jahr 2012 zudem eine besonders hohe Zahl von Lesern: Die Reichweite aller Beiträge in den Printmedien wuchs auf mehr als 164 Millionen Leser an. Demzufolge ist das Interesse der Medien an den Aussagen und Meinungen der DGIM ungebrochen groß.

Zwischen September 2012 und September 2013 verbreitete die DGIM über ihre Pressestelle 27 Pressemeldungen. Diese Texte brachte sie über unter-

schiedliche Kanäle in Umlauf: per Post, Fax und E-Mail als 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. Ihre Mitglieder informiert die DGIM quartalsweise mit einem elektronischen Newsletter: „DGIM aktuell“ berichtet über Aktivitäten der Fachgesellschaft und die Innere Medizin betreffende Neuigkeiten.

Institution DGIM-Pressekonferenz

Die Pressestelle der DGIM kommunizierte 2012/2013 verschiedene rein medizinisch-internistische Themen, verbunden mit einer Positionierung – etwa zum Thema Keuchhustenimpfung oder Vitaminpräparate. Immer wieder weist die DGIM auch auf Missstände im Gesundheitssystem hin und bietet Lösungsansätze. Dazu zählte im vergangenen Jahr etwa das Survey Internistische Intensivmedizin, die Stellungnahme zum Systemzuschlag für Universitätsklinika oder die Gründung der Task Force Transplantationsmedizin gemeinsam mit der DGCH. Diese neue Task Force stellte die DGIM der Öffentlichkeit erstmalig auf ihrer Jahrespressekonferenz im Februar 2013 in Berlin vor. Hier bot die DGIM den Medien bereits einen ersten Ausblick auf den 119. Internistenkongress. Kongresspräsidentin Professor Elisabeth Märker-Hermann berichtete den Medienvertretern über ihr Leitthema und die sich daraus ableitenden Hauptthemen. Die Frühjahrspressekonferenz der DGIM war mit knapp 40 Journalisten außerordentlich gut besucht.

Das Leitthema des 119. Internistenkongresses bestimmte auch die begleitenden Medienarbeit. Die Pressestelle informierte mit 17 Pressemitteilungen die Medien vor und während des Kongresses über neueste wissenschaftliche Erkenntnisse und medizinische Fortschritte. Dadurch lenkte sie die Aufmerksamkeit auf medienrelevante Aspekte des Kongressprogramms und aktuelle Themen. Dies geschah auch in Form von Kongressnewslettern, Podcasts und in den Mitteilungen der DGIM in deren Organen. Eine Vorab-Pressekonferenz sowie tägliche Pressekonferenzen während des Kongresses boten eine pu-

blikumswirksame Plattform. Die Pressestelle erstellte zum Kongress zudem verschiedene Broschüren.

Der 119. Internistenkongress wurde von der Presse intensiv wahrgenommen: 377 Medienvertreter besuchten die Tagung in den Rhein-Main-Hallen. Dazu gehörten Journalisten der lokalen wie überregionalen Medien, von Fachzeitschriften, Tagespresse und Publikumszeitschriften bis hin zu Hörfunk, Fernsehen und Nachrichtenagenturen. Die Resonanz in den Medien spiegelt das große Interesse der Öffentlichkeit am Internistenkongress wider: Leitmedien, aber auch regionale Medien griffen die Themen des Kongresses in mehreren Beiträgen auf.

Themen erfolgreich kommunizieren

Im Anschluss an das Herbstsymposium der Korporativen Mitglieder der DGIM fand auch 2012 wieder eine Pressekonferenz statt. Trotz des nicht nur für Laien hoch komplexen Themas „Ambulante spezialfachärztliche Versorgung“, entwickelte sich in diesem Rahmen ein reger Dialog zwischen Referenten und Journalisten. Darüber hinaus machte die Pressestelle auch während des 119. Internistenkongresses auf die

Schnittstellenthemen der DGIM und ihrer Korporativen Mitglieder aufmerksam. Dabei ist es gelungen, erneut die brisante Problematik gefälschter Medikamente sehr erfolgreich zu kommunizieren.

Erfreulich stark angewachsen ist die Community der Internisten, die sich über das „social web“ mit der DGIM verbinden. Da die DGIM im Jahr 2012/2013 auf facebook sehr regelmäßig aktiv war, begleiten mittlerweile mehr als 1000 Fans ihre Einträge auf dieser Plattform. Die Pressestelle setzte im vergangenen Jahr außerdem den redaktionellen Teil des Relaunchs der DGIM-Homepage um.

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin erreicht mit ihren verschiedenen pressewirksamen Aktivitäten sämtliche wichtigen Medienvertreter, Meinungsführer und Multiplikatoren im gesamten deutschsprachigen Raum. Die regelmäßige umfangreiche Berichterstattung über Anliegen und Positionen der DGIM ist auch in den letzten zwölf Monaten ein Beleg für die Relevanz ihrer Themen und ihre große mediale Präsenz.

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



Arztzahlen in Deutschland 2011 und 2012 im Vergleich*

Gesamtzahlen	2011	2012	Δ in %
In den Landesärztekammern gemeldete Ärztinnen und Ärzte	449 409	459 021	+2,1 %
Aktiv beruflich tätige Ärztinnen und Ärzte	342 063	348 695	+1,9 %
Ärztinnen und Ärzte ohne aktive ärztliche Tätigkeit	107 346	110 346	+2,8 %
Zahl der arbeitslos gemeldeten Ärztinnen und Ärzte	2 376	2 642	+9,2 %
• Arbeitslosenquote	0,7 %	0,8 %	
Zahl der in Deutschland gemeldeten ausländischen Ärztinnen und Ärzte	28 355	32 548	+14,8 %
Tätigkeitsbereiche			
Im Krankenhaus tätige Ärztinnen und Ärzte	169 840	174 829	+2,9 %
• Anteil an der Gesamtzahl der aktiv tätigen Ärztinnen und Ärzte	49,7 %	50,1 %	
Ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte	142 855	144 058	+0,8 %
Zahl der im ambulanten Bereich angestellten Ärztinnen und Ärzte	18 843	20 845	+10,6 %
Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte	124 012	123 213	-0,6 %
In Behörden/Körperschaften/sonstigen Bereichen tätige Ärztinnen und Ärzte	29 368	29 808	+1,5 %
Migration			
Zahl der ursprünglich in Deutschland tätigen und ins Ausland emigrierten Mediziner	3410	2241	-34,3 %
davon beträgt der Anteil der deutschen Ärztinnen und Ärzte	68,6 %	66,8 %	
beliebteste Auswanderungsländer			
• Schweiz	715	704	-1,5 %
• Österreich	302	275	-8,9 %
• USA	183	134	-26,8 %
Zuwanderung:			
Anteil der Ausländer an den Erstmeldungen bei den Ärztekammern	27,6 %	30,6 %	
Wachstumsrate der Anzahl ausländischer Ärztinnen und Ärzte, die im Krankenhaus tätig sind	19 331	22 382	+15,8 %
Anteil der Ärztinnen			
an der Zahl der aktiv beruflich tätigen Medizinerinnen und Mediziner	43,8 %	44,3 %	
an der Zahl der im Krankenhaus tätigen Ärztinnen und Ärzte	45,3 %	45,9 %	
an der Zahl der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte	40,4 %	41,1 %	
an der Zahl der arbeitslos gemeldeten Ärztinnen und Ärzte	64,7 %	62,9 %	
Anteil an den Erstmeldungen bei den Ärztekammern	56,9 %	56,6 %	
*Quelle: Statistik der Bundesärztekammer			

Kein Widerspruch – Ärztemangel trotz moderat steigender Arztzahlen

Das Problem des Ärztemangels wird heute kaum mehr bestritten. In vielen Kommunen ist der wohnortnahe Zugang zu ärztlichen Leistungen nicht mehr gegeben oder zumindest eingeschränkt. Häufig fehlt es in ländlichen Regionen an niedergelassenen Haus- und Fachärzten, aber auch in den Krankenhäusern sind bundesweit mehr als 6000 Arztstellen unbesetzt.

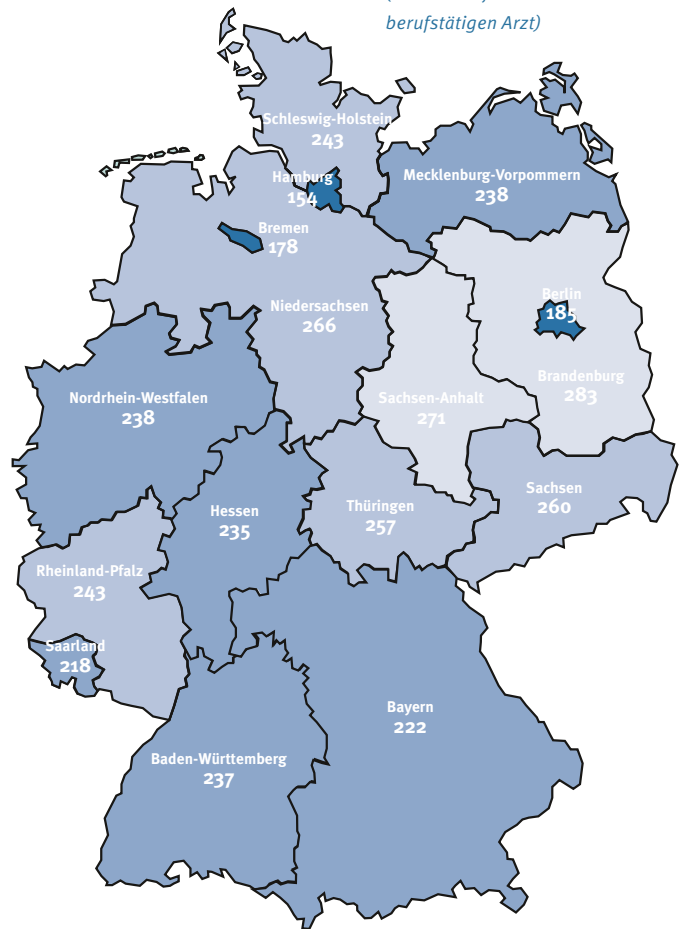
Aber wie passen moderat steigende Arztzahlen der aktuellen Ärztestatistik von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (siehe Tabelle links) und zunehmender Ärztemangel zusammen?

Die Gründe hierfür sind vielfältig. Zum einen bedingt der medizinische Fortschritt mehr Leistungen und einen Anstieg der **Behandlungszahlen**, weil früher nicht bekannte oder mögliche Eingriffe, Untersuchungen und Therapiemethoden mit zunehmendem Fortschritt durchführbar geworden sind.

Zugleich ziehen auch die demografischen Veränderungen erhebliche Auswirkungen nach sich. So ist der Anteil der über 59-jährigen an der Gesamtbevölkerung von 1991 bis heute um ein Fünftel gestiegen. Infolgedessen hat die **Behandlungsintensität** erheblich zugenommen. Hinzu kommt, dass die demografische Entwicklung längst auch die Ärzteschaft selbst erfasst hat, wie die aktuelle Ärztestatistik zeigt. Erstmals finden sich die meisten Ärzte in der Altersgruppe der 50 bis 59-jährigen. Der Anteil der unter 35-jährigen Ärzte an allen berufstätigen Ärzten hat von 26,6% im Jahr 1993 auf heute 17,2% abgenommen.

Ein weiterer Grund für den Arztstundenmangel: Die nachwachsende Ärztegeneration hat eine andere Sicht auf die sogenannte Work-Life-Balance. Sie misst dem Familienleben einen höheren Stellenwert zu und entscheidet sich häufiger als früher für Teilzeitarbeit.

Arztdichte in Deutschland zum 31.12.1012 (Einwohner je berufstätigen Arzt)



Quelle: Bundesärztekammer

Altersverteilung Innere Medizin und Gesamt	Altersgruppen						Anzahl absolut
	bis 34	35-39	40-49	50-59	60-65	über 65	
Innere Medizin	1.252	5.779	16.749	14.857	5.457	2.901	46.995
Chirurgie	566	4.141	12.337	10.654	3.889	1.319	32.906
Allgemeinmedizin	307	2.109	11.996	16.032	8.971	3.889	43.304
Berufstätige Ärzte insgesamt	59.947	39.490	97.438	97.993	37.898	15.929	348.695

AWMF: Mehr Wissenschaft in die ärztliche Praxis

Karl Heinz Rahn, Präsident der AWMF

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) feierte am 10.11.2012 ihr fünfzigjähriges Bestehen. Zu dieser Dachgesellschaft gehören zurzeit 163 Fachgesellschaften mit insgesamt etwa 200 000 individuellen Mitgliedern. Ziel der AWMF ist die Verbindung von wissenschaftlicher Medizin mit der ärztlichen Praxis. Wesentliche Arbeitsbereiche sind dabei die Koordination bei der Erstellung und Aktualisierung von Leitlinien sowie die Formulierung von Stellungnahmen zu Fragen von medizinischer Forschung, ärztlicher Aus- und Weiterbildung und Gesundheitspolitik.

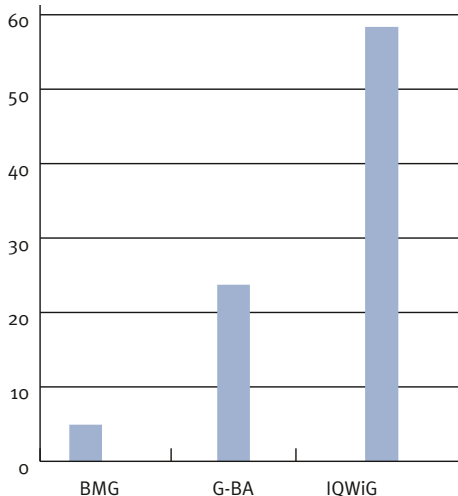
Klage eines Pharmaunternehmens zu Leitlinientext abgelehnt

Derzeit befinden sich im Leitlinienregister der AWMF 113 hochwertige S3-Leitlinien. Der Trend zur Erstellung von mehr S3- und weniger S1-Leitlinien setzt sich fort. Von besonderer Bedeutung für die Leitlinienarbeit ist ein Urteil des Oberlandesgerichts Köln vom 6. November 2012, in dem die Klage eines Pharmaunternehmens gegen die Träger des Programms „Nationale Versorgungsleitlinien“ (AWMF, Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundes-

vereinigung) auch in zweiter Instanz zurückgewiesen wurde. Anlass für die Klage waren Äußerungen in der Nationalen Versorgungsleitlinie „Kreuzschmerz“, bei denen es sich durchgängig um Bewertungen und Meinungsäußerungen handelt, deren Unterlassung oder Berichtigung das Pharmaunternehmen nicht beanspruchen konnte. Die Revision beim Bundesgerichtshof wurde nicht zugelassen, und das Urteil ist inzwischen rechtskräftig.

Mehr Gehör beim G-BA

Seit Anfang 2012 ist die AWMF mit ihren Fachgesellschaften stellungnahmeberechtigt vor Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). In der Geschäftsstelle der AWMF wurde ein Verfahren zur zeitnahen Einbeziehung der Fachgesellschaften etabliert. Seither wurde eine beachtliche Zahl von Stellungnahmen abgegeben zu Dokumenten verschiedener Institutionen (siehe Abb.). Zurzeit werden innerhalb der AWMF intensiv die Entwürfe zum Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin/Zahnmedizin (NKLM/Z) sowie zur (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) diskutiert. Beim NKLM/Z hat sich die AWMF besonders für die Wahrung der Wissenschaftlichkeit in der ärztlichen und zahnärztlichen Studentenausbildung eingesetzt. Bei der Novellierung der MBWO plädiert die AWMF vor allem für die Einbeziehung von Kenntnissen über fachbezogene Leitlinien sowie über deren Entwicklung, Bedeutung und Grenzen. Die AWMF setzt sich nachdrücklich für die Berücksichtigung von Zeiten in der wissenschaftlichen Forschung bei der Weiterbildung von Fachärzten ein.



BMG: Bundesministerium für Gesundheit
 G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss
 IQWiG: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Stellungnahmen von
 AWMF und
 Fachgesellschaften
 1.1.2012–30.6.2013

Preisausschreibungen der DGIM 2014

Theodor-Frerichs-Preis 2014

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 2012 veröffentlicht worden sein. Sie darf nicht zeitgleich an einem ähnlichen Wettbewerb teilnehmen oder bereits mit einem entsprechenden Preis ausgezeichnet worden sein. Das Alter des Verfassers sollte 40 Jahre nicht überschreiten. Bewerber müssen Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin sein. An der Arbeit können auch mehrere Autoren beteiligt sein. In diesem Falle wird erwartet, dass sich die Arbeitsgruppe auf einen Wissenschaftler einigt, der als persönliche Bewerberin oder persönlicher Bewerber auftritt.

Bewerbung:

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

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

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

Die Bewerbungsfrist für den Theodor-Frerichs-Preis 2014 endet am **15.10.2013**.

Die Verleihung des Preises erfolgt anlässlich der Eröffnungsfeier der 120. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin am 27. April 2014 in Wiesbaden. Die Bewerber werden gebeten, an der festlichen Abendveranstaltung im Kurhaus Wiesbaden teilzunehmen.

Präventionspreis Innere Medizin 2014

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

Der Preis ist mit 10 000 Euro dotiert.

Die Arbeit darf in der vorliegenden Form oder in ihrem wesentlichen Inhalt zum Zeitpunkt der Einreichung für die Bewerbung um den Präventionspreis nicht vor dem 15. November 2012 veröffentlicht worden sein, und sie darf nicht an einem ähnlichen Wettbewerb teilgenommen haben.

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

Bewerbung:

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

Vorsitzenden des Stiftungskuratoriums der Deutschen Stiftung für Innere Medizin

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

Die Bewerbungsfrist für den Präventionspreis 2014 endet am **15.11.2013**. Die Verleihung des Preises erfolgt während der 120. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin 2014 in Wiesbaden.

Leopold-Lichtwitz-Medaille der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Im Rahmen der Recherchen zur Geschichte der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin haben Vorstand und Ausschuss der DGIM entschieden, eine Leopold-Lichtwitz-Medaille zu schaffen. Namensgeber ist der ehemalige delegierte Vorsitzende der DGIM des Jahres 1933, der Internist Leopold Lichtwitz. Als Jude wurde er aus diesem Amt gedrängt, verlor seinen Direktorposten im Rudolf-Virchow-Krankenhaus in Berlin, emigrierte und wurde nach 1935 nicht mehr als DGIM-Mitglied geführt. Mit der Medaille gedenkt die DGIM seiner und erinnert an die tausende Ärzte, die während der Zeit des Nationalsozialismus gedemütigt, verfolgt und ermordet wurden.



Geboren 1876 in Ohlau/Schlesien als Sohn des königlichen Kreisarztes und Geheimen Medizinalrats Jakob Lichtwitz, studierte Leopold Lichtwitz Medizin in Breslau, München, Freiburg und Leipzig. Nach Dissertation und Promotion nimmt er zügig eine Karriere als Arzt auf: Nach 1907 zunächst in Freiburg, anschließend in Göttingen. Dort wird er Oberarzt und Leiter der Medizinischen Poliklinik. 1913 wird er Titularprofessor

und wechselt 1916 an das Städtische Krankenhaus Altona. Hier übernimmt er ebenfalls rasch die Leitung der Inneren Abteilung und schließlich die Direktion des Krankenhauses. 1931 wird er Direktor des Rudolf-Virchow-Krankenhauses in Berlin. Doch nur kurze Zeit später entlässt ihn das Krankenhaus, da die Nationalsozialisten ihn als Juden verfolgen.

In diese Zeit fällt auch sein Ausschluss aus der DGIM: Lichtwitz hatte auf der Ausschusssitzung am 13. April 1932 bereits sein Konzept für den Kongress im Folgejahr vorgestellt. Der Internistenkongress 1933 fand jedoch nicht unter seinem Vorsitz statt. Denn Lichtwitz sah sich aufgrund der geänderten politischen Vorzeichen gezwungen, diesen niederzulegen. Und auch die DGIM legte ihm dies nahe, indem „die meisten Ausschussmitglieder sich für (...) den Rücktritt des Herrn Lichtwitz von seiner Funktion als Vorsitzender für dieses Jahr ausgesprochen hätten“. Den Vorsitz übernahm Alfred Schittenhelm – bestrebt, „die Tagung völlig deutschstämmig zu machen“, um „Strömungen oder Anfeindungen des Kongresses“ zu verhüten. Noch 1933 emigriert Lichtwitz in die USA. Dort leitet er die Abteilung für Innere Medizin am Montefiore Hospital in New York. Parallel lehrt er als Professor klinische Medizin an der Columbia University. 1943 stirbt Lichtwitz in New Rochelle. Der Internist steht für mehr als 8000 der insgesamt 52500 deutschen Ärztinnen und Ärzte, die in der NS-Zeit rassistisch verfolgt wurden.

Mit der Medaille zeichnet die DGIM zukünftig Personen 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 ehrt auf diese Weise große Ärztinnen und Ärzte, außergewöhnliche klinische Lehrer und herausragende Forscher für ihr Lebenswerk. Sie drückt damit jenen Menschen ihren Dank und ihre Anerkennung aus, die das gesamte Gebiet der Inneren Medizin und ihre Fachgesellschaft vorangebracht haben. Die DGIM verleiht die Leopold-Lichtwitz-Medaille zukünftig auf ihren Jahreskongressen.

Vorstand und Geschäftsführung

Die Wahlen zum Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin fanden anlässlich der Sitzungen von Vorstand und Ausschuss und der ordentlichen Mitgliederversammlung während des 119. Jahreskongresses in Wiesbaden 2013 statt. Satzungsgemäß ist der bisherige 1. stellv. Vorsitzende Professor Mössner, Leipzig, aus dem Vorstand ausgeschieden. Neu in den Vorstand gewählt wurde Herr Professor Haßenfuß.



Vorstand

- 1 Prof. Dr. med. Michael Manns (Hannover), Vorsitzender
- 2 Prof. Dr. med. Elisabeth Märker-Hermann (Wiesbaden), 1. stellv. Vorsitzende
- 3 Prof. Dr. med. Michael Hallek (Köln), 2. stellv. Vorsitzender
- 4 Prof. Dr. med. Gerd Hasenfuß (Göttingen), 3. stellv. Vorsitzender
- 5 Prof. Dr. med. Dr. h. c. Ulrich 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 119. Jahreskongresses in Wiesbaden 2013 statt.

Ausschuss

Von der DGIM gewählte Mitglieder im Ausschuss

Prof. Dr. M. Böhm (Homburg/Saar)
 Prof. Dr. G. R. Burmester (Berlin)
 Prof. Dr. D. Führer-Sakel (Essen)
 Prof. Dr. N. Frickhofen (Wiesbaden)
 Prof. Dr. V. Hach-Wunderle (Frankfurt)
 Prof. Dr. B. Hertenstein (Bremen)
 Prof. Dr. M. Lerch (Greifswald)
 Prof. Dr. D. Lüttje (Osnabrück)
 Prof. Dr. W.-J. Mayet (Sanderbusch)
 Prof. Dr. D. Müller-Wieland (Hamburg)
 Prof. Dr. M. Pauschinger (Nürnberg)
 Prof. Dr. L. C. Rump (Düsseldorf)
 Prof. Dr. B. Salzberger (Regensburg)
 Prof. Dr. G. Schett (Erlangen)
 Prof. Dr. K. L. Schulte (Berlin)
 Prof. Dr. A. Stallmach (Jena)
 Prof. Dr. H. Tilg (Innsbruck)
 Prof. Dr. L. Trümper (Göttingen)
 Prof. Dr. C. Vogelmeier (Marburg)
 Prof. Dr. G. Walz (Freiburg)

Repräsentanten der Schwerpunkte der Inneren Medizin

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

Prof. Dr. A. Neubauer (Marburg), Hämatologie und Onkologie
 Prof. Dr. W. V. Kern (Freiburg), Infektiologie
 Prof. Dr. H. P. Kierdorf (Braunschweig), Intensivmedizin
 Prof. Dr. M. Kelm (Düsseldorf), Kardiologie
 Prof. Dr. R. Brunkhorst (Hannover), Nephrologie
 Prof. Dr. M. Pfeifer (Donaustauf), Pneumologie
 Prof. Dr. U. Müller-Ladner (Gießen/Bad Nauheim), Rheumatologie

Repräsentant des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI)

Dr. W. Wesiack (Hamburg)

Vertreter der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin (SGIM)

Prof. Dr. E. Battagay (Zürich)

Vertreter der Österreichischen Gesellschaft für Innere Medizin (ÖGIM)

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

Sprecher der Korporativen Mitglieder

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

Sprecher der Young Internists

Dr. A. Müller-Marbach (Düsseldorf)

Komitee Theodor-Frerichs-Preis 2014



Prof. Dr. G. Nickenig (Bonn),
Vorsitzender
Prof. Dr. A. Neubauer (Marburg)
Prof. Dr. N. Suttorp (Berlin)
Prof. Dr. G. Walz (Freiburg)
Prof. Dr. F. Lammert, Homburg

Kommission Struktur-Krankenversorgung



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

Komitee Präventionspreis Innere Medizin 2014



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

Kommission Telemedizin



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

Kommission Aus-, Weiter- und Fortbildung



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

Kommission Transition



Prof. Dr. B. Siegmund (Berlin),
Sprecherin der DGIM
DGIM
Prof. Dr. M. Reincke, (München)
Prof. Dr. T. Welte (Hannover)
DGKJ
Prof. Dr. G. Hansen (Hannover)
Prof. Dr. B. Hauffa, (Essen)
PD Dr. A. von Moers (Berlin)
PD Dr. B. Rodeck (Osnabrück)
DGN
Dr. F. Bösebeck (Rotenburg)

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. Anton Müller
(Göttingen)
Prof. Dr. U. Sechtem (Stuttgart)
Prof. Dr. L. Trümper (Göttingen)

Kommission Wissenschaft-Nachwuchsförderung

Prof. Dr. F. Lammert (Homburg),
Vorsitzender

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

Task Force Transplantationsmedizin

DGIM

Prof. Dr. M. Manns (Hannover),
Leitung/Koordination

Prof. Dr. U. Frei (Berlin)
Prof. Dr. A. Lohse (Hamburg)
Prof. Dr. W.-D. Ludwig (Berlin)
Prof. Dr. C. Strassburg (Hannover)



DGCH

Prof. Dr. Dr. h.c. K.-W. Jauch
(München), Leitung/Koordination

Prof. Dr. W. Bechstein (Frankfurt)
Prof. Dr. Dr. h. c. H. Lippert
(Magdeburg)
Prof. Dr. Dr. H.-J. Meyer
(Hannover)
Prof. Dr. P. Neuhaus (Berlin)

DGKJ

Prof. Dr. U. Baumann (Hannover)
Prof. Dr. P.-F. Hoyer (Essen)

Beratend

Prof. Dr. Dr. h.c. X. Rogiers (Gent, Belgien)

*Ständige Programm-Kommission
der Jahrestagung der DGIM*

Prof. Dr. M. Manns (Hannover), Vorsitzender

PD Dr. O. Bachmann (Hannover)
Prof. Dr. J. Bauersachs (Hannover)
PD Dr. M. Cornberg (Hannover)
Prof. Dr. M. de Zwaan (Hannover)
Prof. Dr. A. Ganser (Hannover)
Prof. Dr. M. Hallek (Köln)
Prof. Dr. H. Haller (Hannover)
Prof. Dr. G. Hasenfuß (Göttingen)
T. Hübner (Mannheim)
Prof. Dr. T. Lankisch (Hannover)
Prof. Dr. H. Lehnert (Lübeck)
Prof. Dr. E. Lindhoff-Last (Frankfurt)
Prof. Dr. E. Märker-Hermann (Wiesbaden)
Prof. Dr. M. Pfeifer (Sinzing)
PD Dr. S. Schmid (Lübeck)
Dr. K. J. Schmidt (Lübeck)
Prof. Dr. R. Schmidt (Hannover)
Prof. Dr. P.-M. Schumm-Draeger (München)
Prof. Dr. C. Sieber (Nürnberg)
Prof. Dr. N. Suttrop (Berlin)
Univ.-Prof. Dr. H. Tilg (Innsbruck)
Prof. Dr. C. Trautwein (Aachen)
Prof. Dr. L. Trümper (Göttingen)
Prof. Dr. M. Weber (Köln)
Prof. Dr. T. Welte (Hannover)

*Wissenschaftlicher Beirat der DGIM
e.Akademie*

Prof. Dr. Dr. h.c. Ulrich Fölsch
(Kiel), Vorsitzender

Dr. Mariam Abu-Tair (Bielefeld)
PD Dr. Alexander Arlt (Kiel)
Prof. Dr. K. Dalhoff (Lübeck)
PD Dr. J. Holle (Bad Bramstedt/
Lübeck)
Prof. Dr. W. Jabs (Berlin)
Prof. Dr. M. Möckel (Berlin)
Dr. F. Rockmann (Regensburg)
Prof. Dr. P.-M. Schumm-Draeger
(München)
Dr. K. Singler (Nürnberg)
PD Dr. S. Schmid (Lübeck)

Beauftragter der Korporativen Mitglieder

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

Sprecher der Korporativen Mitglieder

Prof. Dr. Dipl.-Ing. F.-J. Wingen (Leverkusen), Bayer
Vital GmbH
Dr. W. Wiegers (Stuttgart), Georg Thieme Verlag KG
Dr. H. J. Gellermann (Ingelheim), Boehringer
Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG

Delegierte AWMF

*Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher
Medizinischer Fachgesellschaften*

Prof. Dr. K. H. Rahn (Münster), Vorsitzender
Prof. Dr. J. Floege (Aachen)
Prof. Dr. U. R. Fölsch (Kiel)

Delegierte in die DRG Fachkommission AWMF/BÄK

Prof. Dr. H. Ostermann (München)

Delegierte DIVS

*Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung
für Schmerztherapie*

Prof. Dr. Ch. Baerwald (Leipzig)
Prof. Dr. E. Heidemann (Stuttgart)

Delegierte DNVF

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung

PD Dr. F. Moosig (Bad Bramstedt/Lübeck)
Prof. Dr. K. Parhofer (München)

Delegierte DSG

Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft

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

Delegierte EFIM

European Federation of Internal Medicine

Prof. Dr. J. Köbberling (Wuppertal)
Prof. Dr. P.-M. Schumm-Draeger (München)

Delegierte ÖGIM

Österreichische Gesellschaft für Innere Medizin

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

Kuratorium MEDICA

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

Ehrenmitglieder

Prof. Dr. Felix Anschutz (Darmstadt)
Maximilian G. Broglie (Wiesbaden)
Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Meinhard Classen
(Reith b. Kitzbühel, AT)
Oberbürgermeister a.D. Hildebrand Diehl (Wiesbaden)
Prof. Dr. Dr. h.c. Volker Diehl (Köln)
Prof. Dr. Karl-Max Einhäupl (Berlin)
Prof. Dr. Albrecht Encke (Frankfurt am Main)
Prof. Dr. Dres h.c. Konrad Federlin (Gießen)
Prof. Dr. Dr. h.c. Ulrich R. Fölsch (Kiel)
Prof. Dr. Dr. h. c. Wolfgang Gerok (Freiburg)
Prof. Dr. Heiner Greten (Hamburg)
Prof. Dr. Dieter L. Heene (Mannheim)
Prof. Dr. Alan Hofmann (La Jolla, USA)
Prof. Dr. habil. Dietfried Jorke (Jena)
Prof. Dr. Johannes Köbberling (Wuppertal)
Prof. Dr. Karl Martin Koch (Hannover)
Prof. Dr. Dr. h.c. Kurt Kochsiek (Würzburg)
Prof. Dr. Rainer E. Kolloch (Bielefeld)
Prof. Dr. Dieter Lohmann (Leipzig)
Prof. Dr. Hellmut Mehnert (Krailling)
Prof. Dr. Jürgen Meyer (Mainz)
Prof. Dr. Dr. Karl-Hermann Meyer zum Büschenfelde
(Berlin)
Prof. Dr. Stephen O’Rahilly (Cambridge, GB)
Prof. Dr. Karl Heinz Rahn (Münster)
Prof. Dr. Dr. h.c. Sotirios A. Raptis (Athen, GR)
Prof. Dr. Gerhard Riecker (Großhesselohe)
Prof. Dr. Jürgen Ferdinand Riemann (Ludwigshafen/
Rhein)
Prof. Dr. Dr. med. h.c. Paul Schölmerich (Mainz)

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 am Main)
 Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Hugo K. Van Aken (Münster)
 Prof. Dr. Dr. h.c. Jürgen van de Loo (Münster)
 Prof. Dr. Peter von Wichert (Hamburg)
 Prof. Dr. Hans-Dierck Waller (Tübingen)
 Prof. Dr. Thomas R. Wehrauch (Düsseldorf)
 Dr. Harthmut Weinholz (Berlin)
 Prof. Dr. Egon Wetzels (Bernau am Chiemsee)
 Prof. Dr. Klaus Wilms (Würzburg)
 Prof. Dr. H. Zeidler (Hannover)
 Prof. Dr. Nepomuk Zöllner (München)
 Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Harald zur Hausen (Heidelberg)

Korporative Mitglieder

AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Wiesbaden
 Dr. med. Stefan Simianer
www.abbott.com

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

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

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

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

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

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

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

MSD Sharp & Dohme GmbH, Haar
 Dr. Dr. Kristian Löbner
www.msd-deutschland.com

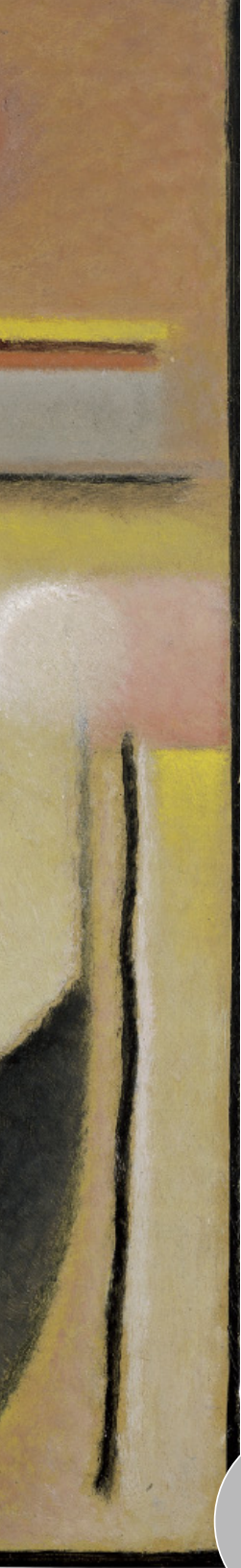
m:con - mannheim:congress GmbH, Mannheim
 Johann W. Wagner
www.mcon-mannheim.de

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, Ibbenbüren
 Birthe Ostermann, Andreas Borges
www.uptodate.com



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

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