

DGIM aktuell

Newsletter der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin



Editorial



Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Mitglieder der DGIM,

im vergangenen Jahr war die DGIM dank Ihrer Unterstützung in vielen Bereichen erfolgreich tätig und

hat sich strukturell und inhaltlich weiterentwickelt. Unser neues 10 Punkte-Programm DGIM 2020, auf das ich in den Presidential News eingehen werde, zeigt einiges davon auf. Hervorheben möchte ich unsere Qualitätsoffensive „Klug entscheiden“. Hier ist es uns dank der engen Kooperation mit unseren internistischen Schwerpunkten gelungen, innerhalb von wenigen Monaten über 100 Klug entscheiden-Empfehlungen zu erarbeiten und in sehr effektiven Konsensuskonferenzen bereits jetzt weitgehend zu verabschieden. Die Veröffentlichung erfolgt zeitnah im nächsten Jahr in mehreren Medien, auch verständlich für unsere Patienten, und natürlich während unseres Jahreskongresses. An dieser Stelle möchte ich den Schwerpunkten und insbesondere deren Delegierten in den Konsensuskonferenzen sehr herzlich für die konstruktive und hoch effiziente Zusammenarbeit danken. Ich bin davon überzeugt, dass die Klug entscheiden-Initiative uns nicht nur einen neuen Zugang zur klugen und kritischen Abwägung unseres ärztlichen Handelns eröffnet und die Interaktion mit unseren Patienten vertieft, sondern auch nachhaltig und langfristig die Versorgungsqualität verbessert. In diesem Sinne wünsche ich Ihnen allen ein frohes und besinnliches Weihnachtsfest und alles Gute für das neue Jahr.

Ihr
Gerd Hasenfuß

Inhalt

4/2015

Editorial

DGIM – Presidential News

Programm DGIM 2020 – Wohin geht der Weg?

Vorstand und Ausschuss der DGIM haben mit dem Programm DGIM 2020 neue Prioritäten für die nächsten fünf Jahre gesetzt. Die Innere Medizin in Deutschland blickt in eine aussichtsreiche Zukunft mit einem ausgezeichneten

Potenzial, aber auch einer hohen Verantwortung. Einzelne Punkte des Programms erläutert DGIM-Vorsitzender Professor Gerd Hasenfuß in seinen Presidential News.

→ Seite 2

DGIM – aktiv

DGIM im Gespräch: Generalsekretär Professor Ulrich Fölsch zur „Herausforderung Migrationsmedizin“

Aus den Balkanstaaten und den Krisengebieten in Nordafrika erreichen täglich Tausende Flüchtlinge Europa und Deutschland. Über die internistische Herausforderung

„Flüchtlinge“ und wie die DGIM damit umgehen wird, spricht DGIM-Generalsekretär Professor Ulrich Fölsch mit DGIM aktuell.

→ Seite 6

MEDICA EDUCATION CONFERENCE 2015: Gelungene Fortsetzung in Düsseldorf

In diesem Jahr fand zum zweiten Mal die MEDICA EDUCATION CONFERENCE in Düsseldorf als interdisziplinäres Fortbildungsprogramm der MEDICA, der Weltfachmesse für

Medizin, statt. DGIM aktuell berichtet über Schwerpunkte und Highlights.

→ Seite 8

DGIM-Onlinekongress zum 122. Internistenkongress: Viele Inhalte digital verfügbar → Seite 9

DGIM bietet neue Fortbildung zum Hygienebeauftragten Arzt an → Seite 9

Korporative Mitglieder

Herbstsymposium: Neugeborenen-Screening auf Blutkrankheit verhindert Todesfälle

Jährlich sterben weltweit etwa eine viertel Million Kleinkinder an der Sichelzellerkrankung – in Deutschland leiden rund 3000 Menschen an der seltenen angeborenen Blut-

krankheit. Auch hierzulande beeinträchtigt die Sichelzellerkrankung Betroffene gesundheitlich schwer und endet meist sogar tödlich.

→ Seite 10

Kongress

122. Internistenkongress tagt Mitte April in Mannheim

In vier Monaten findet der 122. Internistenkongress in Mannheim statt. Wie jedes Jahr steht er für ein verlässliches kompaktes Update von relevantem medizinischem Wissen für Niedergelassene, Klinikärzte und Forscher.

Zudem gibt er Orientierung, indem er über relevante Neuerungen informiert und aktuelle Entwicklungen in der Medizin aufgreift.

→ Seite 11

Presseschau → Seite 12

Programm DGIM 2020 – Wohin geht der Weg?

Vorstand und Ausschuss der DGIM haben mit dem Programm DGIM 2020 neue Prioritäten für die nächsten fünf Jahre gesetzt. Die Innere Medizin in Deutschland blickt in eine aussichtsreiche Zukunft mit einem ausgezeichneten Potenzial, aber auch einer hohen Verantwortung. Während die Innere Medizin in den vergangenen Dekaden durch ein hohes Maß der Diversifikation gekennzeichnet war, führen die aktuellen Entwicklungen zu einer erheblichen Stärkung. Hier sind zu nennen die Zunahme an multimorbiden Patienten, deren Versorgung ein profundes Wissen in Innerer Medizin erfordert, der Komplex Infektiologie / Hygiene / Antibiotikaresistenz kann nur durch fundierte Kenntnisse in Innerer Medizin adäquat bearbeitet werden, die Versorgung der Migranten mit für unsere Breiten seltenen Erkrankungen wird zu einem großen Teil durch Internisten erfolgen und schließlich wird die internistische Systemmedizin neue Wege im Krankheitsverständnis aufzeigen. Im Folgenden möchte ich kurz auf das Zehn-Punkte-Programm DGIM 2020 eingehen.

Klug entscheiden

Klug entscheiden heißt die Ihnen bereits bekannte Qualitätsoffensive der DGIM und ihrer Schwerpunktgesellschaften. Ziel ist es, die Indikationsqualität für diagnostische und therapeutische Maßnahmen zu verbessern und langfristig sicherzustellen. Unsere Mitgliederumfrage, Ihre Stimme, hat uns darin bestätigt, Klug entscheiden eine hohe Priorität einzuräumen. So sehen über 80 Prozent der Befragten die Durchführung überflüssiger diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen als ein relevantes Problem in unserem Gesundheitssystem an. Sorge vor Behandlungsfehlern wird bei etwa 90 Prozent der Teilnehmer als ausschlaggebende Ursache betrachtet. Regelmäßige Fortbildung und Publikation von Klug entscheiden-Empfehlungen sieht die Mehrzahl der Teilnehmer als effektive Maßnahmen zur Reduktion von Überversorgung an. Genau das sind die Pläne der DGIM, um Abhilfe zu schaffen. Die DGIM wird im neuen Jahr in einer Serie im Deutschen Ärzteblatt zusammen mit den internistischen Schwerpunkten die erarbeiteten Klug



Wohin führt der rasante technische Fortschritt und welche Möglichkeiten wird er uns bringen?

Zahlreiche Themen aus dem Programm DGIM 2020 greift Professor Hasenfuß auch mit den Hauptthemen des 122. Internistenkongresses in Mannheim auf (s. auch Seite 11):

- Minimalinvasive internistische Eingriffe – Innere Medizin anstatt Chirurgie
- Von der Differentialdiagnose zur Systemmedizin
- Biomarker-stratifizierte Therapie
- Der multimorbide Patient
- Neurologie trifft Innere Medizin
- Training als Therapie
- Moderne Bildgebung ersetzt invasive Diagnostik
- Kardiologie für den Generalisten
- Digitale Medizin
- Infektiologie – Antibiotikaresistenz – Migrationsmedizin
- Klug entscheiden

entscheiden-Empfehlungen veröffentlichen und auf dem Jahreskongress im April 2016 in Mannheim werden mehrere Symposien zum Thema Klug entscheiden abgehalten. In Zukunft sollen Klug entscheiden-Empfehlungen bereits bei der Erstellung von Leitlinien prospektiv erarbeitet werden.

Weiterbildung – ärztliche Forschung

Weiterbildung und Fortbildung werden für die DGIM immer eine hohe Priorität einnehmen. Wir sind dabei, neue Weiterbildungselemente im Rahmen der „mobilen Revolution“ zu entwickeln, und auch der Jahreskongress wird neue moderne Fortbildungselemente aufgreifen. Schließlich sehen wir es als eine der größten Herausforderungen an, die ärztliche Forschung zukunftssicher zu machen. So hat die Umfrage des Bündnisses Junger Internisten die Defizite im Bereich der Weiterbildung und der klinischen Forschung schonungslos aufgezeigt. Die DGIM baut daher ihr Programm für den Nachwuchs von den Studenten bis zur Karriereplanung deutlich aus. Ein Beispiel ist das Curriculum Clinician Scientist, das einen Strukturvorschlag für die Weiterbildung in Innerer Medizin und die Forschung mit dem Ziel der Habilitation abgibt. Dieses Curriculum wird zum Jahreskongress 2016 erstmals vorgestellt. Es beinhaltet auch eine Serie von Workshops, die ein Rüstzeug für die Forschung vermitteln sollen. Ein solcher Workshop wird unter dem Thema Internistische Systemmedizin ebenfalls beim Jahreskongress zum ersten Mal angeboten.

Ökonomisierung der Medizin

Unter diesem Begriff verstehen wir nicht die selbstverständliche Pflicht, verantwortungsbewusst mit unseren Ressourcen umzugehen. Nein, wir verstehen darunter die negativen Auswirkungen, die wir in unserem Tagesablauf durch den hohen ökonomischen Druck in unserem Gesundheitssystem erleben. Seit 2003 mit Einführung der DRGs im stationären Bereich hat sich die Medizin in Deutschland dramatisch verändert. Die Ökonomen geben die Richtung vor, Gesundheitskonzerne dominieren weite Regionen der Republik. Leitende Ärzte haben den Einfluss auf Strukturprozesse verlo-

ren und können vielfach selbst in medizinisch-inhaltlichen Fragen nicht mehr frei entscheiden. Wo ist die Evidenz, dass volkswirtschaftlich betrachtet die aktuelle Form der Ökonomisierung erfolgreich sein wird? Ganz abgesehen von der Qualität der medizinischen Versorgung. Die DGIM wird sich intensiv mit diesen Problemen beschäftigen.

Internistische Systemmedizin

Die internistische Systemmedizin betrachtet organübergreifend den Gesamtorganismus. Sie könnte dazu beitragen, dass Krankheiten neu definiert und Zusammenhänge identifiziert werden, die bisher nicht gesehen wurden. Die Sequenzierung eines gesamten Genoms ist heute bereits innerhalb eines Tages zu einem Preis von 1 000 Euro möglich, es geht immer schneller und preiswerter. Die Analysemethoden einerseits sowie die Computertechnik und Bioinformatik andererseits werden zu neuen Klassifizierungen von Erkrankungen führen. Anschaulich können diese Überlegungen durch die neuen PheWAS-Analysen (Phenome-Wide Association Studies) verdeutlicht werden. PheWAS erarbeitet Assoziationen zwischen spezifischen Genotypen und einer großen Patientenpopulation mit der Frage, mit welchen Erkrankungen ein bestimmter Genotyp bzw. genetische Polymorphismen assoziiert sind.

Digitale Medizin und Medizintechnik

Die Errungenschaften in der Entwicklung von Medizinprodukten hat eine eindrucksvolle Weiterentwicklung minimalinvasiver internistischer Eingriffe ermöglicht. Dies gilt für Herzkatheterinterventionen, die heute eine Aortenklappenimplantation in weniger als einer Stunde ohne Narkose und mit einer Gesamtliegedauer von drei bis vier Tagen ermöglichen. Aber auch in anderen internistischen Schwerpunkten haben die rasanten Errungenschaften der Medizintechnik dazu geführt, das auch hochbetagte Risikopatienten mit schonenden minimalinvasiven Eingriffen effektiv behandelt werden können. Noch rasanter als in der Medizintechnik ist die Entwicklung in der Informationstechnologie. Vor zehn Jahren gab es noch keine Smartphones, heute gibt es weit über 100 000 Gesundheits-Apps. Apple, Google und die sozi-



alen Netzwerke haben den Gesundheitsmarkt entdeckt und scheuen keine Mittel, diesen erfolgreich für sich zu erobern. Nachvollziehbar, dass bereits spekuliert wird, man könnte mit Mobile Health das Problem des Ärztemangels auf dem Lande lösen und mit Robotics den Pflegemangel in den Griff bekommen. Die DGIM erkennt das Risiko, aber auch die Möglichkeiten der technischen Revolution für die

Der demographische Wandel spielt eine große Rolle – für Medizin und Gesellschaft.

Medizin. Sie will die digitale Medizin aktiv mitgestalten, um das große Potenzial dieser Entwicklung aus fachlicher Sicht für den Patienten nutzbar zu machen und Schaden durch fehlendes medizinisches Fachwissen zu verhindern. Die Kommission „Telemedizin“ der DGIM wird sich intensiv mit den Herausforderungen der digitalen Medizin auseinandersetzen. Hierzu zählen auch ethische Aspekte, Fragen der Qualitätssicherung und des Datenschutzes.

Demographischer Wandel – chronische Erkrankungen – Geriatrie

Der demographische Wandel führt dazu, dass bereits im Jahr 2030 der Anteil der über 65-Jährigen in Deutschland ein Drittel der Gesamtbevölkerung ausmachen wird. Aber schon jetzt sind 50 Prozent der Herzpatienten, die interventionell oder operativ behandelt werden, über 70 Jahre alt. Der demographische Wandel führt zu einer Zunahme von chronischen und degenerativen Erkrankungen sowie zu einer Änderung der Krankheitsbilder und der Behandlungsverfahren. Mit steigender Lebenserwartung und dem Auftreten von chronischen Erkrankungen gewinnt die Versorgung multimorbider Patienten zunehmend an Bedeutung. Die Koexistenz von COPD, Nieren- und Herzinsuffizienz, häufig verbunden mit arterieller Verschlusskrankheit und Diabetes mellitus, stellt eine Herausforderung an die Innere Medizin dar und ist ein gutes Beispiel dafür, warum wir mehr denn je eine breite Ausbildung in der Inneren Medizin benötigen. Die Schwerpunkte

der Inneren Medizin sind aber gleichsam aufgefordert, dem demographischen Wandel von wissenschaftlicher Seite gerecht zu werden und altersspezifische Diagnose- und Behandlungsverfahren zu entwickeln und klinisch zu erproben.

Infektiologie – Hygiene – Migrationsmedizin

Der DGIM 2020-Programmpunkt „Infektiologie – Hygiene – Migrationsmedizin“ stellt einen weiteren Themenkomplex hoher Priorität dar. Die Infektiologie ist, wenn Sie so wollen, klassische internistische Systemmedizin. Nur mit einem breiten Verständnis für internistische Erkrankungen kann Infektiologie verantwortlich betrieben werden. Dies beinhaltet auch „Hygienemedizin“ und natürlich das allgegenwärtige Thema der Antibiotikaresistenz. Bereits seit geraumer Zeit veranstaltet die DGIM ein Förderprogramm, das die Fortbildung zur Antibiotic Stewardship unterstützt. Diese und viele andere Aktivitäten werden von der DGIM-Task Force Infektiologie konzipiert. Das Thema Infektiologie steht in breiter Überlappung mit dem Thema Migrationsmedizin. Während sich aktuell die medizinische Versorgung auf die Aufnahmeeinrichtungen beschränkt, werden in wenigen Monaten auch niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte mit für Deutschland ungewöhnlichen Erkrankungen konfrontiert werden. Häufig auf der Basis einer Infektion. Jeder in der internistischen Krankenversorgung tätige Arzt sollte sich daher mit diesen Krankheiten vertraut machen. Die DGIM setzt sich intensiv mit der Migrationsmedizin auseinander. So werden auf dem 122. Jahreskongress spezielle Symposien zu den medizinischen Aspekten des Flüchtlingsgeschehens abgehalten. Die DGIM wird darüber hinaus Kurse anbieten und in ihren Medien auf die Spezifika der Migrationsmedizin eingehen.

Interaktion mit den Schwerpunkten

Die Interaktion mit unseren Schwerpunkten und die enge Abstimmung der strukturellen und inhaltlichen Weiterentwicklung der Schwerpunkte sind für die zukünftige Qualität der medizinischen Versorgung von ausschlaggebender Bedeutung. Das große Potenzial einer engen Zusammenarbeit der DGIM mit ihren Schwerpunkten wurde deutlich bei der Entwicklung der Klug entscheiden-Empfehlungen.

Hier wurden innerhalb von wenigen Monaten 100 Empfehlungen erarbeitet, die gegenwärtig in einem Konsensusprozess über alle Schwerpunkte hinweg abgestimmt und publiziert werden. Aber auch die zuvor angesprochenen Aspekte wie internistische Systemmedizin, Behandlung des multimorbiden Patienten, internistische Fort- und Weiterbildung erfordern eine enge Absprache der DGIM mit ihren Schwerpunkten. So wird sich die DGIM regelmäßig mit allen Schwerpunkten verständigen und gemeinsam Strategien festlegen.

Pflege- und medizinische Assistenzberufe

Ohne Zweifel ist eine adäquate Versorgung unserer Patienten im ambulanten und stationären Bereich nur durch eine enge Interaktion von Medizinerinnen und Medizinern mit Fachkräften der Pflege- und medizinischen Assistenzberufe möglich. Gerade in Anbetracht des de-

mographischen Wandels nehmen die Pflege und physikalische Therapie eine immer größere Bedeutung an. Auch hier hat die Sparpolitik im Gesundheitswesen negative Auswirkungen auf die medizinische Versorgung unserer Patienten und daher muss die Gewährleistung einer adäquaten Personalausstattung im Bereich der Pflege und Physiotherapie auch ein Anliegen unserer Fachgesellschaft sein.

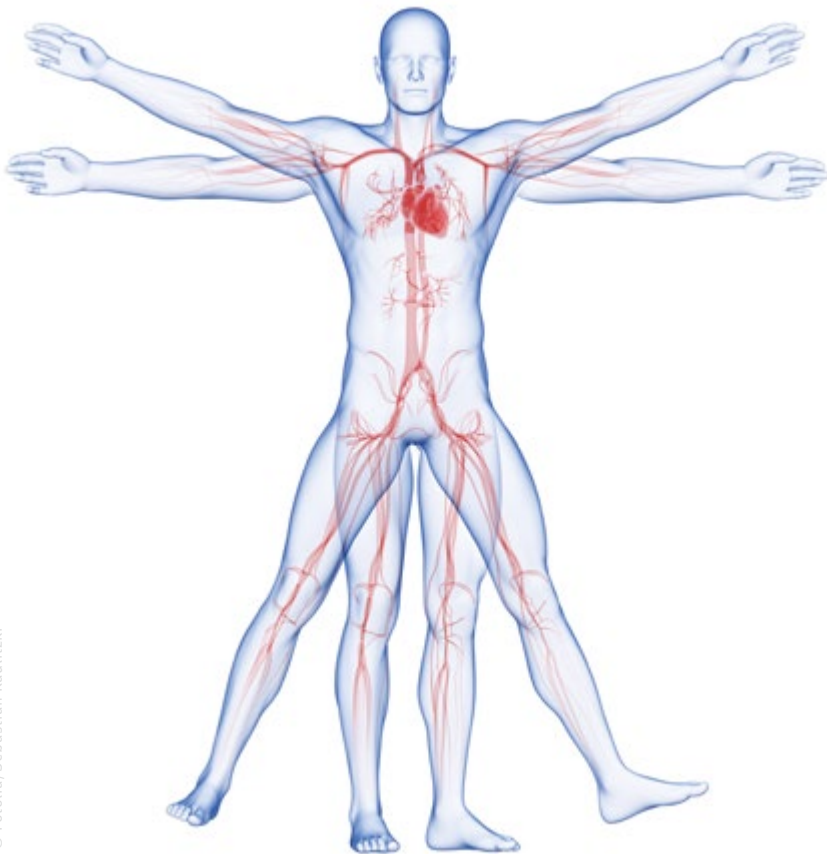
Internationalisierung

Länder mit einem modernen, leistungsfähigen Gesundheitssystem wie das unsere haben ohne zeitliche Verzögerung Zugriff auf neue medizinische Diagnose- und Behandlungsverfahren und die medizinische Forschung ist globalisiert. Aber auch bei der Entwicklung von neuen Strategien und Strukturen im Gesundheitswesen kann der internationale Erfahrungsaustausch einen großen Gewinn darstellen. In diesem Sinne werden wir uns auf der 122. Jahrestagung intensiv mit unserer japanischen Partnergesellschaft über die strategische Ausrichtung der Medizin in Anbetracht des demographischen Wandels austauschen. Schließlich spielt auch in den Bereichen Weiterbildung und Fortbildung die internationale Ausrichtung zunehmend eine Rolle, in die sich die DGIM engagiert einbringen wird.

Sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen, mit dem 10 Punkte-Programm DGIM 2020 wollen wir die Herausforderungen der Zeit proaktiv annehmen. DGIM 2020 soll gleichsam unsere Mitglieder und damit Sie stimulieren, aktiv in den Gremien, bei den Kongressen und anderen Veranstaltungen den Weg in die Zukunft mitzugestalten.

Hierzu möchte ich Sie sehr herzlich einladen.

Ihr
Gerd Hasenfuß ■



Die sich ständig weiterentwickelnde Systemmedizin bringt die internistischen Schwerpunkte wieder näher zusammen.

DGIM im Gespräch: Generalsekretär Professor Ulrich Fölsch zur „Herausforderung Migrationsmedizin“



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

Als Direktor leitete Professor Fölsch bis 2009 die Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein/Campus Kiel. Seit dem Jahr 2011 widmet er große Teile seiner Zeit der DGIM und lenkt als Generalsekretär zusammen mit dem Vorstand und der Geschäftsführung deren strategische Ausrichtung und Weiterentwicklung.

Kontakt:

Deutsche Gesellschaft
für Innere Medizin
Irenenstraße 1
65189 Wiesbaden
E-Mail: info@dgim.de

Aus den Balkanstaaten und den Krisengebieten in Nordafrika erreichen täglich Tausende Flüchtlinge Europa und Deutschland. Derzeit liegt der Fokus auf der medizinischen Versorgung in den Aufnahmeeinrichtungen. Mehr und mehr sind Klinikärzte und Niedergelassene aber auch mit Erkrankungen konfrontiert, die viele von ihnen allenfalls aus dem Lehrbuch kennen. Mit „Migrationsmedizin“, das lassen die Flüchtlingszahlen bereits jetzt erahnen, muss sich die Innere Medizin zukünftig intensiver befassen. Deshalb setzt die DGIM das Thema auf die Agenda des 122. Internistenkongresses und bietet den Teilnehmern Kurse dazu an. Über die internistische Herausforderung „Flüchtlinge“ und wie die DGIM damit umgehen wird, spricht DGIM-Generalsekretär Professor Ulrich Fölsch mit DGIM aktuell.

Unter welchen Erkrankungen leiden die Flüchtlinge, die in diesen Monaten Deutschland erreichen?

Prof. Fölsch: Es handelt sich um Menschen, die es aufgrund ihrer guten Konstitution geschafft haben, diesen maximal beschwerlichen Fluchtweg über die Türkei oder Griechenland bis nach Deutschland zu bewältigen. Dementsprechend wird es sich um relativ „gesunde“ Menschen handeln. Zum jetzigen Zeitpunkt ist es aber noch zu früh, um über den Gesundheitszustand der Flüchtlinge sichere Informationen zu haben. Wir können noch nicht genau abschätzen, unter welchen Erkrankungen sie möglicherweise leiden und worauf wir als Ärzte uns einstellen müssen.

Viele Infektionskrankheiten sind durch Impfungen in Deutschland nahezu ausgerottet. Können wir die Flüchtlinge rechtzeitig mit den entsprechenden Impfungen versehen, um beispielsweise eine erneute Ausbreitung der Masern zu verhindern?

Prof. Fölsch: Die Elimination von Masern ist ein erklärtes nationales und internationales Ziel. Von der Impfung profitiert nicht nur der Geimpfte selbst, sondern durch die Herdenimmunität wird die grundsätzliche Ausbreitung verhindert und gerade die Empfänglichsten

mit dem höchsten Risiko werden geschützt. Durch Impfungen konnten weltweit die Todesfälle durch Masern zwischen dem Jahr 2000 und 2013 um 75 Prozent – also um rund 15,6 Millionen Fälle – gesenkt werden. Im Jahr 2013 traten in Deutschland aber statt der für die Elimination von der WHO geforderten Höchstzahl von 80 noch 1 771 Masernfälle auf, fast alle davon bei ungeimpften Menschen! In diesem Sinne wäre es gerade bei den Säuglingen der Flüchtlinge zwingend, bei diesen entsprechenden Impfungen durchzuführen.

Einige Krankheitsbilder abseits von Infektionen – zum Beispiel die Sichelzellerkrankung – sind hierzulande sehr selten, in Afrika hingegen weit verbreitet. Erkennen unsere Ärzte solche Erkrankungen oder müssen wir hier gezielt nachschulen?

Prof. Fölsch: Keine Frage: Um seltene Erkrankungen zu erkennen, muss immer wieder geschult werden. Dies ist eines der wesentlichen Anliegen der DGIM. Wir haben im vergangenen Herbst ein Symposium zusammen mit unseren korporativen Mitgliedern über seltene Erkrankungen durchgeführt und dabei insbesondere die Sichelzellerkrankung in Deutschland thematisiert. Denn diese Erkrankung ist vermutlich häufiger, als bisher angenommen. In anderen Ländern wie den USA, England, Frankreich und den Niederlanden ist ein Neugeborenen-Screening auf die Blutkrankheit bereits üblich. In einer auf diesem Symposium vorgestellten Studie konnte ein Neugeborenen-Screening in Modellprojekten in Berlin, Hamburg und Heidelberg erfolgreich angewendet werden. Auch durch die Schulung der Eltern, eine akute Blutarmut zu erkennen und bei Fieber des Kindes sofort einen Arzt aufzusuchen, ließen sich viele Todesfälle im Kindes- und Jugendalter verhindern.

Gerade die Innere Medizin wird – verglichen mit anderen Fächern – in vielfältigster Art und Weise mit der Behandlung von Flüchtlingen konfrontiert – wie bereitet sich die Fachgesellschaft darauf vor? Welche Fortbildungseinheiten planen Sie ganz konkret für den Kongress und darüber hinaus?



Die Behandlung von Flüchtlingen ist angesichts kultureller Unterschiede und Sprachbarrieren auch eine kommunikative Herausforderung, die den Arzt in seinen persönlichen Kompetenzen fordert. Wie kann er diese Hürden überwinden? Müssen in der Ausbildung spezielle Kompetenzen erlernt werden, die darauf vorbereiten?

Im Rahmen der Novellierung der Weiterbildungsordnung wird dem Kapitel Kommunikation ein entsprechend wichtiger Raum gegeben. Dies ist in der Tat ein Feld, auf dem angehende Ärzte bisher zu wenig geschult worden sind. Ich glaube, dass die Sensibilität gegenüber anderen Kulturen und Sprachen wichtig ist, gerade im Hinblick auf die große Zahl der bei uns neu aufgenommenen Flüchtlinge.

Viele Flüchtlinge sind traumatisiert. Welche Rolle hat an dieser Stelle der Internist – auch in Zusammenarbeit mit den psychotherapeutisch arbeitenden Kollegen?

Prof. Fölsch: Die Migrationsmedizin war in den vergangenen Wochen ein zentraler Punkt in den Überlegungen unseres Vorstandes. Wir haben uns auch hier kürzlich mit dem Berufsverband der Deutschen Internisten (BDI) abgesprochen. Als Nächstes möchten wir eine Befragung unter den Mitgliedern beider Gesellschaften (DGIM und BDI) starten, in der wir Informationen darüber erbitten, ob unsere Mitglieder in Flüchtlingsauffanglagern tätig sind, wie viele Flüchtlinge zum jetzigen Zeitpunkt schon in ihre Praxen und Kliniken kommen und mit welchen Erkrankungen sie konfrontiert werden. Anhand der dann erhaltenen Antworten planen wir, entsprechende Kurse anzubieten, in denen unsere Mitglieder dann gezielt geschult werden können.

Prof. Fölsch: Vermutlich sind der Internist und der Allgemeinmediziner eine der ersten Anlaufstellen für erkrankte Flüchtlinge. Hier gilt es, frühzeitig zu erkennen, ob durch die zwangsläufigen Traumatisierungen während der Flucht Schäden aufgetreten sind, die in Zusammenarbeit mit dem Psychologen und Psychotherapeuten angegangen werden müssen. Dabei ist besonders wichtig, bei diesen so Erkrankten die Sprachbarriere durch Dolmetscher zu überwinden. Der Internist selbst kann nur seine eigene Menschenkenntnis und erlernten Fremdsprachen dafür verwenden, dem entsprechenden Patienten im Rahmen seiner Möglichkeiten zu helfen.

Vielen Dank für das Gespräch! ■



MEDICA EDUCATION CONFERENCE 2015: Gelungene Fortsetzung in Düsseldorf

In diesem Jahr fand zum zweiten Mal die MEDICA EDUCATION CONFERENCE in Düsseldorf als interdisziplinäres Fortbildungsprogramm der MEDICA, der Weltfachmesse für Medizin, statt.

Für die Organisation zeichneten ebenfalls zum wiederholten Mal die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) mit Konferenzpräsident Professor Dr. med. Hendrik Lehnert und die Messe Düsseldorf verantwortlich. Mit 168 Referenten, unter anderem auch aus Großbritannien, Holland, Schweden, Österreich und Polen, bot die Konferenz in 56 Veranstaltungen viele interdisziplinäre und internationale Programmhöhepunkte. Die Verbindung von Wissenschaft und Medizintechnik zog sich als roter Faden durch die Vorträge. Die vier gewählten Tagesschwerpunkte bildete mit Themen wie Chirurgierobotik, Gerontotechnologien, Bildfusion und Interventionelle Therapien damit ideal eine Brücke zu den Innovationen der MEDICA-Aussteller und wurden von den Teilnehmern gut angenommen. Guten Anklang bei den Konferenzbesuchern fanden auch die Kurse, die

beispielsweise zu Labormedizin oder Notfallsonographie angeboten wurden. Dort konnten die Teilnehmer ihre Kenntnisse und Fertigkeiten auffrischen und erweitern. Stimmen von Besuchern, Referenten und Veranstaltern zur MEDICA EDUCATION CONFERENCE 2015 können Interessierte im Videobeitrag unter www.medica.de/mec1 ansehen.

Das inhaltlich fokussierte Konzept der Fortbildungsveranstaltung – technische Errungenschaften mit medizinischen Anwendungen zusammenzubringen sowie die Setzung von Tagesschwerpunkten – sehen die Veranstalter bestätigt. Im kommenden Jahr geht die interdisziplinäre Fortbildungsveranstaltung in die dritte Runde. Professor Dr. Hendrik Lehnert gibt den Stab dann an Professor Dr. Stefan Frantz, Direktor der Klinik für Innere Medizin III – Kardiologie und Angiologie am Universitätsklinikum Halle weiter. Er wird der MEDICA EDUCATION CONFERENCE 2016, die vom 14. bis 17. November 2017 veranstaltet wird, als Präsident vorstehen. ■



Neben Notfallsonographie gab es auch einen Kurs in Notfallmedizin auf der MEDICA EDUCATION CONFERENCE 2015.

Unter www.dgim-onlinekongress.de können sich Interessierte mit dem **Zugangscod** **DGIM2015** kostenlos registrieren. Für Kongressbesucher und Mitglieder der DGIM ist der Zugang kostenlos.

DGIM-Onlinekongress zum 122. Internistenkongress Viele Inhalte digital verfügbar

Wie in den letzten drei Jahren wird der Deutsche Ärzte-Verlag im Auftrag der DGIM und in Zusammenarbeit mit m:con einen Großteil der Sitzungen des 122. Kongresses der DGIM aufzeichnen, multimedial aufbereiten und unmittelbar nach der Tagung als Webcasts im Internet zur Verfügung stellen.

Die Website des DGIM-Onlinekongresses vereint wissenschaftliche Inhalte der aufgezeichneten DGIM-Kongresse, der Fachgesellschaft, der Industrie und redaktionelle Beiträge. Registrierte Besucher haben darüber hinaus die Möglichkeit, auf der Website bis zu 5 CME-Punkte online zu erlangen. ■



Vorteile des DGIM-Onlinekongresses

- **Ideale Ergänzung**
Der DGIM-Onlinekongress ist die ideale Ergänzung der Veranstaltung vor Ort.
- **Kongressinhalte jederzeit verfügbar**
Sie können die Inhalte orts- und zeitunabhängig nutzen und so vom gesamten Kongressinhalt profitieren. Mitglieder der DGIM, die die Tagung nicht besuchen konnten, haben damit die Gelegenheit, am Kongressgeschehen teilzunehmen.
- **Suchfunktion**
Die Videos der Vorträge werden thematisch zusammengefasst, strukturiert aufbereitet und sind nach Stichwörtern und Referenten sowie mittels komfortabler Volltextsuche durchsuchbar.

Fortbildung HBA

Termine

- 11. bis 12. März 2016
- 20. bis 21. Mai 2016
- 07. bis 08. Oktober 2016

Ort

Karl Storz GmbH & Co. KG Berlin
Besucher- und Schulungszentrum
Scharnhorststr. 3, 10115 Berlin

Programm und Anmeldeformular erhalten Interessierte unter www.dgim.de/Fortbildung

Fortbildung zum Hygienebeauftragten Arzt (HBA): DGIM bietet neuen „Blended Learning Kurs“ an

Die DGIM unterstützt das Ziel der Bundesregierung, Infektionen im Krankenhaus zu minimieren. Damit sich möglichst viele Mediziner trotz engen Zeitbudgets zu HBAs qualifizieren können, bietet die DGIM ihren Mitgliedern gemeinsam mit dem Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) erstmals einen sogenannten „Blended Learning Kurs“ zur Fortbildung zum Hygienebeauftragten Arzt (HBA) an: Im Gegensatz zu den üblichen 40-stündigen Präsenzkursen zeichnet sich der vom Berufsverband Deutscher Chirurgen (BDC) entwickelte Kurs durch einen kombinierten Ansatz aus E-Learning und einem gemeinsamen Abschlusscolloquium aus.

Es setzt sich zusammen aus 13 E-Learning-Modulen für das individuelle Eigenstudium, einer zweitägigen Präsenzveranstaltung mit Abschlusscolloquium sowie einem kontinuierlichem Wissens-Update. Inhaltlich orientiert sich der Kurs an dem curricularen Fortbildungs-

angebot der Bundesärztekammer sowie den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene und des Robert Koch-Instituts. Zudem steht allen aktiven und ehemaligen Teilnehmern ein kontinuierlicher Update-Service zur Verfügung. Dazu wurde ein spezielles Forum eingerichtet, in dem exklusives Schulungsmaterial für die Mitarbeiter der Abteilung oder Praxis des Teilnehmers hinterlegt ist. Als weiteres Plus sind alle Inhalte auch auf den gängigen mobilen Endgeräten als App verfügbar und dürfen nach dem Kurs weiter genutzt werden. Damit können die Hygienebeauftragten Ärzte ihrer Pflicht zu jährlichen Schulungen ihrer Mitarbeiter einfacher und gleichzeitig auf hohem Niveau nachkommen.

Der Kurs richtet sich ausschließlich an Ärzte mit Facharztqualifikation. Mitglieder des BDI und der DGIM erhalten 20 Prozent Rabatt auf den Preis von 595 Euro zzgl. 19 % MwSt. Teilnehmer bekommen bei erfolgreichem Abschluss 60 CME-Fortbildungspunkte gutgeschrieben. ■

Das nächste Symposium der Korporativen Mitglieder der DGIM findet im Rahmen des **Opinion Leader Meetings** vom 15. bis 16. Januar 2016 in Schloss Reinhartshausen, Eltville-Erbach in Eltville, zum Thema „Technische Revolution in der Medizin“ statt.

Herbstsymposium der Korporativen Mitglieder Neugeborenen-Screening auf Blutkrankheit verhindert Todesfälle

Jährlich sterben weltweit etwa eine viertel Million Kleinkinder an der Sichelzellerkrankung – in Deutschland leiden rund 3000 Menschen an der seltenen angeborenen Blutkrankheit. Auch hierzulande beeinträchtigt die Sichelzellerkrankung Betroffene gesundheitlich schwer und endet meist sogar tödlich. In drei Modellprojekten in Berlin, Hamburg und Heidelberg haben Mediziner ein Screening von Neugeborenen nun erfolgreich angewendet. Ziel ist es, von Sichelzellerkrankung betroffene Kinder früh zu erkennen und bestmöglich zu behandeln. In anderen Ländern wie den USA, den Niederlanden und Frankreich ist eine solch frühzeitige Untersuchung bereits üblich. Das Projekt stellen Experten beim Herbstsymposium der Korporativen Mitglieder der DGIM über seltene Erkrankungen vor.

Jeder neunte Patient, der an der Sichelzellerkrankung leidet, bekommt noch vor dem 18. Lebensjahr einen Schlaganfall, insgesamt reduziert die Krankheit die Lebenserwartung auf rund 50 Jahre. Patienten, bei denen die Krankheit unerkannt bleibt, sterben häufig noch im Kindes- und Jugendalter. Dabei könnten schon sehr einfache Maßnahmen die schweren gesundheitlichen Folgen der Krankheit und die frühe Sterblichkeit drastisch reduzieren, erläuterte Dr. med. Stephan Lobitz von der Klinik für Pädiatrie mit Schwerpunkt Onkologie und Hämatologie der Charité in Berlin beim Herbstsymposium der Korporativen Mitglieder der DGIM in Wiesbaden. Durch die Schulung der Eltern, eine akute Blutarmut zu erkennen und bei Fieber des Kindes sofort einen Arzt aufzusuchen, sowie durch eine Prophylaxe mit Penicillin und Impfungen ließen sich fast alle Todesfälle im Kindes- und Jugendalter verhindern.

Voraussetzung sei jedoch, dass den Eltern die Blutkrankheit bekannt sei. Deshalb wären Reihenuntersuchungen von Neugeborenen wichtig, meint Lobitz. In Deutschland gibt es ein solches Screening jedoch nicht, weil die Krankheit hier mit schätzungsweise 3000 Patienten selten ist. Doch bei Untersuchungen mit der international etablierten Methode des Screenings waren in Deutschland von 51 000 Neugeborenen 22 Kinder betroffen. Damit war es die Sichelzellerkrankung, die Mediziner beim Neugeborenen-Screening am zweithäufigsten nachwies. Deshalb startete Lobitz ein Projekt, in dem er prüft, ob eine Untersuchung auf die Sichelzellerkrankung im Rahmen der bei uns üblichen Untersuchungsmethoden einfach möglich wäre.

In Ländern wie den USA, England, Frankreich und den Niederlanden sind Neugeborenen-Screenings auf die Blutkrankheit bereits üblich. Mit der in Deutschland im Rahmen des Screenings üblichen Tandem-Massenspektrometrie könnten Mediziner die Sichelzellerkrankung diagnostizieren. Ziel des aktuellen Projekts ist es deshalb festzustellen, ob sich diese Methode für die reguläre Diagnose eignet. ■



DGIM – Kongress

122. Internistenkongress
9. bis 12. April 2016 Congress
Center Rosengarten Mannheim
www.dgim2016.de

Reisestipendien

Studierende im Praktischen Jahr können sich noch bis zum 28. Februar mit einem Lebenslauf und Motivationsschreiben bewerben. Weitere Informationen finden Interessierte im Internet unter www.dgim.de -> Preise/Ehrungen

„Demographischer Wandel fordert Innovation“ – **122. Internistenkongress tagt Mitte April in Mannheim**

In vier Monaten findet der 122. Internistenkongress in Mannheim statt. Wie jedes Jahr steht er für ein verlässliches kompaktes Update von relevantem medizinischem Wissen für Niedergelassene, Klinikärzte und Forscher. Zudem gibt er Orientierung, indem er über relevante Neuerungen informiert und aktuelle Entwicklungen in der Medizin aufgreift.

Unter Leitung von Kongresspräsident Professor Dr. Gerd Hasenfuß, Direktor der Klinik für Kardiologie und Pneumologie der Universitätsmedizin Göttingen stellt das Kongressteam derzeit das Programm unter dem Leitthema „Demographischer Wandel fordert Innovation“ zusammen. Damit adressiert die DGIM die mit dem demographischen Wandel verbundenen Herausforderungen der Inneren Medizin in all ihren Facetten.

Ganz aktuell hat sich mit den Flüchtlingsströmen aus Syrien, Afghanistan, Irak und vielen weiteren Ländern eine neue große Herausforderung in der Medizin aufgetan. Während sich derzeit die medizinische Versorgung auf die Aufnahmeeinrichtungen beschränkt, werden sich in wenigen Monaten auch niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte mit für Deutschland ungewöhnlichen oder bereits besiegt geglaubten Erkrankungen konfrontiert sehen. Mediziner sollten dann in der Lage sein, diese Krankheiten auch erkennen und behandeln zu können, etwa Malaria und Tuberkulose, Typhus, Leishmaniose, Meningitiden, aber auch Fleckfieber oder Lassa-Fieber. Das Kongressteam hat deshalb für den nächsten Internistenkongress Symposien und Kurse zu sogenannten Migrationserkrankungen vorgesehen.

Neben diesen Schwerpunktthemen können sich sowohl Berufsanfänger als auch erfahrene Kollegen einen komprimierten und zugleich

fachlich anspruchsvollen Überblick über neueste Erkenntnisse der letzten zwölf Monate im gesamten Gebiet der Inneren Medizin im Rahmen von klinischen Symposien, Live-Case-Sitzungen, interaktiven Falldiskussionen, Tutorien und vielen weiteren attraktiven Formaten verschaffen. Teilnehmer erhalten pro Veranstaltungstag sechs CME-Fortbildungspunkte der Kategorie B.

Dem Kongresspräsidenten und der DGIM ist es zudem ein großes Anliegen, den wissenschaftlichen Nachwuchs für die Innere Medizin zu interessieren und zu fördern. Unter anderem bieten im April in Mannheim Postersitzungen diesen jungen Wissenschaftlern Raum, ihre Forschungsergebnisse zu präsentieren und sich um den „Young Investigator Award“ zu bewerben. Im Rahmen des Karriereforums „Chances“ erfahren die angehenden Ärzte mehr über mögliche Berufswege. Das Programm ist speziell auf die Bedürfnisse des medizinischen Nachwuchses zugeschnitten. Der Besuch des Kongresses ist für Medizinstudenten, Auszubildende und DGIM-Mitglieder kostenlos. ■



Leitmotiv des 122. Internistenkongresses: Gauss' Blick in die Sterne

©Cornelia Braack – Gauss' Blick in die Sterne

DGIM-Stipendien zur Förderung der medizinischen Promotion

Die DGIM möchte überdurchschnittlich qualifizierten Studierenden Einblick in die wissenschaftliche Arbeit eröffnen. Dafür vergibt sie bis zu 5 Promotionsstipendien.

Interessierte können sich bis zum 28. Februar 2016 bewerben. Weitere Informationen finden Sie im Internet unter www.dgim.de -> Preise/Ehrungen -> Promotionsstipendien

Impressum

Herausgeber:

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

Geschäftsstelle:

Hausanschrift:
Irenenstraße 1, 65189 Wiesbaden

Postfachadresse:
Postfach 2170, 65011 Wiesbaden

Tel.: +49 (0)611 2 05 80 40 - 0
Fax: +49 (0)611 2 05 80 40 - 46
E-Mail: info@dgim.de

Redaktion:

U.R. Fölsch (ViSdPR), Kiel
Pressestelle DGIM
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: +49 (0)711 89 31-115
Fax: +49 (0)711 89 31-167
E-Mail:
info@medizinkommunikation.org

Ausgaben für Medikamente

Die Krankenkasse kostet jeden Versicherten viel Geld. Wofür das ausgegeben wird? Erstens für Behandlungen, zweitens für Arzneimittel. Eine Studie der Barmer GEK, zeigt, wie viel die Kasse 2014 im Durchschnitt für die Medikamente der Versicherten bezahlte. Ausgewertet wurden die Daten von 8,6 Millionen Mitgliedern. In den neuen Bundesländern sind die Ausgaben deutlich höher als in den alten, obwohl herausgerechnet wurde, dass dort mehr Alte leben. Für die unterschiedlich hohen Ausgaben seien mehrere Gründe denkbar, sagt Professor Gerd Glaeske, der die Studie erstellt hat: zum Beispiel, dass die Ärzte im Osten nicht nur mehr, sondern auch teurere Medikamente verordnen. Oder dass Patienten dort später behandelt werden, weil es weniger Fachärzte gibt, und die Kranken dann teurere Arzneimittel brauchen. Oder dass die Menschen im Osten einfach häufiger krank sind. Am meisten Geld wird übrigens für Humira ausgegeben, ein Mittel gegen rheumatoide Arthritis – deutschlandweit.

Quelle: *zeit.de* ■

Überlastete Ärzte: Klinikmanager sollen für Kunstfehler haften

[...] Wenn aus Kostengründen am Personal und damit an der Sicherheit gespart wird, kann es für Patienten lebensgefährlich werden. Und hart gerechnet wird in allen Kliniken, laut Krankenhaus-Barometer 2014 schreiben 42 Prozent der Allgemeinkrankenhäuser Verluste. Die „Täter hinter dem Täter“ zu suchen, ist daher eine Forderung von Medizinrechtsexperten. „Viel zu selten wird gegen Klinikgeschäftsführer und Krankenhausmanager ermittelt“, kritisiert Tim Neelmeier, Richter und zuvor Anwalt für Medizinstrafrecht. Die Justiz müsse die Klinikmanager dringend stärker in Haftung nehmen, sagt auch Michaela Bürgle, renommierte Patientenanwältin, denn Organisationsmängel seien bewusst eingegangene Sicherheitsrisiken: „Verurteilt wird immer das Personal im Vordergrund, das für die Defizite nichts kann. Das Klinikmanagement bleibt fast immer unbehelligt, die Gerichte lehnen es bis auf einige Ausnahmen ab, eine Haftung aus Organisationsverschulden auch nur zu prüfen.“ [...]

Um Klinikmanager oder Praxisinhaber juristisch für Behandlungsfehler heranzuziehen, müsse kein Gesetz geändert werden: „Grundsätzlich kann sich jeder als Nebentäter einer

fahrlässigen Körperverletzung oder Tötung strafbar machen, der die Schädigung pflichtwidrig mit herbeigeführt hat – auch ohne persönlichen Kontakt mit dem Patienten.“ Nötig, so Neelmeier, sei der Nachweis, dass der Patient bei standardgerechtem Vorgehen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit körperlich nicht zu Schaden gekommen oder gestorben wäre.

Quelle: *Spiegel Online* ■

Jeder zweite Deutsche weiß nicht, was Fieber ist

Der heute veröffentlichte „Stada Gesundheitsreport 2015“ zeigt, dass der Informationsstand der Bevölkerung zu Krankheiten große Lücken aufweist. [...]

Selbst im gesundheitlichen Basiswissen offenbarten sich demnach große Lücken bei den 2000 Befragten zwischen 18 und 70 Jahren. So kenne ein Viertel von ihnen den richtigen Ruhepuls von 60 bis 80 nicht. Besonders bedenklich in Zeiten vermehrter Antibiotikaresistenzen: 48 Prozent der Deutschen haben laut Studie keine Ahnung, dass Antibiotika gegen Bakterien helfen, und 31 Prozent wissen nicht, dass die Arznei in der Regel eingenommen werden muss, bis die Packung leer ist. Außerdem sei mehr als jeder Zweite überfragt, ab wann der Mensch Fieber hat: 38 Prozent lösten offenbar falschen Alarm aus und hielten bereits Körpertemperaturen von unter 38,5 Grad für bedenklich. Männer gerieten dabei – wie in vielen anderen gesundheitlichen Wissensbereichen – gegenüber den Frauen ins Hintertreffen, hier mit einem Verhältnis richtiger Antworten von 42 zu 52 Prozent, wie die Erhebung ergab.

Quelle: *Ärzte Zeitung* ■

