



**Deutsche Gesellschaft  
für Innere Medizin e.V. ®**

**Pressekonferenz der  
Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM)**

**Die Antwort der Internisten auf wachsenden finanziellen Druck im Gesundheitswesen  
Klinik Codex: Medizin vor Ökonomie**

**Termin:** Dienstag, 19. September 2017, 11.00 bis 12.00 Uhr

**Ort:** Haus der Bundespressekonferenz, Raum 1+2

**Adresse:** Schifferbaudamm 40/ Ecke Reinhardtstraße 55, 10117 Berlin

**Programm:**

**Ärzte unter Ökonomisierungsdruck: Wie lässt sich der Konflikt zwischen Berufsethos und Berufsalltag auflösen?**

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

*Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM), Kiel*

**Klinik Codex: Medizin vor Ökonomie – Wieso Ärzte eine neue Handlungshilfe für eine wertorientierte Medizin brauchen**

*Professor Dr. med. Petra-Maria Schumm-Draeger*

*Stellv. Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) 2016/2017, Ärztliche Direktorin, Zentrum/Innere Medizin/Fünf Höfe, München*

**Brennpunkt „Sprechende Medizin“: Was passiert, wenn das Gespräch mit dem Patienten nichts mehr wert ist – Beispiel Diabetologie**

*Professor Dr. med. Dirk Müller-Wieland*

*Präsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft DDG,*

*Medizinische Klinik I, Universitätsklinikum der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule (RWTH) Aachen*

**Arbeitsalltag mit Kostendruck im Nacken – Perspektive eines Nachwuchs-Mediziners**

*Dr. med. Matthias Raspe*

*Vertreter d. Jungen Internisten der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM),*

*Arzt in Weiterbildung an der Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Infektiologie und Pneumologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin*

**Moderation:** *Anne-Katrin Döbler, Pressestelle DGIM, Stuttgart*

**Pressekontakt für Rückfragen:**

DGIM Pressestelle

Janina Wetzstein

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-457

Fax: 0711 8931-167

E-Mail: [wetzstein@medizinkommunikation.org](mailto:wetzstein@medizinkommunikation.org)

Homepage: [www.dgim.de](http://www.dgim.de)



**Deutsche Gesellschaft  
für Innere Medizin e.V. ®**

**Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin  
e. V. (DGIM)**

**Die Antwort der Internisten auf wachsenden finanziellen Druck im Gesundheitswesen  
Klinik Codex: Medizin vor Ökonomie**

**Termin:** Dienstag, 19. September 2017, 11.00 bis 12.00 Uhr

**Ort:** Haus der Bundespressekonferenz, Raum 1+2

**Adresse:** Schifferbaudamm 40/ Ecke Reinhardtstraße 55, 10117 Berlin

**Inhalt:**

**Pressemeldungen**

**Klinik Codex der DGIM und Begleittext**

**Redemanuskripte**

**Selbstdarstellung der DGIM**

**Lebensläufe der Referenten**

**Bestellformular für Fotos**

**Pressekontakt für Rückfragen:**

DGIM Pressestelle

Janina Wetzstein

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-457

Fax: 0711 8931-167

E-Mail: [wetzstein@medizinkommunikation.org](mailto:wetzstein@medizinkommunikation.org)

Homepage: [www.dgim.de](http://www.dgim.de)



**Deutsche Gesellschaft  
für Innere Medizin e.V. ®**

**Medizin vor Ökonomie: Das Patientenwohl im Mittelpunkt**

**Mit dem Klinik Codex zurück zum Kern ärztlichen Handelns**

**Wiesbaden/Berlin, September 2017 – Als Reaktion auf die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens hat die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) den neuen Klinik Codex „Medizin vor Ökonomie“ ins Leben gerufen. Mit dieser Verhaltensmaxime verpflichten sich Mediziner, ihr ärztliches Handeln stets am Wohl des Patienten auszurichten mit „absolutem Vorrang gegenüber ökonomischen Überlegungen“. Gleichzeitig sollen sich Ärzte im beruflichen Alltag und insbesondere in der Argumentation gegenüber rein wirtschaftlich orientierten Handlungsvorgaben auf das Konsenspapier berufen können. Ziel ist zudem, mit dem Klinik Codex das Vertrauen von Patienten und Bevölkerung in eine wertorientierte Medizin und Ärzteschaft zu stärken. Die genaue Ausgestaltung des Klinik Codex ist Gegenstand der heutigen Pressekonferenz der DGIM in Berlin.**

Wenn die Klinik zum Wirtschaftsunternehmen wird und vor allem Gewinne erzielen soll, leidet die Qualität der Medizin und damit vor allem der Patient. „Wachsender Kostendruck und ökonomisch orientierte Zielvorgaben im Klinikbetrieb behindern den ureigenen Auftrag von Ärzten, dem Wohl aller Patienten nach bestem ärztlichen Wissen zu dienen und Jedem eine leitliniengerechte und fürsorgliche Medizin sowie solidarische Hilfe zukommen zu lassen“, sagt Professor Dr. med. Petra Maria Schumm-Draeger, Direktorin des Zentrums/Innere Medizin/Fünf Höfe in München und stellvertretende Vorsitzende der DGIM. „Die Folgen für Patienten sind gravierend.“ Die wirtschaftlichen Fehlanreize führten zu einer Überversorgung in gut bezahlten Domänen, etwa der Gerätemedizin mit MRT, CT oder Röntgen. Gleichzeitig haben sie Unterversorgung in der nicht ausreichend vergüteten spezialisierten Medizin mit Ärztemangel und langen



**Deutsche Gesellschaft  
für Innere Medizin e.V. ®**

Wartezeiten zur Folge. Stark betroffen hiervon ist beispielweise die Behandlung betreuungsintensiver Volkskrankheiten wie Diabetes oder Rheuma. Vertrauensverlust im Arzt-Patientenverhältnis und Personalmangel im Gesundheitswesen sind weitere Folgen.

„Wir beobachten diese Entwicklungen als Fachgesellschaft seit Jahren mit Sorge“, sagt Professor Dr. med. Dr. h.c. Ulrich R. Fölsch, Generalsekretär der DGIM aus Kiel. Daher hat die DGIM bereits 2014 zu dem Thema auch ihre Mitglieder befragt: Die daraus entstandene Studie „Ärzte – Manager“ bescheinigte, dass Klinikärzte von Kostendruck und Zielvorgaben massiv in ihrer Handlungsfreiheit als Mediziner eingeschränkt sind. Der Klinik Codex sei ein weiterer Vorstoß der DGIM, um Ärzte und Patienten vor der Entwicklung hin zur ökonomisch geleiteten Medizin zu schützen.

Trotz der veränderten, ökonomisch dominierten Rahmenbedingungen der vergangenen Jahre üben die meisten Ärzte ihren Beruf nach den ethischen Prinzipien ihres Berufsstandes aus. Diese gegen die Vorgaben von kaufmännischen Geschäftsleitungen und Kostenträgern durchzusetzen, verursacht ihnen heute aber deutlich mehr Schwierigkeiten als in der Vergangenheit, stellt Schumm-Draeger fest: „Klinikärztinnen und -ärzte müssen im klinischen Arbeitsalltag zum Teil viel Zeit und Kraft in Rechtfertigungen und Begründungen investieren, warum sie sich im Sinne ihrer Patienten entscheiden“, sagt sie. Durch den neuen Klinik Codex wolle man Orientierung und Solidarität bieten, auch indem er konkret auf den heutigen Klinikalltag zugeschnittene Haltungs- und erste Verhaltensempfehlungen gebe. Auf diese sollen sich die angesprochenen Akteure im beruflichen Alltag und insbesondere in bedrängenden Situationen berufen können.

„Es gilt das zu verteidigen, was schon immer oberste und letztendlich einzige Pflicht der Ärzte und Ärztinnen war, ist und sein wird: Patienten mit ihren Krankheiten, Sorgen und



**Deutsche Gesellschaft  
für Innere Medizin e.V. ®**

Hoffnungen zur Seite zu stehen und zu begleiten, sie zu behandeln und – wenn möglich  
– zu heilen,“ sagt Professor Schumm-Draeger.

*– Bei Abdruck Beleg erbeten –*

**Pressekontakt für Rückfragen:**

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)

Pressestelle

Janina Wetzstein / Anne-Katrin Döbler

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-457

Fax: 0711 8931-167

[wetzstein@medizinkommunikation.org](mailto:wetzstein@medizinkommunikation.org)

[www.dgim.de](http://www.dgim.de)



## **Klinik Codex: Medizin vor Ökonomie**

Die Ärzteschaft gerät in der Patientenversorgung zunehmend unter Druck, ihr Handeln einer betriebswirtschaftlichen Nutzenoptimierung des Krankenhauses unterzuordnen. Diese Entwicklung macht es notwendig, dem Ökonomisierungsprozess eine auf ärztlicher Ethik und Werten beruhende Haltung im Arbeitsalltag entgegenzustellen.

Der Klinik Codex soll Ärztinnen und Ärzten dabei helfen, die Auswirkungen von Ökonomisierung in ihrem persönlichen Arbeitsgebiet kritisch zu reflektieren und im Arbeitsalltag ihre ärztlichen Entscheidungen für die sich ihnen anvertrauenden Patienten zu treffen. Als Ärzteschaft bekennen wir uns dazu, mit unseren verfügbaren Ressourcen möglichst effizient und wirtschaftlich angemessen umzugehen. Gleichwohl stellen wir aber das Patientenwohl immer in den Mittelpunkt unseres Handelns. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) nimmt mit der Formulierung dieses Klinik Codex ihre fachgesellschaftliche, ethische und soziale Verpflichtung wahr, ihren Lösungsbeitrag für eine am erkrankten Menschen orientierte Gesundheitsversorgung einzubringen. Ziel ist es, die besondere Verpflichtung als Ärzteschaft im Einklang mit ihren ethischen Werten erfüllen zu können und dem Vertrauen der Patienten gerecht zu werden. Auch soll Ärztinnen und Ärzte die Sicherheit vermittelt werden, dass sie mit ihrer sich an diesem Klinik Codex orientierenden Haltung nicht alleine stehen.



### **Unser Versprechen als Ärzte und Ärztinnen**

Ärztliche Pflicht ist es, die gesundheitliche Versorgung erkrankter Menschen ohne Ansehen von Alter, Konfession, ethnischer Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politischer Zugehörigkeit, sexueller Orientierung oder sozialer Stellung durchzuführen.

Es ist uns bewusst, dass unsere ärztlichen Entscheidungen durch nicht-medizinische Faktoren, insbesondere ökonomische Überlegungen und kommerzielle Anreize, beeinflusst werden können.

Als verantwortlich handelnde Ärztinnen und Ärzte streben wir an, solche Situationen zu erkennen und unsere ärztlichen Entscheidungen stets zuerst am Wohl der uns anvertrauten Patienten auszurichten:

- *Als Ärztinnen und Ärzte müssen wir den berechtigten fachlichen und ethischen Erwartungen der erkrankten Menschen, ihrer Angehörigen und der Gesellschaft an uns gerecht werden.*
- *Wir werden allen Patienten eine Versorgung unter Einsatz aller unserer Fachkompetenzen und aller ärztlichen Erfahrungen ermöglichen.*
- *Wissend, dass unsere medizinischen Entscheidungen, die auf Basis einer qualitätsgesicherten Medizin getroffen werden, große Auswirkungen auf die Heilung und Gesundheit der Patienten, aber auch betriebswirtschaftliche Auswirkungen haben, erklären wir hiermit, dass wir eine angemessene und wirksame Versorgung der Patienten stets unter dem uneingeschränkten Vorrang der medizinischen Argumente gegenüber ökonomischen Überlegungen planen und durchführen werden.*
- *Wir treffen keine ärztlichen Entscheidungen und werden keine medizinischen Maßnahmen durchführen und solche Leistungen weglassen, welche aufgrund wirtschaftlicher Zielvorgaben und Überlegungen das Patientenwohl verletzen und dem Patienten Schaden zufügen könnten.*
- *Wir werden den Menschen, die zu uns kommen, mit zugewandter Fürsorge begegnen und ihnen beistehen, mit ihren gesundheitlichen Ängsten umzugehen. Wir wollen ihr Vertrauen gewinnen und werden ihnen versprechen, bei ihrer Behandlung keine medizinischen Leistungen durchzuführen, welche fachlich unsinnig sind oder aus wirtschaftlichen Überlegungen heraus stattfinden sollen.*
- *Wir lehnen alle Leistungs-, Finanz-, Ressourcen- und Verhaltensvorgaben ab, welche für uns offensichtlich erkennbar zu einer Einschränkung unseres ärztlichen Handelns und unseres ärztlich-ethischen Selbstverständnisses führen und das Patientenwohl gefährden können.*



## Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. ®

- *Wir werden die von uns getroffenen Versorgungsentscheidungen bei Bedarf den zuständigen kaufmännischen Leitungsgremien, unter Verwendung fachlich-medizinischer, patientenorientierter und ethischer Argumente, erklären.*
- *Wir ermutigen junge Ärztinnen und Ärzte, sich mit den durch die kaufmännischen Geschäftsleitungen vorgegebenen wirtschaftlichen Vorgaben kritisch auseinanderzusetzen und achtsam zu sein bei allen Versuchen der Einschränkung des Patientenwohls aufgrund nicht-medizinischer Aspekte.*

*Wir werden unsere ärztliche Heilkunst ausüben, ohne uns von wirtschaftlichem Druck, finanziellen Anreizsystemen oder ökonomischen Drohungen dazu bewegen zu lassen, uns von unserer Berufsethik und den Geboten der Menschlichkeit abzuwenden.*



## **Ärzte unter Ökonomisierungsdruck: Wie lässt sich der Konflikt zwischen Berufsethos und Berufsalltag auflösen?**

Professor Dr. med. Dr. h. c. Ulrich R. Fölsch  
Generalsekretär der DGIM, Kiel

Die DGIM als eine der größten wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Europa verfolgt mit größter Sorge die Entwicklung der Medizin in Krankenhäusern und Kliniken. Es wächst der Druck auf die ärztlichen Berufsgruppen, ihr ärztliches -professionelles Handeln einer betriebswirtschaftlichen Nutzenoptimierung bzw. Gewinnmaximierung des Krankenhauses unterzuordnen. Diese Fehlentwicklung hat in den vergangenen Jahren ein bedrohliches Ausmaß angenommen, und es verstärkt sich der Eindruck, dass die Aufgabe der Gesundheitspolitik, nämlich die Sicherstellung der gesundheitlichen Daseinsvorsorge, nicht mehr wahrgenommen wird. Denn in den letzten Jahren hatten die Reformbestrebungen der Politik überwiegend finanzierungsbezogene und damit wirtschaftlich orientierte Ziele. Der Deutsche Ethikrat stellte fest, dass sich die „Primärorientierung“ weg vom Patientenwohl hin zu ökonomischen Kriterien verschoben hat (1). Es sind zwei wichtige Merkmale, die diese Entwicklung befördert haben:

- a) Die Einführung des neuen DRG-Vergütungssystems brachte einen schleichenden Paradigmenwechsel mit sich und führte zur Ausbildung von Fehlanreizen: Ressourcenaufwändige technische Leistungen werden, unabhängig von der gesundheitlichen Situation des Patienten, unangemessen ausgeweitet oder reduziert (2). Die Vermutung liegt nahe, dass gut honorierte, insbesondere interventionelle medizinische Eingriffe oder Leistungen seitdem in den Krankenhäusern tendenziell mehr angeboten werden. Hingegen werden nicht- invasive Gebiete der Medizin und die „sprechende Medizin“ vernachlässigt, weil dafür gar keine Zeit mehr vorhanden ist.
- b) Die Investitionen in die Krankenhäuser, die nach der derzeit gültigen dualen Finanzierung über die Bundesländer erfolgen müssten, sind völlig unzureichend. 2011 lagen die Investitionsmittel aller Bundesländer bei ca. 2,67 Mrd. Euro und damit 156 Mill Euro unter dem Wert des Vorjahres- oder anders ausgedrückt: Bezogen auf die Gesamtwirtschaftsleistung Deutschlands sind die Investitionen von 0,24 % am BIP in 1991 auf 0,1 % in den Jahren 2012 und 2013 abgesunken. Diese Entwicklungen haben fatale Folgen für die Arbeit im Krankenhaus, weil die Krankenhausträger versuchen, durch Personaleinsparungen und aus den DRG-Erlösen Gelder für die Investitionen im Krankenhaus abzuzweigen.  
Welche Lösungen bieten sich an, um diesen Konflikt aufzulösen?
  - Dienstvertragliche „Bonusregelungen“ schaffen Fehlanreize und bieten faktisch „Erpressungspotential“ gegen Ärzte. Sie stehen aus ethischen Gründen im direkten Widerspruch zum ärztlichen Handeln und sind daher generell abzulehnen.

- Es ist zwingend erforderlich, dass unternehmerische Krankenhausentscheidungen immer in einem ausgewogenen Verhältnis zwischen leitenden Ärzten, kaufmännischen Direktoren und Pflegeleitung getroffen werden, mit anderen Worten: Ärztlicher Sachverstand muss „auf Augenhöhe“ im Vorstand vertreten sein.
- Die Bundesländer müssen ihren Investitionsverpflichtungen in den Krankenhäusern zwingend nachkommen, um damit die inakzeptable Personalverknappung im pflegerischen und ärztlichen Bereich zu stoppen.
- Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin hat wegen der genannten Probleme einen Klinik Codex: Medizin vor Ökonomie erarbeitet, der heute vorgestellt wird.

### **Literatur:**

1. Deutscher Ethikrat: Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus, 5. April 2016.

<http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-patientenwohl-als-ethischer-massstab-fuer-das-krankenhaus.pdf> (Letzter Zugriff 16.09.2017)

2. Schumm-Draeger P.-M., Mann K., Müller-Wieland D.R., Fölsch U.R.: Der Patient ist kein Kunde, das Krankenhaus kein Wirtschaftsunternehmen; Dtsch.Med.Wochenschr. 2016;141: 1183-1185

*Es gilt das gesprochene Wort!*  
Berlin, September 2017

## **Brennpunkt „Sprechende Medizin“: Was passiert, wenn das Gespräch mit dem Patienten nichts mehr wert ist – Beispiel Diabetologie**

Professor Dr. med. Dirk Müller-Wieland

Präsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft DDG, Medizinische Klinik I, Universitätsklinikum der Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule (RWTH) Aachen

Die Finanzierung der medizinischen Versorgung basiert im Wesentlichen auf dem Verbrauch von Ressourcen. Als „Ressource“ werden das Gespräch mit dem Patienten und die „Zeit einer persönlichen Hinwendung zum Patienten“ absolut und verhältnismäßig völlig unzureichend in einer Kosten- und Vergütungsstruktur abgebildet. Dies gilt sowohl für den stationären, als auch ambulanten Bereich. Hier ist Verbesserungsbedarf dringend notwendig, da eine qualitative hochwertige flächendeckende Versorgung von Patienten mit chronischen Krankheiten, wie beispielsweise Diabetes mellitus, hierdurch gefährdet wird.

Im stationären Bereich muss mit vorhandenen Bettenkontingenten gewirtschaftet werden. Der wirtschaftliche Ertrag pro Bett hängt von dem Krankheitsbild ab, mit welchem der Patient in diesem Bett liegt. Ein Patient, der multimorbide ist und eine komplexe Behandlung durch „Sprechende Medizin“ benötigt, ist mit einem geringen wirtschaftlichen Ertrag assoziiert, als einer, der eine akute technisch-basierte Intervention benötigt. Dies hat nachvollziehbarer Weise zur Folge, dass aus wirtschaftlichen Überlegungen heraus, das „medizinische Profil“ einer medizinischen Einrichtung sich an technisch-basierter Medizin orientiert.

Dies führt u.a. zu der Gefahr, dass sich entsprechend an Universitätsklinika klinische Lehrstühle für Schwerpunkte der Inneren Medizin, die sich überwiegend mit chronischen Krankheiten beschäftigen, wie z.B. Endokrinologie und Diabetologie, und entsprechend auch Abteilungen, die auf der chefärztlichen Ebene von Diabetologen u.a. an Krankenhäusern der Maximalversorgung oder des Kreises geleitet werden, reduzieren.

Damit verschlechtert sich drastisch die Berufsperspektive für den wissenschaftlichen (Forschung) und klinischen (Versorgung) Nachwuchs. Zusätzlich vermindern sich die Möglichkeiten der ärztlichen Weiterbildung. Schwerpunktpraxen für Diabetes finden keine Nachfolger. Die flächendeckende Versorgung nicht nur im Krankenhaus, sondern auch im ambulanten Bereich wird bzw. ist bereits gefährdet!

Wir müssen dafür Sorge tragen, dass die „Sprechende Medizin“ wirtschaftlich besser „abgebildet“ wird. Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) hat hierzu u.a. ein Projekt zur Optimierung der Diabetes-Versorgung innerhalb des sogenannten DRG-Systems. Die politische Gewährleistungspflicht von „Querschnittsfächern“ muss sichergestellt werden. Neue Versorgungsmodelle (u.a. transsektoral und digital vernetzt) müssen entwickelt werden. Qualitäts- und Ergebnis-orientierte Verrechnungskonzepte,

die auch Punkte der Patientenrelevanz bzw. „Patient Related Outcomes“ mit berücksichtigen, müssen gemeinsam entwickelt und evaluiert werden.

Das Vertrauen der Bevölkerung in die Medizin ist ein sehr hohes Gut, welches durch alle Beteiligten im Gesundheitswesen gemeinsam immer wieder gewonnen und sichergestellt werden muss.

*Es gilt das gesprochene Wort!*  
Berlin, September 2017

## **Arbeitsalltag mit Kostendruck im Nacken – Perspektive eines Jung-Mediziners**

Dr. med. Matthias Raspe

Arzt in Weiterbildung an der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt  
Infektiologie und Pneumologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Für junge Ärzte in der stationären Patientenversorgung ist derzeit vor allem die sogenannte Arbeitsverdichtung problematisch, die sich unter anderem als Folge des demographischen Wandels, des medizinisch-fachlichen Fortschritts und der Einführung des G-DRG-Systems 2003 inklusive Fallpauschalen und Regelung der Verweildauer ergeben hat.

Diese Arbeitsverdichtung kann eindrucksvoll anhand von Eckdaten aus der Krankenhausstatistik der Deutschen Krankenhaus Gesellschaft (1) veranschaulicht werden: Über einen 10-Jahreszeitraum zwischen 2005 (=100%) und 2015 stehen einem Fallzahl-Plus von 16%, ein Minus an Krankenhäusern bzw. Patientenbetten von -9% bzw. -5% und eine durchschnittliche Reduktion der Verweildauer von -15% gegenüber. In der Praxis müssen also im gleichen Zeitraum deutlich mehr Patienten pro Arzt in weniger Patientenbetten betreut werden. Ein zeitgleicher moderater Anstieg an Ärzten und Pflegekräften konnte den Einfluss auf die Arbeitsverdichtung bisher nicht kompensieren. Neben der Arbeitsverdichtung hat die Ökonomisierung auch einen für junge Ärzte spürbaren direkten Einfluss auf ärztliche Entscheidungen, wie z.B. auf die stationäre Verweildauer oder die Unterscheidung von Patienten nach Hauptdiagnosen in mehr und weniger finanziell lukrative Fälle.

Im stark verdichteten Arbeitsalltag kommen eine im Sinne des „medical professionalism“ (2) hochwertige Patientenversorgung (z.B. durch Zeitdruck während der Behandlung oder ökonomischem Einfluss auf ärztliche Entscheidungen) und wichtige Bereiche, die außerhalb der direkten Patientenversorgung liegen, zu kurz. Es fehlt unter anderem an Ressourcen für die ärztliche Weiterbildung (Zeit, Struktur, Supervision, Reflektion) und Forschung. Diese oben genannte negativen Veränderungen haben bedrohliche und System-relevante Auswirkungen. Sie sind eine Gefahr für die Behandlungsqualität unserer Patienten und ihr Vertrauen in uns Ärzte. Daneben bestehen ernste Konsequenzen für die Gesundheit und Zufriedenheit der Arbeitnehmer im Gesundheitswesen, wie z.B. Fehltage durch Krankheit, Personalfluktuaton und Abwanderung aus der direkten Patientenversorgung.

Die unreflektierte Übernahme ökonomischer Begrifflichkeiten in den ärztlichen Sprachgebrauch sind eine Gefahr für unser ärztliches Grundverständnis. Sie können über eine schleichenden Übernahme ökonomischen Denkens letztendlich unser ärztliches Handeln verändern. Hartzband und Groopman formulierten dazu in ihrem Artikel „The New Language of Medicine“ (3) von 2011: „The words „consumer“ and „provider“ are reductionist; they ignore the essential psychological, spiritual, and humanistic dimension of the relationship – the aspects that traditionally made medicine a „calling“, in which altruism overshadowed personal gain.

Insofern ist der „Klinikodex: Medizin vor Ökonomie“ aus Sicht junge Ärzte sehr zu begrüßen. Er wird jungen Ärzten Orientierung und Bestärkung darin sein, niemals ökonomischen Interessen Vorrang zu geben vor dem, was unser ärztliches Handeln im Kern ausmacht: Ein auf Vertrauen basierendes Verhältnis, in dem das Wohl und die Autonomie unserer Patienten, sowie soziale Gerechtigkeit prioritäre und unumstößlich fundamentale Prinzipien sind (2).

---

Hinweis zu gendersensibler Sprache: Im Text wird aus Gründen der Lesbarkeit immer die maskuline Form verwendet. Es sind ausdrücklich alle Geschlechter gleichermaßen angesprochen.

**Quellen:**

1. Eckdaten Krankenhausstatistik. Deutsche Krankenhaus Gesellschaft. August 2017.
2. ABIM Foundation. American Board of Internal Medicine; ACP-ASIM Foundation. American College of Physicians - American Society of Internal Medicine; European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. Ann Intern Med. 2002;136(3):243-6.
3. Hartzband P, Groopman J. The new language of medicine. N Engl J Med. 2011;365(15):1372-3

*Es gilt das gesprochene Wort!*  
Berlin, September 2017



## Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. ®

### **Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)**

Gegründet 1882 vertritt die DGIM bis heute die Interessen der gesamten Inneren Medizin: Sie vereint als medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft aller Internisten sämtliche internistische Schwerpunkte: Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Geriatrie, Hämato-Onkologie, Infektiologie, Intensivmedizin, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie und Rheumatologie. Angesichts notwendiger Spezialisierung sieht sich die DGIM als integrierendes Band für die Einheit der Inneren Medizin in Forschung, Lehre und Versorgung. Neueste Erkenntnisse aus der Forschung sowohl Ärzten als auch Patienten zugänglich zu machen, nimmt sie als ihren zentralen Auftrag wahr. Zudem vertritt die Gesellschaft die Belange der Inneren Medizin als Wissenschaft gegenüber staatlichen und kommunalen Behörden und Organisationen der Selbstverwaltung.

Im Austausch zwischen den internistischen Schwerpunkten sieht die DGIM auch einen wichtigen Aspekt in der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses. Die DGIM setzt dies im Rahmen verschiedener Projekte um. Zudem engagiert sie sich für wissenschaftlich fundierte Weiterbildung und Fortbildung von Internisten in Klinik und Praxis.

Innere Medizin ist das zentrale Fach der konservativen Medizin. Als solches vermittelt sie allen Disziplinen unverzichtbares Wissen in Diagnostik und Therapie. Insbesondere der spezialisierte Internist benötigt eine solide Basis internistischer Kenntnisse. Denn er muss Ursachen, Entstehung und Verlauf, Diagnostik und Therapie der wichtigsten internistischen Krankheitsbilder kennen, einschätzen und im Zusammenhang verstehen. Zentrales Element ist dabei das Kennenlernen von Krankheitsverläufen über längere Zeitstrecken und das Verständnis für die Komplexität der Erkrankung des einzelnen Patienten. Die DGIM sieht sich dafür verantwortlich, jedem Internisten das dafür notwendige Wissen zu vermitteln. Zudem setzt sie sich dafür ein, dass jeder Internist ein internistisches Selbstverständnis entwickelt und behält.

Die DGIM hat zurzeit rund 25 000 Mitglieder. Sie ist damit eine der größten wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften Deutschlands. Innerhalb der vergangenen Jahre hat sich die Zahl ihrer Mitglieder mehr als verdoppelt. Der Zuspruch insbesondere junger Ärzte bestärkt die DGIM einmal mehr in ihrem Anliegen, eine modern ausgerichtete Fachgesellschaft auf traditioneller Basis zu sein.

## Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Dr. h. c. Ulrich R. Fölsch  
Generalsekretär der DGIM, Kiel

\* 1943



### Beruflicher Werdegang:

#### *Studium:*

Medizinstudium in Berlin, Zürich, Heidelberg

#### *Medizinische Ausbildung:*

- |                |                                                                                                                                                                                        |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1969–1970      | Medizinalassistent in Heidelberg und Pforzheim                                                                                                                                         |
| 1970–1971      | Wissenschaftlicher Assistent am Pathologischen Institut der Universität Heidelberg (Leiter: Professor Dr. W. Doerr)                                                                    |
| 10/1971–2/1973 | DFG-Stipendiat an der Universität Dundee/Schottland im Department of Pharmacology and Therapeutics (Professor Dr. K.G. Wormsley)                                                       |
| 3/1973–3/1982  | Wissenschaftlicher Assistent an der Medizinischen Klinik, Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie der Georg-August-Universität Göttingen (Leiter: Professor Dr. W. Creutzfeldt) |
| 3/1982–8/1990  | Klinischer Oberarzt der Medizinischen Universitätsklinik Göttingen                                                                                                                     |

### Auszeichnungen:

- |         |                                                                                                                                                                             |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1979    | Theodor-Frerichs-Preis der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin                                                                                                        |
| 1/1999  | Erfolgreiche Einwerbung des Kompetenznetzes „Entzündliche Darmerkrankungen“ zusammen mit den Medizinischen Fakultäten der Universitäten in Homburg, Regensburg und Tübingen |
| 4/2002  | Honorary Fellow des American College of Physicians                                                                                                                          |
| 9/2003  | Honorary Fellow der European Federation of Internal Medicine                                                                                                                |
| 10/2004 | Honorary Fellow der Chilean Society of Internal Medicine                                                                                                                    |
| 2/2011  | Ehrenmitgliedschaft der Nordwestdeutschen Gesellschaft für Innere Medizin (NWGIM)                                                                                           |
| 5/2011  | Ehrenmitgliedschaft der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)                                                                                                    |
| 5/2012  | Verleihung der Ehrendoktorwürde durch die Carol Davila Universität zu Bukarest, Rumänien                                                                                    |



**Aktivitäten in wissenschaftlichen Gesellschaften:**

1981–1985	Sekretär des European Pancreatic Club
1985–1986	Präsident der European Society for Clinical Investigation
Seit 1986	Mitglied im Beirat der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten
1997–1998	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten
1999–2000	Präsident des European Pancreatic Club
Seit 8/2001	Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin
2003–2004	Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

**Mitglied der Schriftleitung der folgenden Zeitschrift:**

- World Journal of Gastroenterology

**Funktionen und Ämter:**

9/1990–3/2009	Direktor der Klinik für Allgemeine Innere Medizin, I. Medizinische Klinik, Universitätsklinikum S-H, Campus Kiel, emeritiert
WS 00/01–SS 03	Prodekan der Medizinischen Fakultät der CAU zu Kiel
1999–2010	Sprecher des Kompetenznetzes Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen sowie Sprecher aller Kompetenznetze
2002–2008	Mitglied des Fachkollegiums (Gutachter) der Deutschen Forschungsgemeinschaft
2004–2011	Vorstandsvorsitzender der Telematikplattform für Medizinische Forschungsnetze e. V.
2004–2011	Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft universitärer Gastroenterologen (AUG)
Seit 4/2011	Generalsekretär der DGIM

## Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Petra-Maria Schumm-Draeger  
Stellvertretende Vorsitzende der DGIM, Ärztliche Direktorin,  
Zentrum/Innere Medizin/Fünf Höfe,  
Theatinerstr. 15, 80333 München,  
Tel.: +49 (0)89 443889200  
Fax: +49 (0)89 443889210  
Email: schumm-draeger@zim-fuenf-hoefe.de  
Web: www.zim-fuenf-hoefe.de



\* 1956

## Beruflicher Werdegang:

1972–1980	Medizinstudium, Universität Frankfurt
1980	Staatsexamen, Promotion und Approbation, Amerikanisches Examen (ECFMG)
1988	Anerkennung als Ärztin für Innere Medizin
1989	Habilitation für das Fach „Innere Medizin“
1991	Anerkennung Teilgebiet Endokrinologie, Diabetologin DDG
1989–1993	Oberärztin der Abteilung Endokrinologie und Diabetologie
1993–2002	Leitende Oberärztin der Medizinischen Klinik I, Schwerpunkt Endokrinologie, Diabetes, Stoffwechsel und Angiologie, Geschäftsführende Oberärztin des Zentrums für Innere Medizin der Universität Frankfurt
1995	Verleihung der akademischen Bezeichnung „außerplanmäßiger Professor“ für Innere Medizin an der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main
1999–2000	„Limited Permit to Practice Medicine“ (Staat: New York, USA) und wissenschaftliche Kooperation mit Professor J. Friedman, Rockefeller University, N.Y.
2002–2016	Chefärztin der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Angiologie des Klinikums Bogenhausen (Städtisches Klinikum München GmbH), akademisches Lehrkrankenhaus, Technische Universität München
2002	Umhabilitation, außerplanmäßige Professorin für Innere Medizin an der Technischen Universität (TU) München, Klinikum rechts der Isar, München
Seit 7/2016	Ärztliche Direktorin, Zentrum/Innere Medizin/Fünf Höfe; München

**Klinische und wissenschaftliche Schwerpunkte:**

klinische und experimentelle Schilddrüsenforschung (Autoimmunthyreopathien, benigne und maligne Struma), klinische Diabetologie (Typ-2-Diabetes: neue therapeutische Interventionen, Früherkennung und Therapie kardiovaskulärer Folgeerkrankungen, interdisziplinäre/fach-übergreifende Diabetestherapie in der Klinik), polyglanduläres Autoimmunsyndrom

**Publikationen:**

über 150 wissenschaftliche Publikationen und Buchbeiträge sowie Herausgeberschaft von Fachzeitschriften, Kongress- und Veranstaltungsorganisationen

**Wissenschaftliche Auszeichnungen:**

1983/1992 Von-Basedow-Forschungspreis der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie  
1988 Von-Langenbeck-Preis der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

**Aktivitäten in Fachgesellschaften und Mitgliedschaften (Auswahl):**

- Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM):
  - 1. Vorsitzende und Präsidentin der DGIM 2016/2017
  - Mitglied der Kommission „Struktur und Krankenversorgung“ der DGIM
- European Federation of Internal Medicine (EFIM):
  - Mitglied Administrative Council und der „Working Group on Professional Issues in Internal Medicine in Europe“ (seit 2003)
  - Kongresspräsidentin des 17. European Congress of Internal Medicine (ECIM) 2018
- Berufsverband Deutscher Internisten (BDI):
  - Vorstandsmitglied, unter anderem hauptverantwortlich für die bundesweite Fortbildung des BDI (seit 2008)
- 1. Stellvertretende Vorsitzende des Landesverbandes Bayerischer Internisten (seit 2011)
- Gesellschaft für Fortschritte in der Inneren Medizin (Ludwig-Heilmeyer-Gesellschaft)
- Worldwide Initiative of Diabetes Education: Board of Directors (seit 2012)
- Kuratorin der Deutschen Diabetes Stiftung (DDS) und „Verbindungskuratorin“ zur Stiftung „Der herzkranke Diabetiker“ (seit 2004)
- Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE; Vizepräsidentin 1997–2000)
- Berufsverband Deutscher Endokrinologen (BDE), Beiratsmitglied (seit 2000)
- Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)
- American Diabetes Association (ADA)
- European Association for the Study of Diabetes (EASD)
- International Diabetes Federation (IDF)
- Endocrine Society (USA)

## **Curriculum Vitae**

Professor Dr. med. Dirk Müller-Wieland  
Präsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft DDG,  
Medizinische Klinik I, Universitätsklinikum der Rheinisch-Westfälische  
Technische Hochschule (RWTH) Aachen



### **Akademische Ausbildung:**

Studium der Humanmedizin in Hamburg,  
amerikanisches Staatsexamen (FMGEMS),  
Approbation zum Arzt und  
Promotion zum Dr. med. über die „Regulation der Cholesterinbiosynthese  
in frisch isolierten mononukleären Leukozyten durch adrenerge Rezeptoren“.

### **Beruflicher Werdegang:**

1985–1987	Assistenzarzt am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) und Stipendiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft bei Prof. Dr. C. R. Kahn, Direktor des Joslin Diabetes Center der Harvard Medical School in Boston.
1987	Fortführung der klinischen Weiterbildung bei Prof. H. Greten an der Medizinischen Kernklinik und Poliklinik des Universitäts-krankenhauses Eppendorf in Hamburg.
1991	Wechsel im Rahmen der Berufung von Prof. W. Krone an die Klinik II und Poliklinik für Innere Medizin der Universität zu Köln.
1995–1997	Oberarzt der Klinik II und Poliklinik für Innere Medizin der Universität zu Köln.
1993	Facharzt für Innere Medizin
1994	Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie und Diabetologie
1996	Habilitation für das Fach Innere Medizin. Thema der Forschungsarbeit: „Molekulare Mechanismen der Insulinwirkung und Insulinresistenz“, Thema der Antrittsvorlesung: „Gentherapie in der Inneren Medizin“.
1997	Berufung auf eine Universitätsprofessur für Innere Medizin/Endokrinologie in Köln.
2001–2006	Übernahme des Lehrstuhls für Klinische Biochemie und Pathobiochemie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Direktor am Deutschen Diabetes- Zentrum.

2006–2015	Leitung der I. Medizinischen Abteilung der Asklepios Klinik St. Georg, Allgemeine Innere Medizin, Diabetes, Gastroenterologie, Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen.
2011–2012	Stellvertretender Gründungsdekan des Asklepios Campus Hamburg, Medizinische Fakultät der Semmelweis-Universität.
2012–2014	Dekan des Asklepios Campus Hamburg.
Seit 2016	Tätig an der Medizinischen Klinik I, Universitätsklinikum der RWTH Aachen
Seit 2017	Koordinierung des klinischen Forschungszentrums der Medizinischen Klinik I

**Preise:**

1987	Deutsches Komitee zur Förderung der Atheroskleroseforschung
1991	Dr.-Martini-Stiftung, Hamburg.
1995	Bertram-Preis der Deutschen Diabetes Gesellschaft

**Sonstige Aktivitäten:**

2002–2012	Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats der größten europäischen Medizinbibliothek (ZB MED, Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft) an der Universität zu Köln.
2003	Tagungspräsident gemeinsam mit Prof. Krone der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie.
2003–2011	Stellvertretender Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats des Interdisziplinären Zentrums für Klinische Forschung (IZKF) der Universität Leipzig.
2003–2014	Herausgeber der Zeitschrift „Diabetologie und Stoffwechsel“, dem wissenschaftlichen Organ der Deutschen Diabetes Gesellschaft.
2003–2015	Sprecher der Sektion „Diabetologie und Stoffwechsel“ der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie.
2006–2008	Fachkollegiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG).
Seit 2006	Sprecher der fachgesellschaftsübergreifenden Arbeitsgemeinschaft „Herz – Hormone – Diabetes“ der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung, der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie und der Deutschen Diabetes Gesellschaft.
2006–2013	Mitglied im Medical Board Innere Medizin des Asklepios-Konzerns.
2006–2009, seit 2014	Vorstandsmitglied der Deutschen Diabetes Gesellschaft.
2008–2011	Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie.

2009	Tagungspräsident mit Prof. Dr. T. Meinertz der Nordwestdeutschen Gesellschaft für Innere Medizin.
2009	Tagungspräsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft.
2011	Tagungspräsident mit Prof. J. Kußmann der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie.
2012-2016	Mitglied im Ausschuss der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) e.V.
Seit 2012	Stellvertretender Vorsitzender der D·A·CH-Gesellschaft Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen e.V.
Seit 2014	Generalsekretär und Board Member der International Task Force for Prevention of Cardiometabolic Diseases
Seit 2016	Sprecher Kommission Struktur und Krankenversorgung der DGIM
2017	Tagungspräsident zusammen mit Prof. A. Schürmann der Deutschen Diabetes Gesellschaft
2015-2107	Vize-Präsident der DDG
2017-2019	Präsident der DDG

**Herausgeber von Fachbüchern und wissenschaftlichen Beiträgen:**

- Textbook of Type 2 Diabetes, First Edition 2003, Second Edition 2008; B. Goldstein, D. Müller-Wieland (68 internationale Autoren, 38 Kapitel, 575 Seiten, Informa Healthcare).
- Diabetologie in Klinik und Praxis, 6. Auflage, 2011; H.-U. Häring, B. Gallwitz, D. Müller-Wieland, K.-H. Usadel, H. Mehnert (87 Autoren, 49 Kapitel, 689 Seiten, Thieme Verlag).
- Basis-Lehrbuch Innere Medizin; J. Braun, D. Müller-Wieland, 6. Auflage, in Vorbereitung (Elsevier Verlag)
- Siegenthalers klinische Pathophysiologie; H. Blum, D. Müller-Wieland, 10. Auflage in Vorbereitung.

Circa 200 Publikationen als Originalarbeiten, Übersichtsbeiträge und Buchkapitel.

Klinischer und wissenschaftlicher Fokus sind klinische und molekulare Zusammenhänge zwischen Fettstoffwechsel, Diabetes mellitus, Insulinresistenz und Fettverteilung.

## Curriculum Vitae

Dr. med. Matthias Eduard Raspe  
Arzt in Weiterbildung an der Medizinischen Klinik m. S.  
Infektiologie und Pneumologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin

\* 19.06.1981



## Akademische Ausbildung:

### *Hochschulstudium:*

17/02/2012                      Promotion an der Medizinischen Fakultät der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität Würzburg („magna cum laude“) zu einem mikrobiologischen Thema

16/11/2010                      Approbation als Arzt, Regierung von Unterfranken, Würzburg

09/2008-11/2010                Stipendiat der Studienstiftung des deutschen Volkes

10/2003-11/2010                Studium der Humanmedizin, Bayerische Julius-Maximilians-Universität Würzburg

### *Masterstudium:*

11/2014-02/2016                Studiengang „Clinical Research“ mit Abschluss „Master of Science“ an der Dresden International University (DIU)

02-10/2014                      „Principles and Practice of Clinical Research Program (PPCR 2014)“, Department of Continuing Education, Harvard Medical School, Boston, MA, USA

## Beruflicher Werdegang:

Seit 01/2017                      Facharzt für Innere Medizin (ohne Schwerpunkt)

Seit 07/2011                      Arzt in Weiterbildung an der Medizinischen Klinik m. S.  
Infektiologie und Pneumologie, Charité – Universitätsmedizin  
Berlin, Leitung: Prof. Dr. med. N. Suttorp

## Arbeitsgruppe Junge Internisten der DGIM:

Seit 04/2016                      Sprecher der Arbeitsgruppe

Seit 11/2013                      Mitarbeit in der Arbeitsgruppe



**Deutsche Gesellschaft  
für Innere Medizin e.V. ®**

**Bestellformular Fotos:**

**Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin  
e. V. (DGIM)**

**Die Antwort der Internisten auf wachsenden finanziellen Druck im Gesundheitswesen  
Klinik Codex: Medizin vor Ökonomie**

**Termin:** Dienstag, 19. September 2017, 11.00 bis 12.00 Uhr

**Ort:** Haus der Bundespressekonferenz, Raum 1+2

**Adresse:** Schifferbaudamm 40/ Ecke Reinhardtstraße 55, 10117 Berlin

Bitte schicken Sie mir folgende(s) Foto(s) per E-Mail:

- Professor Dr. med. Dr. h. c. Ulrich R. Fölsch
- Professor Dr. med. Petra-Maria Schumm-Draeger
- Professor Dr. med. Dirk Müller-Wieland
- Dr. med. Matthias Raspe

Vorname:	Name:
Redaktion:	Ressort:
Str./Nr.	PLZ/Ort:
Telefon:	Fax:
E-Mail:	Unterschrift:

**Bitte an 0711 8931-167 zurückfaxen oder per Mail an  
wetzstein@medizinkommunikation.org.**

**Pressekontakt für Rückfragen:**

DGIM Pressestelle  
Janina Wetzstein  
Postfach 30 11 20  
70451 Stuttgart  
Tel.: 0711 8931-457  
Fax: 0711 8931-167  
E-Mail: wetzstein@medizinkommunikation.org  
Homepage: www.dgim.de