



Deutsche Gesellschaft  
für Innere Medizin e.V.

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

**Termin:** Montag, 28. April 2014, 12.30 bis 13.30 Uhr

**Ort:** Rhein-Main-Hallen Wiesbaden, Saal 12 D

***Programm:***

**Translationsforschung: Rolle der akademischen Medizin für Innovationen in  
Medikamentenentwicklung und Biomedizintechnik**

*Professor Dr. med. Michael Peter Manns*

Vorsitzender der DGIM 2013/2014, Direktor der Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie  
und Endokrinologie, Medizinische Hochschule Hannover

**Neue Hepatitis-C-Therapien 2014: Heilung in mehr als 90 Prozent der Fälle möglich**

*PD Dr. med. Markus Cornberg*

Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie, Medizinische Hochschule  
Hannover

**Erfolgsgeschichte „Research Gate“: Wie funktioniert Social Networking in Medizin und  
Wissenschaft und was bringt es?**

*Dr. med. Ijad Madisch*

Geschäftsführer der ResearchGate GmbH, Berlin

**Palliativmedizin: evidenzbasiert und empathisch bis zum Tod begleiten**

*Professor Dr. med. Herbert Watzke*

Präsident der ÖGIM, Leiter der Klinischen Abteilung für Palliativmedizin, Allgemeines  
Krankenhaus Wien

**Individualisierte Krebsmedizin – was ist heute schon möglich?**

*Professor Dr. med. Otmar Wiestler*

Vorstandsvorsitzender und Wissenschaftlicher Vorstand des Deutschen  
Krebsforschungszentrums Heidelberg

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

Pressekontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle

Anna Julia Voormann/Janina Wetzstein

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-552

Fax: 0711 8931-167 Fax: 0611 144-741

E-Mail: voormann@medizinkommunikation.org

Homepage: [www.dgim.de](http://www.dgim.de); [www.dgim2014.de](http://www.dgim2014.de)

Pressestelle DGIM auf dem Internistenkongress:

Pressebüro Saal 12 A

Rhein-Main-Hallen Wiesbaden

Tel.: 0611 144-742



Deutsche Gesellschaft  
für Innere Medizin e.V.

**Mittags-Presskonferenz der  
Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM)**

**Termin:** Montag, 28. April 2014, 12.30 bis 13.30 Uhr

**Ort:** Rhein-Main-Hallen Wiesbaden, Saal 12 D

**Inhalt:**

**Pressemeldungen**

**Redemanuskripte der Referenten**

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

**Lebensläufe und Fotos der Referenten**

**Bestellformular für Fotos**

*Falls Sie das Material in digitaler Form wünschen, stellen wir Ihnen dieses gerne zur Verfügung. Bitte kontaktieren Sie uns per E-Mail unter: [wetzstein@medizinkommunikation.org](mailto:wetzstein@medizinkommunikation.org).*

**Pressekontakt für Rückfragen:**

DGIM Pressestelle

Anna Julia Voormann/Janina Wetzstein

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-552

Fax: 0711 8931-167 Fax: 0611 144-741

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

Homepage: [www.dgim.de](http://www.dgim.de); [www.dgim2014.de](http://www.dgim2014.de)

**Pressestelle DGIM auf dem Internistenkongress:**

Pressebüro Saal 12 A

Rhein-Main-Hallen Wiesbaden

Tel.: 0611 144-742



# Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

120. Internistenkongress der DGIM  
26. bis 29. April 2014, Rhein-Main-Hallen Wiesbaden

## **Akademische Wissenschaft und Industrie als Partner?**

### **Internisten sehen Nachholbedarf bei Translationsforschung**

**Wiesbaden, April 2014 – Viele Ideen für neue Medikamente kommen in den USA aus den Universitäten, die Entwicklung erfolgt in der Industrie. Nicht selten werden dort Forscher zu Gründern neuer Unternehmen, die Medizinprodukte herstellen. In Deutschland dagegen ist die Zusammenarbeit von akademischer Medizin und Industrie im Sinne der Translationsforschung noch immer schwach ausgeprägt, mahnt die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM). Die DGIM sieht hier trotz vielversprechender Ansätze deutlichen Nachholbedarf. „Forschung wird zu Medizin“ heißt auch das Leitthema des 120. Internistenkongresses, der vom 26. bis 29. April in Wiesbaden stattfindet.**

Medizinische Universitäten sind für den Vorsitzenden der DGIM, Professor Dr. med. Michael P. Manns aus Hannover, der ideale Ort für die Erforschung von Krankheitsursachen und -mechanismen. Mitunter ergeben sich daraus neue Therapieansätze. „Präklinisch sollten diese Ideen sinnvollerweise auch von den Ärzten weiterentwickelt werden, die sie entdeckt haben“, meint der Direktor der Klinik für Innere Medizin an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). In den USA gebe es dafür Start-up-Unternehmen, die die Entwicklung neuer Medikamente bis zu einem gewissen Grad vorantreiben. Danach würden die Patente häufig der Industrie übertragen. Denn nur die großen Firmen verfügen über die finanziellen Ressourcen, die für die klinische Prüfung von neuen Medikamenten und Medizinprodukten notwendig sind. „Einige erfolgreiche große Unternehmen erzielen bereits ihr gesamtes Wachstum aus den Arbeitsgebieten der übernommenen Start-up-Unternehmen“, berichtet Professor Manns.

In Deutschland kommen jährlich etwa 20 bis 40 neue Wirkstoffe auf den Markt. Auch hierzulande gibt es Ansätze, die Translationsforschung zu stärken: Interdisziplinäre Zentren für Klinische Forschung etwa, Kompetenznetze in der Medizin und die Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung (DZG) für die großen Volkskrankheiten. Auf dem 120. Internistenkongress werden einige dieser translationalen Forschungsverbände Paten



## Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

ausgewählter klinischer Symposien sein. Sie stellen dort ihre Ziele und Ergebnisse anhand praktischer Beispiele vor, die direkten Einfluss auf die tägliche Arbeit des Internisten haben.

Translationale Forschung dürfe nach Ansicht des DGIM-Vorsitzenden aber nicht ausschließlich national betrachtet werden. Denn Unternehmen richten ihre Aktivitäten heute global aus, auch die deutschen Universitäten müssen sich mehr denn je dem internationalen Wettbewerb stellen und sind zunehmend internationalem Konkurrenzdruck ausgesetzt: „Dies ist politisch gewollt und spielt auch vermehrt bei der Vergabe von Forschungsgeldern eine Rolle, in jedem Fall auf EU-Ebene“, erläutert Manns. Die Kosten für die Entwicklung eines modernen Medikaments beziffern forschende Pharma-Unternehmen auf ungefähr 800 Millionen Dollar. Translationale EU-Förderprogramme fordern oft die Einbindung von Industriepartnern, die einen Teil der Projektkosten tragen.

Aus der Zusammenarbeit von Industrie und Universitäten können sich allerdings Interessenkonflikte ergeben. Das erfordert Regeln für die Zusammenarbeit. Ein Aspekt ist auch, dass Erfinder zum Beispiel nicht an der klinischen Erprobung ihrer Produkte beteiligt sein sollten, meint Professor Manns. „Eine zu große emotionale Nähe könnte ein sinnvolles rechtzeitiges Ende eines scheiternden Entwicklungsprozesses verhindern“, befürchtet der Experte. Ebenso wenig sollten Ärzte, die an der Entwicklung neuer Medikamente beteiligt sind oder waren, über den späteren Einsatz an ihren Kliniken mitentscheiden.

Als Präsident des 120. Internistenkongresses stellt Professor Manns damit ein Thema in den Mittelpunkt, das nicht unumstritten ist: „Vorbehalte gegenüber Verquickungen von Forschung und Industrie sind vorhanden und auch nicht völlig unbegründet.“ Doch es wäre geradezu weltfremd, so der DGIM-Vorsitzende, sich dem zu verschließen. Stattdessen seien hier konstruktives Vorgehen und größtmögliche Transparenz notwendig, um vielversprechenden Ansätzen eine Chance zu geben und die Kooperationsmöglichkeiten zu nutzen, ganz im Sinne von „Forschung wird zu Medizin“.



# Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

**Pressekontakt für Rückfragen:**

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

Pressestelle

Anna Julia Voormann/Corinna Spirgat

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-552

Fax: 0711 8931-167

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

[www.dgim2014.de](http://www.dgim2014.de)

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



Deutsche Gesellschaft  
für Innere Medizin e.V.

120. Internistenkongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)  
26. bis 29. April 2014, Rhein-Main-Hallen Wiesbaden

## **Hepatitis C zukünftig besser behandelbar**

### **Neue Wirkstoffe stoppen das Virus**

**Wiesbaden, April 2014 – Rund eine halbe Million Menschen in Deutschland sind mit dem Hepatitis C-Virus infiziert. Unbehandelt erkranken sie früher oder später an einer Leberentzündung, das Lebergewebe vernarbt, oft entwickelt sich daraus Leberkrebs. Hepatitis ist hierzulande eine der häufigsten Ursachen für eine Lebertransplantation. Dank neuer Wirkstoffe haben Betroffene jetzt bessere Aussicht auf Heilung. Denn die modernen Medikamente hindern das Virus daran, sich zu vermehren und blockieren damit die chronische Entzündung der Leber. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) sieht darin eine Chance für einen Wendepunkt in der Krankenversorgung.**

Die Behandlung von Hepatitis C erforderte bisher viel Geduld: Die Patienten mussten über bis zu eineinhalb Jahre lang zweimal täglich Tabletten mit dem Wirkstoff Ribavirin einnehmen und wöchentlich der Botenstoff Interferon alpha spritzen. Interferon stärkt die körpereigene Virusabwehr. „Doch vor allem seine Nebenwirkungen machen die Behandlung für die Patienten beschwerlich, und eine Erfolgsgarantie gab es nicht“, beschreibt der DGIM-Vorsitzende Professor Dr. med. Michael P. Manns aus Hannover. Nur etwa die Hälfte der Patienten erreichte das Therapieziel: ein über das Ende der Behandlung anhaltendes Ansprechen des Virus auf das Medikament, eine „sustained virological response“ (SVR). „Wenn der Virustest auch zwölf Wochen nach dem Ende der Therapie negativ ausfällt, gehen wir heute von einer Ausheilung der Hepatitis C aus“, erläutert Manns, der Direktor der Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie der Medizinischen Hochschule Hannover ist.

Zwei neue Wirkstoffe haben die Heilungschancen deutlich verbessert: „Boceprevir und Telaprevir erreichen in Kombination mit Interferon und Ribavirin eine Heilungsrate von bis



## Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

zu 80 Prozent“, berichtet Professor Manns. Neu an den beiden Substanzen ist, dass sie direkt gegen das Hepatitis C-Virus wirken, indem sie ein bestimmtes Enzym des Virus, die HCV-Protease, blockieren und damit seine Vermehrung stoppen. Es sind die ersten sogenannten direct acting antivirals (DAA). Mehrere Dutzend weitere DAA sind derzeit in der klinischen Entwicklung. „Wir ernten jetzt die Früchte einer jahrzehntelangen Erforschung des Hepatitis C-Virus“, erläutert der Experte. Zwei Medikamente der nächsten Generation, Simprevir und Sofosbuvir, wurden kürzlich in den USA zugelassen. Gleiches gilt für Sofosbuvir in Deutschland, Simprevir wird Ende Mai folgen.

Mit einer größeren Zahl von Wirkstoffen steigen auch die Chancen, schwierige Hepatitis-Infektionen erfolgreich zu behandeln. Anspruchsvoll ist vor allem die Therapie bei bestimmten Typen des Virus und bei Menschen mit bereits deutlich geschädigter Leber, vor allem im Stadium der Leberzirrhose. Manns hofft, dass auch für diese Patienten in Zukunft erfolgreiche und nebenwirkungsärmere Therapien möglich werden: „Es ist vorstellbar, dass es in Kürze wie bei der HIV-Therapie Kombinationspräparate gibt, die einmal täglich als Tablette eingenommen werden können und die aber im Gegensatz zu HIV zur Heilung führen können“, meint der DGIM-Vorsitzende. Weitere Medikamente, die in Kombination gegeben werden und Heilungsraten von über 95 Prozent erreichen, folgen Ende des Jahres 2014 bzw. Anfang des Jahres 2015.

Ein Problem sieht der Experte darin, alle Menschen zu finden, die mit dem Virus infiziert sind und von einer Therapie profitieren: „Denn eine Hepatitis C kann Jahrzehnte lang beschwerdefrei bleiben.“ Tritt die Erkrankung zutage, sei es für eine Heilung oft zu spät. „Hepatitis C ist in Deutschland die häufigste Ursache für eine Lebertransplantation, und die frühzeitige Behandlung könnte die Warteliste deutlich entlasten“, sagt Professor Manns. Im Prinzip könnte das Hepatitis C-Virus durch die Behandlung aller Infizierten weltweit ausgerottet werden, wie etwa das Pockenvirus. Damit rechnet Manns allerdings nicht. Die Behandlung sei kostspielig und für viele Länder derzeit nicht finanzierbar: „Malaria, Tuberkulose und Durchfallerkrankungen bei Kindern stehen in vielen Ländern weiter oben auf der Prioritätenliste.“ Neueste Erkenntnisse zur Therapie von Hepatitis sind auch ein



Deutsche Gesellschaft  
für Innere Medizin e.V.

Thema des 120. Internistenkongresses der DGIM, der vom 26. bis 29. April 2014 in  
Wiesbaden stattfindet.

**Pressekontakt für Rückfragen:**

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

Pressestelle

Anna Julia Voormann/Corinna Spirgat

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-552

Fax: 0711 8931-167

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

[www.dgim2014.de](http://www.dgim2014.de)

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





## Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

120. Internistenkongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM)  
26. bis 29. April 2014, Rhein-Main-Hallen Wiesbaden

### **Fortschritt in der Krebsmedizin – Durch Erbgutanalysen Tumoren gezielt behandeln**

**Wiesbaden, März 2014 – Krebs ist die zweithäufigste Todesursache in Deutschland. Allein in der Bundesrepublik erkranken jedes Jahr etwa 500 000 Menschen neu an der Krankheit. Das Gefährliche: Krebszellen teilen sich unkontrolliert, können in benachbartes Gewebe eindringen und sich im Körper ausbreiten. Dadurch entstehen Tochtergeschwulste, sogenannte Metastasen – für den Patienten besteht Lebensgefahr. Doch dank jüngster Fortschritte in der Krebsmedizin haben Betroffene bessere Aussichten auf Heilung beziehungsweise auf ein längeres Leben mit der Krankheit. Erbgutanalysen ermöglichen eine differenzierte Diagnose und eine gezielte Therapie: Im Rahmen des 120. Internistenkongresses Ende April in Wiesbaden spricht Professor Dr. med. Dr. h.c. Otmar D. Wiestler, Heidelberg, deshalb über einen „Paradigmenwechsel in der Behandlung von Krebserkrankungen“.**

Die Behandlung von bösartigen Tumoren erforderte bisher viel Geduld und Durchhaltevermögen. Denn eine Therapie, die bei einem Patienten anschlägt, muss nicht zwangsläufig bei einem anderen Betroffenen mit derselben Krebsdiagnose wirken. „Es gibt erhebliche individuelle Unterschiede bezüglich der genetischen Auslöser, die auch dafür verantwortlich sind, dass die Krankheit oft von Patient zu Patient unterschiedlich verläuft“, sagt Professor Wiestler, Vorstandsvorsitzender des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) in Heidelberg. Deutlich wird dies am Beispiel von Brustkrebs-Patientinnen. Der Wirkstoff Herceptin wirkt bei jeder vierten Betroffenen und stoppt das Wuchern der entarteten Zellen – bei den anderen Frauen zeigt die Therapie mit diesem „Antikörper“ jedoch keine Wirkung.

Personalisierte Krebsmedizin bietet Patienten exakt die Therapien, die an der Ursache ihrer Erkrankung angreifen und dort wirken. Möglich machen das Genomsequenzierungen, die eine Analyse des kompletten Erbguts erlauben. Denn bei Krebs handelt es sich aufgrund fehlerhafter Erbinformationen in den entarteten Zellen um eine Krankheit, die sich immer auch in den Genen abbildet. Sei es, dass diese erblich bedingt, spontan erworben oder durch



## Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Lebensumstände wie etwa Rauchen oder Übergewicht ausgelöst sind. Diese genetischen Defekte und Veränderungen lassen sich durch Genomsequenzierung finden: „Mit dieser Methode können wir erkennen, ob eine bestimmte Behandlung anschlägt oder nicht. Denn Tumorzellen sind sehr anpassungsfähig und entziehen sich auf diese Weise auch Therapien,“ erklärt Wiestler, der auch Sprecher des Deutschen Konsortiums für Translationale Krebsforschung ist. Das gezielte medikamentöse Vorgehen verschont Patienten vor starken Nebenwirkungen und nicht wirksamen und damit überflüssigen Behandlungen.

Das größte Zukunftspotential liege in der intelligenten Kombination herkömmlicher und neuer Therapieverfahren. „Dieser Ansatz könnte es ermöglichen, bösartige und erst in einem späten Tumorstadium diagnostizierte Krebserkrankungen über längere Phasen zu kontrollieren und in ein chronisches, beherrschbares Stadium der Erkrankung zu überführen“, sagt Wiestler. Eine Genomsequenzierung ist derzeit noch mit Kosten von etwa 5000 Euro verbunden – Experten rechnen jedoch damit, dass diese zukünftig deutlich sinken werden. Aktuelle Erkenntnisse der personalisierten Krebsmedizin stellt Professor Wiestler im Rahmen des 120. Internistenkongresses in Wiesbaden vor.

### **Pressekontakt für Rückfragen:**

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

Pressestelle

Anna Julia Voormann/Corinna Spirgat

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-552

Fax: 0711 8931-167

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

[www.dgim2014.de](http://www.dgim2014.de)

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



## Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

120. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)  
26. bis 29. April 2014, Rhein-Main-Hallen Wiesbaden

### **Morbus Crohn: “Antikörper-Spray“ sagt Therapieerfolg voraus Theodor-Frerichs-Preis der DGIM geht an Internisten aus Erlangen**

**Wiesbaden, April 2014 – Ein Spray für die Darmschleimhaut könnte bei Menschen mit chronisch-entzündlicher Darmerkrankung künftig schon vor Behandlungsbeginn anzeigen, ob der Einsatz bestimmter Medikamente erfolgreich ist. Für diese Erkenntnisse würdigt die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) den Internisten Professor Dr. med. Raja Atreya aus Erlangen jetzt mit dem Theodor-Frerichs-Preis. Die Auszeichnung ist mit 30 000 Euro dotiert. Die DGIM verlieh den Preis am 27. April 2014 im Rahmen der Festlichen Abendveranstaltung anlässlich des 120. Internistenkongresses im Wiesbadener Kurhaus.**

Morbus Crohn ist eine chronisch-entzündliche Erkrankung von Dünn- und Dickdarm. Die Betroffenen leiden immer wieder unter starken Bauchschmerzen und Durchfällen. Die chronische Entzündung hinterlässt große Narben im Darmgewebe. Zwar gibt es Medikamente – teure Antikörperpräparate, die gegen den Signalstoff „Tumornekrosefaktor alpha (TNF)“ wirken. Jedoch helfen sie nur jedem zweiten Patienten. Alle anderen ziehen keinen Nutzen aus der Therapie, sind aber den möglichen Nebenwirkungen ausgesetzt: Infektionen, Allergien und körperliche Abwehrreaktionen. Der 39-jährige Internist Professor Raja Atreya, seit 2010 Juniorprofessor für chronisch-entzündliche Darmerkrankungen an der Universität Erlangen, hat einen Weg gefunden, die Medikamente gezielter einzusetzen.

Er legte die Annahme zugrunde, dass die Antikörpermedikamente nur dann wirken, wenn sie in der Darmschleimhaut ihr Angriffsziel finden. Also koppelte er den Antikörper an einen fluoreszierenden Farbstoff. Die Substanz testete er zunächst umfassend labormedizinisch, anschließend an 25 Patienten mit Morbus Crohn, denen eine Therapie bevorstand: Während einer Darmspiegelung brachte er das Spray von innen auf die erkrankte Darmschleimhaut aus. Bei der Hälfte der Probanden färbte sich die Schleimhaut an – ein Zeichen für den Signalstoff TNF. Um die Antikörper sichtbar zu machen, verwendeten die Erlanger Mediziner ein konfokales Laser-Endomikroskop. Darüber können sie die Schleimhaut stark vergrößert betrachten.



## Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Bei den positiv getesteten Patienten ließ sich das Ergebnis im Anschluss durch einen TNF-Blocker bestätigen.

„Zwar muss das Therapieprinzip an größeren Patientenkollektiven mit längeren Verlaufsphasen reevaluiert werden“, sagt Professor Dr. med. Dr. h.c. Ulrich R. Fölsch, Generalsekretär der DGIM aus Kiel. „Trotzdem zeigt die Arbeit wie selten eine andere, dass eine intensive und langjährige Grundlagenforschung zur Translation in die Praxis gelangen kann.“ Die Jury der DGIM hob anerkennend den konsequenten Weg hervor von den Beobachtungen der molekularen und zellulären Vorgänge bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen, über die Identifikation von TNF als wichtigem Mittler hin zur Entwicklung eines im Patienten anwendbaren Antikörpers. „Besser kann die von zahlreichen Wissenschaftlern, aber auch von Wissenschaftsmanagern geforderte, translationale Medizin nicht unter Beweis gestellt werden“, betont Professor Fölsch.

Zusammenfassend betont die Jury, dass Atreya eine herausragende Arbeit vorgelegt hat. Es stehe zu erwarten, dass Patienten mit Morbus Crohn von diesen Erkenntnissen in naher Zukunft profitieren. Der DGIM-Preis ist nach dem Internisten Friedrich Theodor von Frerichs benannt, dem Präsidenten des ersten Deutschen Kongresses für Innere Medizin im Jahr 1882. Mit dem Preis würdigt die DGIM die beste zur Bewerbung eingereichte, möglichst klinisch-experimentelle Arbeit auf diesem Gebiet im deutschsprachigen Raum. Die Fachgesellschaft verleiht die Auszeichnung jährlich im Rahmen der Festlichen Abendveranstaltung ihrer Jahrestagung in Wiesbaden.

### *Literatur:*

*Atreya R1, Neumann H1, Neufert C1, Waldner MJ1, Billmeier U1, Zopf Y1, Willma M1, App C2, Münster T3, Kessler H4, Maas S5, Gebhardt B5, Heimke-Brinck R6, Reuter E6, Dörje F6, Rau TT7, Uter W8, Wang TD9, Kiesslich R10, Vieth M11, Hannappel E2, Neurath MF1. In vivo imaging using fluorescent antibodies to tumor necrosis factor predicts therapeutic response in Crohn's disease. Nature Medicine 2014; 20(3): 313-8*

## **Neue Hepatitis-C-Therapien 2014: Heilung in mehr als 90 Prozent der Fälle möglich**

PD Dr. med. Markus Cornberg

Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie

Medizinische Hochschule Hannover

Die Hepatitis C Virus(HCV)-Infektion ist eine relevante Infektionserkrankung, die zu einer chronischen Entzündung der Leber führen kann und somit ein Risiko für die Entwicklung einer Leberzirrhose und eines Hepatozellulären Karzinoms (Leberkrebs) darstellt. Die chronische Hepatitis C ist eine der häufigsten Indikationen für eine Lebertransplantation. Weltweit sind mehr als 150 Millionen Menschen chronisch infiziert. In Deutschland rechnet man mit circa 400 000 Betroffenen. Eine erfolgreiche Behandlung, das heißt Heilung der HCV-Infektion, führt zu einer Reduktion der leberbezogenen- sowie Gesamtmortalität.

Seit der Entdeckung des HCV vor 25 Jahren hat sich in den vergangenen Jahren viel getan, vor allem in der Entwicklung von neuen direkt antiviralen Medikamenten (Direct-Acting Antiviral Agents = DAA). 2011 erfolgte die Zulassung der ersten Proteaseinhibitoren, Boceprevir und Telaprevir, die allerdings noch in Kombination mit pegyliertem Interferon alpha (PEG-IFN) und Ribavirin (RBV) gegeben werden müssen und nur bei Patienten mit Genotyp 1 eingesetzt werden. Mit Sofosbuvir (SOF) steht seit Januar 2014 ein weiterer DAA zur Verfügung. In Kombination mit PEG-IFN und RBV können nahezu 90 Prozent der Patienten mit Genotyp 1 erfolgreich behandelt werden. Viele weitere DAA aus den drei wichtigen Substanzklassen (NS3/4A Proteaseinhibitoren, NS5B Polymeraseinhibitoren, NS5A-Replikationskomplexinhibitoren) sind in der Entwicklung und stehen kurz vor der Zulassung. Die Zulassung der neuen DAA ist der Beginn eines Paradigmenwechsel in der Therapie der chronischen Hepatitis C. Prinzipiell sind bereits 2014 für alle Genotypen interferonfreie Therapien denkbar, da die verschiedenen Substanzklassen miteinander kombiniert werden können. Somit wird jetzt bei vielen Patienten eine Therapie möglich, die in der Vergangenheit nicht mit Interferon behandelt werden konnten. Bei Patienten mit Genotyp 2 ist eine Therapie mit SOF und RBV für nur zwölf Wochen für die meisten Patienten ausreichend und führt zu Heilungsraten von >90 Prozent. Patienten mit Genotyp 3 benötigen 24 Wochen Therapie mit SOF und RBV. Die Heilungsraten liegen dann bei circa 85 Prozent. Bei therapieerfahrenen Genotyp-3-Patienten mit kompensierter Zirrhose sind die Heilungsraten allerdings geringer. Die Therapie mit SOF und RBV über 24 Wochen kann in über 60 Prozent bei GT-1-Patienten erfolgreich sein, wobei die Datenlagen hier geringer ist. Für Genotyp-1-Patienten wird es 2014 aber bereits weitere Möglichkeiten geben. Ab April wird mit der Zulassung von Simeprevir (SMV), einem neuen Proteaseinhibitor gerechnet. Die Kombination von SOF und SMV hat in einer Phase-II-Studie Ausheilungsraten von über 90 Prozent gezeigt, sogar bei Patienten mit fortgeschrittener Fibrose und Zirrhose. Es wird vom Zulassungstext abhängen, ob die Therapie mit SOF und SMV ab April möglich ist. Für GT1-Patienten, die mit Telaprevir beziehungsweise Boceprevir vorbehandelt wurden, liegen Daten zu SOF plus Daclatasvir (DCV), einem NS5A-Inhibitor vor. Mit dieser Kombination konnten alle Patienten geheilt werden.

Allerdings ist die Datenlage mit bislang 41 therapierten Patienten noch gering. Dennoch hat die EMA aufgrund dieser Daten ein beschleunigtes Zulassungsverfahren akzeptiert, sodass DCV vermutlich schon im Herbst 2014 zur Verfügung steht. Ab 2015 wird es weitere Verbesserungen geben, zum Beispiel mit der „3D-Kombination“ aus Proteaseinhibitor, Polymeraseinhibitor, NS5A-Inhibitor plus RBV der Fa. Abbvie. Mit dieser Kombination sind Heilungsraten >90 Prozent für naive und therapieerfahrene GT1-Patienten möglich. Vermutlich wird für Genotyp-1b-Patienten eine Kombination aus nur zwei DAA notwendig sein. Eine weitere Kombination, die 2015 erwartet wird, ist die „Fixed Dose Combination“ von Gilead aus SOF und dem NS5A Inhibitor Ledipasvir mit Heilungsraten von >90 Prozent sogar nach acht Wochen Therapiedauer.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass interferonfreie Therapien für bestimmte Patienten jetzt schon verfügbar sind. Ab 2015 werden Kombinationstherapien aus mehreren DAA zum Standard. Die Therapiedauer wird sich für bestimmte Patientengruppen auf 8 Wochen verkürzen. Wir werden Patienten mit dekompensierter Zirrhose, Patienten nach Lebertransplantation und Patienten mit anderen Kontraindikationen gegen IFN behandeln können. Wichtig wird jetzt, dass möglichst viele Patienten mit einer chronischen Hepatitis C identifiziert werden, damit die Behandlung rechtzeitig erfolgen kann, um die Folgen der Infektion zu verhindern.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Wiesbaden, April 2014

## **Erfolgsgeschichte „Research Gate“: Wie funktioniert Social Networking in Medizin und Wissenschaft und was bringt es?**

Dr. med. Ijad Madisch, Geschäftsführer der ResearchGate GmbH, Berlin

„Kriegen Sie den Firlefanz aus dem Kopf und konzentrieren sie sich auf Ihre akademische Karriere! Wissenschaftler werden sich nicht ändern!“ Das war Professor Michael Manns Antwort auf meine Bitte statt ganztags nur halbtags als Assistenzarzt an der MHH für ihn arbeiten zu dürfen. Den Rest der Zeit wollte ich ResearchGate widmen, meiner Idee für ein professionelles Netzwerk für Wissenschaftler. Das war vor knapp sechs Jahren.

Gut, dass ich nicht auf ihn gehört habe! Und danke für Ihren Rat, Professor Manns! So habe ich gelernt, dass ich mich auf eine Sache konzentrieren muss, wenn ich erfolgreich sein will. Unser Gespräch damals endete mit meiner Kündigung.

Seitdem habe ich alles darangesetzt, ein Netzwerk für Wissenschaftler aufzubauen, durch das sie ihre Ergebnisse mitteilen, sich zu Forschungsfragen austauschen, kollaborieren und sich einen Namen machen können. Über vier Millionen Wissenschaftler aus der ganzen Welt sind mittlerweile dabei.

Mit ResearchGate wollen wir Forscher davon überzeugen, dass jedes ihrer Ergebnisse zählt – egal ob sie eine Hypothese bestätigen oder nicht, ob es sich um Daten aus der Grundlagenforschung oder aus klinischen Studien handelt. Diese Daten müssen öffentlich und in ein System eingebettet sein, das es erlaubt, mit ihnen zu arbeiten, sie zu diskutieren und zu evaluieren und so auf vorhandenem Wissen aufzubauen.

Zu diesen wissenschaftlichen Ergebnissen zählen auch Abstracts, also Erkenntnisse, die bei wissenschaftlichen Konferenzen wie diesem Internistenkongress vorgestellt werden. Wenn Wissenschaftler Abstracts auf einer Plattform wie ResearchGate veröffentlichen, machen sie diese Ergebnisse zitierbar und sind für Anschlussfragen auch nach Ende der Veranstaltung erreichbar. So können Konferenzen virtuell weitergeführt werden und kommen im 21. Jahrhundert an.

Die Wissenschaft in ein neues Zeitalter zu führen, dafür sind meiner Meinung nach auch die Fachgesellschaften verantwortlich. Wer heute sein Gebiet repräsentieren möchte, sollte auf Transparenz setzen. Dazu gehört, Mitglieder zu einem offenen Umgang mit ihren Forschungsdaten zu ermutigen. Nur wenn alle Ergebnisse öffentlich sind, kann ein auf allen Seiten informierter Diskurs zustande kommen – und nur so entsteht Fortschritt.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Wiesbaden, April 2014

**Palliativmedizin: Einfühlsam und kompetent in den Tod begleiten**

Univ.-Prof. Dr. Herbert Watzke, Universitätsprofessor für Palliativmedizin an der Medizinischen Universität Wien, Leiter: Klinische Abteilung für Palliativmedizin, AKH Wien

Einfühlsam zu begleiten ist in der Palliativmedizin besonders wichtig, weil die schwierige gesundheitliche Situation von Palliativpatienten nicht vorübergehend ist, ja nicht einmal stabil bleibt, sondern sich weiter verschlechtert. Es geht damit eben nicht um passagere, sondern um existenzielle Probleme, um die Existenz schlechthin. Dafür ist nicht nur ein hohes Maß an Empathie notwendig, sondern auch eine hohe Kompetenz in Kommunikation und die Fähigkeit, genau zu spüren, wie es existenzbedrohten schwerkranken Patienten geht, ohne selbst mit ihnen zu leiden. Diese Kompetenz, die ja in geringerer Ausprägung bei allen medizinischen Handlungen zu Recht gefordert wird, aber in der Regel nur schlecht gefördert wird, steht seit je im Mittelpunkt jeder palliativmedizinischen Betreuung.

In der Fokussierung auf diese Kernkompetenz und die Etablierung palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen ist über viele Jahre die Entwicklung wissenschaftlicher Evidenz in der Behandlung von Palliativpatienten zu kurz gekommen. Dabei war schon Cicely Saunders, die Gründerin der modernen Hospizbewegung, der evidenzbasierten Medizin verpflichtet und hat mit ihren Studien die Schmerztherapie revolutioniert, in der auch nach ihr noch große Fortschritte durch Palliativmediziner gemacht wurden.

Auf vielen anderen wesentlichen Gebieten der Palliativmedizin ist es aber erst in den letzten Jahren gelungen, die medizinischen Handlungen mit wissenschaftlicher Evidenz zu belegen.

So wurde etwa zweifelsfrei bewiesen, dass eine genau definierte, strukturierte palliativmedizinische Betreuung von unheilbaren Lungenkrebspatienten deren Lebensqualität erhöht und ihr Überleben signifikant verlängert. In derselben Studie wurde auch bewiesen, dass eine frühzeitige Besprechung des Lebensendes Hoffnung nicht zerstört, wovon fälschlicherweise ausgegangen wird, sondern im Gegenteil Depression und Angst reduziert.

In anderen Studien wiederum konnte etwa gezeigt werden, dass eine parenterale Flüssigkeitsgabe in den letzten Lebenstagen nur in wenigen Situationen notwendig ist und dass die Annahme, dass sterbende Patienten, die keine Flüssigkeit erhalten, verdursten, falsch ist.

In den palliativmedizinischen Sitzungen dieses Kongresses wird über weitere derartige Beispiele evidenzbasierter palliativmedizinischer Maßnahmen berichtet.

*(Es gilt das gesprochene Wort)*

Wiesbaden, im April 2014



### **Individualisierte Krebsmedizin – was ist heute schon möglich?**

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Otmar D. Wiestler, Vorstandsvorsitzender des Deutschen Krebsforschungszentrums, DKFZ, Heidelberg

Die Krebsforschung hat in jüngerer Zeit markante Fortschritte zu verzeichnen. Dank der Erkenntnisse der molekularen Biologie, der Genomforschung, der Systembiologie und der Immunologie verstehen wir heute bei vielen menschlichen Krebserkrankungen relativ genau, welche molekularen Veränderungen ihrer Entstehung zugrunde liegen. Dieses Verständnis hat auch dazu geführt, dass wir immer mehr zielgerichtete und hochspezifisch wirksame Krebsmedikamente entwickeln können. Diese neuen Therapien greifen an der wahren Ursache von Krebs spezifisch an und stellen damit ein neues Paradigma in der Therapie von Krebserkrankungen dar.

Noch um die Jahrtausendwende dauerte die Analyse eines einzigen menschlichen Genoms zehn Jahre, Hunderte von Labors waren damit beschäftigt und die Entschlüsselung des ersten humanen Genoms hatte circa eine Milliarde Dollar gekostet. Die moderne Hochdurchsatz-Genomsequenzierung und Bioinformatik ermöglicht es heute, eine komplette Genomanalyse innerhalb weniger Tage in einem Labor für etwa 10 000 Euro durchzuführen. Das erlaubt uns, eine Genomanalyse der Krebszellen von einzelnen Patienten durchzuführen. Im Internationalen Krebsgenom-Konsortium (ICGC) sind Wissenschaftler weltweit damit beschäftigt, bei 25 000 Patienten mit den 50 gängigsten Tumorarten solche Ganz-Genomsequenzierungen durchzuführen. Diese Arbeiten haben sich als Fundgrube zum Nachweis komplexer neuer Muster genetischer und epigenetischer Veränderungen erwiesen; zum anderen zeigen sie in sehr beeindruckender Weise, dass es zwischen Patienten mit Tumoren, die unter dem Mikroskop identisch aussehen, erhebliche individuelle Unterschiede bezüglich der auslösenden Genveränderungen im Erbgut ihrer Krebszellen gibt. Diese Differenzen sind offensichtlich auch dafür verantwortlich, dass die Krankheit oft von Patient zu Patient ganz unterschiedlich verläuft beziehungsweise auf Therapien anspricht. Die Erbgutanalysen individueller Tumoren erlauben es uns, die Patienten individuell zu behandeln. Am Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen in Heidelberg planen wir, bis zum Ende des Jahres 2015 jedem Patienten eine Sequenzierung des Gesamtgenoms als Stratifizierungsbasis anzubieten.

Im Hinblick auf die hohe Anpassungsfähigkeit von Tumorzellen und ihre Neigung zur Therapieresistenz liegt das größte Zukunftspotenzial allerdings in der individuell zusammengestellten intelligenten Kombination herkömmlicher und neuer Therapieverfahren. Dieser Ansatz könnte es ermöglichen, hochmaligne und erst in einem späten Tumorstadium diagnostizierte Krebserkrankungen über längere Phasen effizient zu kontrollieren und in ein chronisches, gut beherrschbares Stadium der Erkrankung überzuführen. Im Verbund des Deutschen Konsortiums für Translationale Krebsforschung (DKTK), einer langfristigen Partnerschaft des DKFZ mit sieben

ausgewählten universitätsmedizinischen Partnerstandorten, wird ein solcher Ansatz bereits bei allen Kindern mit Tumorrezidiven erprobt (INFORM-Studie).

Als Ziel einer individualisierten Krebsmedizin steht momentan die maßgeschneiderte Behandlung eines Tumorleidens ganz im Vordergrund. Neue molekulare Erkenntnisse eröffnen jedoch auch faszinierende Zukunftsaussichten für eine individuelle Risikoerfassung und eine individualisierte Früherkennung von Tumorkrankheiten. Auch dieses wichtige Ziel werden wir intensiv erforschen und in die Praxis umsetzen.

*(Es gilt das gesprochene Wort)*

Wiesbaden, im April 2014



## 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 mehr als 23 000 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. Michael Peter Manns  
Vorsitzender der DGIM 2013/2014, Direktor der Klinik für  
Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie, Medizinische  
Hochschule Hannover

\* 1951



## Beruflicher Werdegang:

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| 1970–1976                             | Studium der Humanmedizin, Universität Wien und Johannes Gutenberg-Universität, Mainz   |
| 1976                                  | Medizinisches Staatsexamen, Promotion  |
| 1977                                  | Approbation als Arzt   |
| 1977–1981                             | Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Zentrum Innere Medizin, Klinikum Charlottenburg, Freie Universität Berlin  |
| 1981–1985                             | Wissenschaftlicher Mitarbeiter, I. Medizinische Klinik und Poliklinik, Johannes Gutenberg-Universität Mainz  |
| 1984                                  | Arzt für Innere Medizin  |
| 1985                                  | Teilgebietsbezeichnung „Gastroenterologie“   |
| 1985–2001                             | Oberarzt, I. Medizinische Klinik und Poliklinik, Johannes Gutenberg-Universität Mainz  |
| 1986                                  | Ernennung zum C2-Professor für Innere Medizin, Universität Mainz   |
| 1987–1988                             | Forschungsaufenthalt – W.M. Keck Autoimmune Disease Center, Scripps Clinic and Research Foundation, Department of Basic and Clinical Research, La Jolla, CA, USA |
| Seit 1991                             | C4-Professor und Direktor der Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie, Medizinische Hochschule Hannover (MHH)                               |
| 1997–1999                             | Ärztlicher Direktor der MHH  |
| 1997–2003                             | Sprecher, Sonderforschungsbereich 265 der DFG: „Immunreaktionen und Pathomechanismen nach Organtransplantation“  |
| Seit 1998                             | Wissenschaftlicher Beirat Robert Koch-Institut, Berlin   |
| 1998–2013                             | Aufsichtsrat Universitätsklinikum Erlangen   |
| 1999–2001,<br>2009–2011,<br>2013–2015 | Senator der Medizinischen Hochschule Hannover  |
| Seit 2002                             | Sprecher, Kompetenznetz Hepatitis des BMBF (Hep-Net)   |

2003–2006	Senatsausschuss der DFG für Sonderforschungsbereiche
2004–2010	Sprecher, Klinische Forschergruppe KFO 119 der DFG „Hepatozelluläres Karzinom“
2004–2013	Aufsichtsrat Universitätsklinikum Magdeburg
2005–2009	Geschäftsführender Direktor des Zentrums Innere Medizin der MHH

**Mitgliedschaften und Positionen:**

Seit 2005	Mitglied im Lenkungsausschuss von VIRGIL, europäisches Exzellenz-Netzwerk für den Kampf gegen Virusresistenz
Seit 2006	Vorstandsvorsitzender der Deutschen Leberstiftung
Seit 2006	Mitglied, Steering Committee von REBIRTH, DFG Exzellenzcluster Regenerative Medizin
Seit 2007	Sprecher, Sonderforschungsbereich SFB 738 der DFG, „Optimierung konventioneller und innovativer Transplantate“
Seit 2008	Mitglied, Steering Committee des Integrierten Forschungs- und Behandlungszentrums (IFB) „Transplantationsmedizin“ des BMBF
Seit 2009	Aufsichtsrat, Universitätsmedizin Mainz
Seit 2009	Mitglied, Koordinierungsausschuss Universitätsmedizin München
Seit 2010	Co-Initiator und stellvertretender Sprecher, Transregio SFB TR 77 „Liver Cancer“
Seit 2010	Mitglied, Medizinstrukturkommission (MSK) Baden-Württemberg
Seit 2011	Mitglied im Auswahlausschuss der Alexander von Humboldt-Stiftung, Bonn
Seit 2011	Mitglied im External Scientific Council des Vall d’Hebron Institute of Research (VHIR), Universität Autònoma de Barcelona, Spanien
Seit 2013	Vorstand, Boehringer Ingelheim Stiftung

**Forschungsgebiete:**

- Entzündliche Lebererkrankungen, virale und autoimmune Lebererkrankungen
- Studien für die Behandlung von Lebererkrankungen, insbesondere Virus-Hepatitis, autoimmune Lebererkrankungen, Lebertransplantation und entzündliche Darmerkrankungen
- Transplantationsmedizin
- Hepatozelluläres Karzinom
- Gastrointestinale Onkologie
- Regenerative Medizin
- Mukosale Immunologie
- Klinische Pharmakologie

Über 1000 Publikationen; Hirsch Index 119

## Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Markus Cornberg  
Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie, Medizinische  
Hochschule Hannover

\* 1971



### Beruflicher Werdegang:

1992–1999	Studium der Humanmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover
1994	Physikum mit der Note „gut“
1995	I. Staatsexamen mit der Note „gut“
1996	Auslandsaufenthalt am Queen’s Medical Centre in Nottingham, England
1998	II. Staatsexamen mit der Note „gut“
1998/1999	Praktisches Jahr
1999	III. Staatsexamen mit der Note „gut“
6/1999–11/2000	Arzt im Praktikum, Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie (Direktor: Professor Dr. Michael P. Manns)
12/ 2000	Approbation als Arzt
12/2000–8/2002	Assistenzarzt, Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie (Direktor: Professor Dr. Michael P. Manns)
18.5.2000	Promotion (Dr. med.) mit Auszeichnung (summa cum laude) an der Medizinischen Hochschule Hannover. Titel: „Differentielle Expression und Regulation humaner Muzingene in der Magenmukosa und in Magentumorzellen.“
8/2002–1/2005	Postdoctoral Fellow an der University of Massachusetts Medical School, Worcester, MA, USA.
Seit 2/2005	Assistenzarzt, Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie (Direktor: Professor Dr. Michael P. Manns)
Seit 2006	Arbeitsgruppenleiter „Heterologe Immunität“ in der Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie (Direktor: Professor Dr. Michael P. Manns) –Forschungsförderung siehe unten
12.1.2011	Venia legendi für „Experimentelle Gastroenterologie“
17.8.2011	Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie

Seit 10/2011 Oberarzt der Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie  
Seit 4/2012 Geschäftsführender Oberarzt (Personaloberarzt) des Zentrums Innere  
Medizin

**Mitgliedschaften:**

2000–2003, seit 2006 Mitglied in der German Association for the Study of the Liver (GASL)  
Seit 2000 Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und  
Stoffwechselerkrankungen (DGVS)  
Seit 2009 Mitglied der European Association for the Study of The Liver (EASL)  
Seit 2010 Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI)  
Seit 2010 Mitglied in der Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie (p-e-g)  
Seit 2011 Mitglied im Bund Deutscher Hochschullehrer  
Seit 2013 Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)

**Wissenschaftliche Tätigkeiten/Gremien:**

Seit 2000 Gutachter für verschiedene wissenschaftliche Journale (Hepatology, GUT,  
Journal of Hepatology, Journal of Immunology, Journal of Virology,  
Journal of Infectious Diseases, Clinical Infectious Diseases, Plos ONE,  
Journal of Viral Hepatitis, European Journal of Gastroenterology, Antiviral  
Therapy, Alimentary Pharmacology & Therapeutics)  
2/2002–8/2002 Wissenschaftlicher Sekretär des Kompetenznetzes Hepatitis (seit 1.2.2002  
gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung)  
Seit 2/2005 Wissenschaftlicher Geschäftsführer des Kompetenznetzes Hepatitis (seit  
1.2.2002 gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung)  
Seit 2005 Vorstand im Hep-Net e.V.  
Seit 11/2006 Medizinischer Geschäftsführer der Deutschen Leberstiftung  
Seit 2006 Mitglied im Stiferrat der Deutschen Leberstiftung  
2010–2012 Abstract Review Committee des International Liver Congress™ der  
European Association for the Study of the Liver (EASL)  
Seit 2006 Koordinator der S3-Leitlinienerstellung „Prophylaxe, Diagnose und  
Therapie der Hepatitis B-Virus Infektion“  
Seit 2009 Mitglied in der Lenkungsgruppe der S3-Leitlinienerstellung „Prophylaxe,  
Diagnose und Therapie der Hepatitis-C-Virus-Infektion“  
2011–2012 Deutscher Vertreter im Panel zur Erstellung der Europäischen EASL  
Clinical Practice Guidelines zum Management der Hepatitis B  
2013/2104 Kongress-Team 120. Internistenkongress 2014

**Forschungsschwerpunkte:**

<u>Klinische Forschung:</u>	Therapieoptimierung bei Patienten mit akuter und chronischer Virushepatitis
Seit 2000	Investigator bei zahlreichen Phase-I–IV-Studien zur Behandlung der Hepatitis B, C und D.
2000	Wissenschaftlicher Leiter, Phase-IV-Studie zur Therapieoptimierung bei Patienten mit chronischer Hepatitis C (Fa. Yamanouchi)
2008	Wissenschaftlicher Leiter, Phase-IV-Studie zur Therapieoptimierung bei Patienten mit chronischer Hepatitis und HCV-Genotyp 2/3 (Fa. Essex-Pharma GmbH)
2002–2010	Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) – PT DLR – Kompetenznetz Hepatitis Core-Project 1.1 (Geschäftsstelle)
2009	Patientenregister im Kompetenznetz Hepatitis: Therapie von Patienten mit chronischer Hepatitis und HCV-Genotyp 2/3 (Fa. Essex-Pharma GmbH)
2010	Patientenregister im Kompetenznetz Hepatitis: Bedeutung des quantitativen HBsAg für den natürlichen Verlauf der chronischen Hepatitis B (Fa. Hofmann La Roche AG)
<u>Grundlagenforschung:</u>	Heterologe Immunität, Einfluss von Virusinfektionen (insbesondere Hepatitisviren) auf das Immunsystem
2003 bis 2005	Stipendium der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG), CO 310-1/1
2006	Hochschulinterne Leistungsförderung (HILF-I)
2006	Waltraud und Burghard Meyer-Stiftung zur Förderung der Erforschung von Lebererkrankungen
2007–2010	Einzelantrag der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG), CO 310-2/1
2007–2013	Projektförderung durch Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im HCV-Verbundprojekt 01KI0788
Seit 7/2010	Projektförderung im SFB 900 der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG)



## **Curriculum Vitae**

Dr. med. Ijad Madisch  
Geschäftsführer der ResearchGate GmbH, Berlin



Dr. Ijad Madisch ist Arzt, schrieb seine Doktorarbeit über ein Thema der Virologie und studierte nebenher Computerwissenschaften. Gemeinsam mit seinen Freunden, dem Arzt Dr. Sören Hofmayer und dem Informatiker Horst Fickenscher, gründete er 2008 ResearchGate, das professionelle Netzwerk für Forscher. Mittlerweile nutzen über vier Millionen Wissenschaftler aus 193 Ländern das Netzwerk, um miteinander zu kollaborieren, ihre Ergebnisse mitzuteilen und sich einen Namen zu machen. Das Startup mit Sitz in Berlin hat renommierte Investoren angezogen, unter anderem Bill Gates, Benchmark und Founders Fund.

## **Curriculum Vitae**

Univ.-Prof. Dr. Herbert Watzke  
Universitätsprofessor für Palliativmedizin an der Medizinischen Universität  
Wien, Leiter: Klinische Abteilung für Palliativmedizin, AKH Wien



Studium der Medizin an der Universität Wien

Ausbildung in Innerer Medizin an der medizinischen Universität Wien ab 1980 und am Department of  
Medicine, University of North Carolina at Chapel Hill, USA, von 1987 bis 1989

Facharzt für Innere Medizin  
Zusatzfacharzt für Kardiologie  
Zusatzfacharzt für Hämatologie und Onkologie  
Klinischer Prüfarzt

Leiter der Palliativstation der Klinik für Innere Medizin I, AKH Wien, seit 1.10. 2001  
Professor für Palliativmedizin an der Medizinischen Universität Wien seit 01.11.2005  
Leiter der Klinischen Abteilung für Palliativmedizin, AKH Wien

Präsident der Österreichischen Palliativgesellschaft  
Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Innere Medizin

Mehr als 100 Publikationen in nationalen und internationalen Zeitschriften auf dem Gebiet der Inneren  
Medizin und der Palliativmedizin

## Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Otmar D. Wiestler  
Vorstandsvorsitzender und Wissenschaftlicher Vorstand des Deutschen  
Krebsforschungszentrums Heidelberg

\* 1956



### Beruflicher Werdegang:

Otmar D. Wiestler wurde am 6. November 1956 in Freiburg (Breisgau) geboren. Nach dem Medizinstudium an der Universität Freiburg promovierte er 1984 zum Doktor der Medizin (summa cum laude). Von 1984 bis 1987 war er als Postdoktorand im Department für Pathologie an der Universität von Kalifornien in San Diego/USA tätig. Anschließend wechselte er für fünf Jahre an das Universitätsspital Zürich in der Schweiz, wo er sich im Fach Neuropathologie habilitierte. 1992 berief ihn die Universität Bonn zum Professor für Neuropathologie und Direktor des Instituts für Neuropathologie. Hier baute er ein großes Neurowissenschaftliches Forschungszentrum mit auf. Seit Januar 2004 leitet Otmar D. Wiestler als Vorstandsvorsitzender und Wissenschaftlicher Vorstand das Deutsche Krebsforschungszentrum in Heidelberg.

Otmar D. Wiestler war in zahlreichen Einrichtungen in leitender Position tätig, so als Leiter des Hirntumor-Referenzzentrums der Deutschen Gesellschaft für Neuropathologie und Neuroanatomie e.V. in Bonn, als Vorstand des BONFOR Forschungsrates an der Universität Bonn, als Sprecher des SFB 400 in Bonn, als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Neuropathologie und Neuroanatomie, als Vorsitzender des Review Board für Theoretische Medizin der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) und als Medizinischer Geschäftsführer der Life & Brain GmbH in Bonn. Derzeit ist er Vorsitzender des Beirats der Deutschen Krebshilfe, Mitglied im Kuratorium der Gemeinnützigen Hertie-Stiftung, und Vize-Präsident für Gesundheit der Helmholtz-Gemeinschaft.

Otmar D. Wiestler veröffentlichte mehr als 300 wissenschaftliche Artikel und Buchkapitel in der Fachliteratur. Ebenfalls war er Redaktionsmitglied internationaler wissenschaftlicher Zeitschriften, wie Acta Neuropathologica (Herausgeber), Brain Pathology, Cancer Letters, Carcinogenesis, Journal of Neurology, Neuropathology & Applied Neurobiology.

2001 wurde Otmar D. Wiestler zum Mitglied der Nationalen Akademie der Wissenschaften LEOPOLDINA gewählt. 2004 erhielt er das Bundesverdienstkreuz.

2004 erhielt Otmar D. Wiestler das Bundesverdienstkreuz und im Jahre 2012 wurde ihm die Ehrendoktorwürde (Dr. h. c.) von der Universität Tübingen verliehen.



# Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

## **Bestellformular Fotos**

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

**Termin:** Montag, 28. April 2014, 12.30 bis 13.30 Uhr

**Ort:** Rhein-Main-Hallen Wiesbaden, Saal 12 D

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

- Professor Dr. med. Michael Peter Manns
- Professor Dr. med. Markus Cornberg
- Dr. med. Ijad Madisch
- Professor Dr. med. Dr. h.c. Diethelm Tschöpe
- Professor Dr. med. Otmar Wiestler
- Professor Dr. med. Herbert Watzke

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

**Bitte an 0711 8931-167 zurückfaxen.**

Pressekontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle  
Anna Julia Voormann/Janina Wetzstein  
Postfach 30 11 20  
70451 Stuttgart  
Tel.: 0711 8931-552  
Fax: 0711 8931-167  
E-Mail: voormann@medizinkommunikation.org  
Homepage: www.dgim.de; www.dgim2014.de

*Berliner Büro im Langenbeck-Virchow-Haus:*  
Luisenstraße 59  
10117 Berlin