



Jahresbroschüre der DGIM 2010

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.



Inhalt

Jahresbroschüre der DGIM 2010

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) stellt sich vor	3
■ Aufgabenstellungen für Vorstand und Ausschuss	3
■ Die DGIM im Internet – www.dgim.de	6
■ Porträt des DGIM-Vorsitzenden 2010/2011	7
■ Deutsche Stiftung Innere Medizin	8
■ Fort- und Weiterbildung	9
■ med update: Fortbildung unter der Schirmherrschaft der DGIM	10
Die Gremien der DGIM 2010/2011	14
Ehrungen der DGIM 2010	18
■ Ehrenmitgliedschaften	18
■ Gustav-von-Bergmann-Medaille	20
Vorstandsbeschlüsse der DGIM 2009/2010	21
Rede des Vorsitzenden der DGIM anlässlich des 116. Internistenkongresses	22
■ (Innere) Medizin in einer postmodernen Gesellschaft	22
Positionspapiere, Stellungnahmen, Empfehlungen der DGIM	30
■ Förderung des weiblichen wissenschaftlichen Nachwuchses in der Inneren Medizin	30
■ Zusatzweiterbildung „Internistische Intensivmedizin“	32
Preisverleihungen der DGIM 2010	33
■ Theodor-Frerichs-Preis 2010	33
■ Präventionspreis Innere Medizin 2010	34
■ Young Investigator Award 2010	37
116. Kongress der DGIM	40
■ Abschließender Kongressbericht	40
■ Patiententag 2010	41
■ Deutschland sucht die Super-Internisten	43
■ Chances 2010	44
Tätigkeitsbericht der Korporativen Mitglieder der DGIM 2009/2010	45
Bericht der Pressestelle der DGIM 2009/2010	47
Aus der Bundesärztekammer	50
■ Evaluation der Weiterbildung in Deutschland	50
■ Arztzahlen in Deutschland 2008 und 2009 im Vergleich	54
Aus der AWMF	55
■ AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement eröffnet	55
■ Empfehlungen der AWMF zum Umgang mit Interessenkonflikten bei Fachgesellschaften	56
■ Anmeldeverfahren für Leitlinien in Planung und Entwicklung	57
Preisausschreibungen der DGIM 2011	58
Ankündigung Internistenkongress 2011	59
Impressum	48

Professor Dr. med. Hans-Peter Schuster, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) stellt sich vor

Aufgabenstellungen für Vorstand und Ausschuss

Die Aufgabenstellung für Vorstand und Ausschuss der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) sind in § 2 der Gesellschaftssatzung vorgegeben:

- Förderung von Wissenschaft und Forschung auf dem Gesamtgebiet der Inneren Medizin und ihrer Entwicklung als angewandter Heilkunde
- Zusammenfassung der auf dem Gebiet der Inneren Medizin tätigen Wissenschaftler und Ärzte und Unterstützung wissenschaftlicher Arbeiten aus ihren Fachgebieten
- Pflege der Beziehungen zu anderen wissenschaftlichen Gesellschaften
- Förderung der wissenschaftlich fundierten Fortbildung in Klinik und Praxis
- Integration der Spezialgebiete der Inneren Medizin

- Vertretung der Belange der Inneren Medizin als Wissenschaft gegenüber staatlichen und kommunalen Behörden und Organisationen der Selbstverwaltung
- enge Zusammenarbeit mit dem Berufsverband Deutscher Internisten (BDI)

In der Durchführung ihrer wissenschaftlichen, wissenschaftspolitischen und berufspolitischen Aufgabenstellungen werden Vorstand und Ausschuss durch Kommissionen und Task forces unterstützt. Deren Aufgabenbereich liegt in der Beratung von Vorstand und Ausschuss, insbesondere in der Vorbereitung und Erarbeitung von Entschlüssen, Stellungnahmen, Resolutionen oder Positionspapieren sowie der Vertretung der DGIM bei der Erarbeitung von Leitlinien.

Die Gesamtstruktur der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. ist in der Abbildung 1 dargestellt.

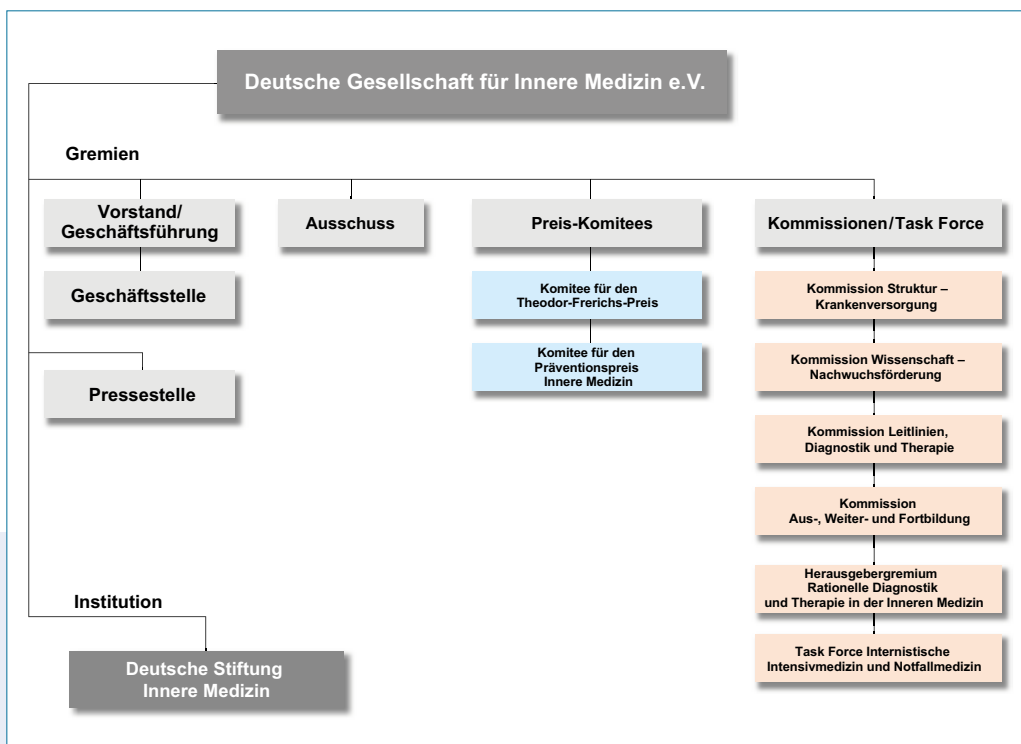


Abbildung 1: Struktur der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM) wurde 1882 in Wiesbaden als Congress für Innere Medizin gegründet und gehört heute mit rund 20 500 Mitgliedern zu den größten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Deutschland.

Die DGIM vereint sämtliche Schwerpunkte der Inneren Medizin und vertritt die Anliegen der Internisten in Klinik und Praxis, Forschung und Lehre, Fort- und Weiterbildung. Als gemeinnütziger Verein fördert die Gesellschaft Wissenschaft und Forschung auf dem gesamten Gebiet der Inneren Medizin. Sie versteht es als ihren Auftrag, wissenschaftliche Erkenntnisse in angewandte Heilkunde zu übertragen und so die Fortschritte der Inneren Medizin unmittelbar dem Patienten zugute kommen zu lassen. Durch zahlreiche Fortbildungsangebote sichert sie den Transfer medizinischer Errungenschaften in den Alltag von Klinik und Praxis. Zu diesem Zweck setzt sie sich für die Integration der Spezialgebiete der Inneren Medizin ein und pflegt die Beziehungen zu den wissenschaftlichen Schwerpunktgesellschaften.

Gemäß der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer sind Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie/Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie und Rheumatologie anerkannte Schwerpunkte der DGIM. Als weitere Spezialbereiche der Inneren Medizin sieht die DGIM die Geriatrie, die internistische Intensiv- und Notfallmedizin und die Infektiologie.

Gegenüber staatlichen und kommunalen Behörden und Organisationen der ärztlichen Selbstverwaltung vertritt die Gesellschaft die Belange der Inneren Medizin.

Immer mehr Ärzte und Wissenschaftler erkennen die wichtige Rolle der DGIM, die Einheit in der Inneren Medizin zu fördern sowie Forschung, Fort- und Weiterbildung voranzutreiben (s. Abb. 2). Vorstand und Geschäftsführung der DGIM setzen sich permanent dafür ein, die Interessen ihrer Mitglieder in Politik und Öffentlichkeit zu vertreten und das Leistungsangebot für die Mitglieder weiter auszubauen.

Zu den Mitgliedern der Fachgesellschaft zählen heute sämtliche Ordinarien aus der Inneren Medizin. Nicht nur für niedergelassene Internisten und Allgemeinärzte, sondern vor allem auch für junge Mediziner und Ärzte in Fort- und Weiterbildung ist die DGIM ein attraktiver Partner. Nahezu die Hälfte der Mitglieder sind heute Assistenzärztinnen und Assistenzärzte (s. Abb. 3). Jeder approbierte Arzt kann die Aufnahme als ordentliches Mitglied beantragen. Neben ordentlichen Mitgliedern gibt es Ehrenmitglieder und korrespondierende Mitglieder.

Die DGIM pflegt einen regelmäßigen Gedankenaustausch mit der forschenden Pharmaindustrie, Geräteherstellern und verschiedenen Medienunternehmen. Damit haben auch Aussteller die Möglichkeit, eine korporative Mitgliedschaft in der DGIM

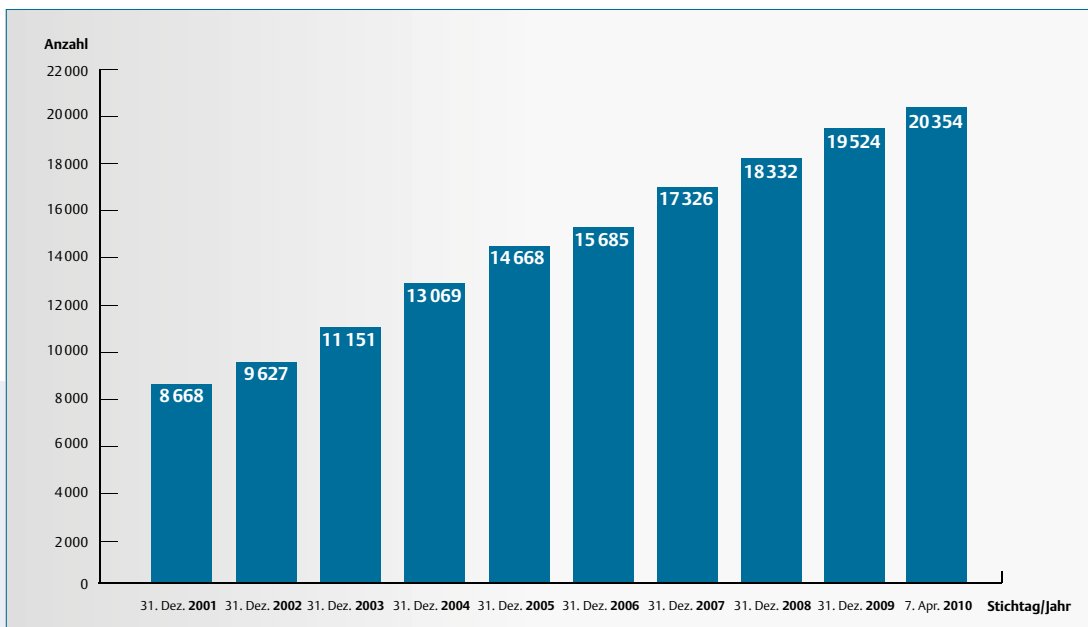


Abbildung 2: Mitgliederentwicklung der DGIM e. V. 2001–2010: In diesem Zeitraum hat sich die Zahl der Mitglieder in der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin mehr als verdoppelt.

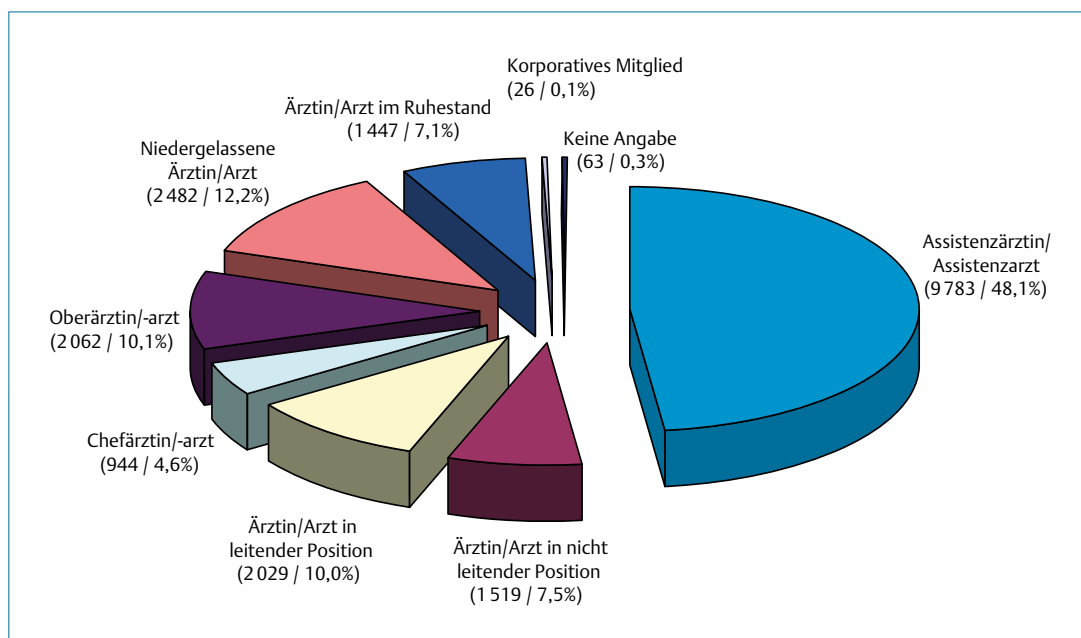


Abbildung 3: Mitgliederstruktur der DGIM e.V. (Stand: 01.04.2010).

zu beantragen. Korporative Mitglieder können die für sie wichtigen Themen mit den Experten der Fachgesellschaft diskutieren. Die DGIM bietet den Korporativen Mitgliedern dafür dreimal im Jahr ein Forum – im Januar ein Opinion Leader Meeting, im Frühling im Rahmen des Internistenkongresses ein Symposium und im Herbst ein eigenes Symposium der Korporativen Mitglieder.

Seit Generationen präsentiert und diskutiert die DGIM alljährlich in Wiesbaden auf dem Internistenkongress die neuesten Forschungsergebnisse auf dem Gesamtgebiet der Inneren Medizin. Der Kongress gehört zu den bedeutendsten Fachkongressen in Deutschland und ist die wichtigste Fortbildungsveranstaltung in der Inneren Medizin. Während der Jahrestagung der DGIM können sich Internisten aus Klinik und Praxis fünf Tage lang in der gesamten Inneren Medizin und ihren Schwerpunkten fortbilden. Es können mehr als 50 Continuing-Medical-Education-(CME) Punkte erworben werden.

Experten referieren in Vorträgen und Symposien über aktuelle medizinische Erkenntnisse und diskutieren Fragen der Gesundheitspolitik. In Plenarvorträgen thematisieren Persönlichkeiten aus Medizin, Wissenschaft, Gesellschaft oder Politik brisante Themen der Zeit. Parallel zum Vortragsprogramm finden praktische Kurse und interaktive

Falldiskussionen statt. Der Internistenkongress bietet auch dem Nachwuchs eine attraktive Plattform: In Postersitzungen haben junge Wissenschaftler die Möglichkeit, ihre Forschungsergebnisse der Fachöffentlichkeit vorzustellen. Die „Chances“ bieten ein eigenes Forum für junge Medizinerinnen und Mediziner. Eine große Ausstellung rundet das Kongressangebot ab: Die Industrie nutzt die Jahrestagung, um ihre Neuheiten zu präsentieren. Außerdem lädt sie zu Satellitensymposien ein.

Als Fortbildungsveranstaltung auf höchstem wissenschaftlichen Niveau spielt der Internistenkongress eine unverzichtbare Rolle für den Fortschritt in der Inneren Medizin. Jährlich nutzen

Generalsekretär

Professor Dr. med. Hans-Peter Schuster

Leiter der Geschäftsstelle und Geschäftsführer

RA Maximilian Broglie
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.
Irenenstraße 1
65189 Wiesbaden
Postfach 2170
65011 Wiesbaden

Tel. 0611 - 205 80 40 - 0
Fax 0611 - 205 80 40 - 46
E-Mail info@dgim.de
Internet www.dgim.de

mehrere tausend Teilnehmer dieses Informationsangebot. Im Rahmen der Continuing Medical Education können sie mit dem Kongressbesuch Fortbildungspunkte erwerben, die das jährliche Kontingent an CME-Punkten dieser Kategorie abdecken. Der Internistenkongress findet jedes Jahr eine Woche nach Ostern statt. Traditioneller Kongressort ist Wiesbaden.

Die DGIM im Internet – www.dgim.de

Die Homepage der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. erreicht man durch Anwählen der bekannten Web-Adresse www.dgim.de. Die Seite enthält aktuelle Fachinformationen rund um die Gesellschaft und das Fach der Inneren Medizin und soll den Besuchern eine schnelle Informationsfindung ermöglichen.

Die Optimierung der Internetpräsenz in der Anwendung und die Aktualisierung der Inhalte sieht die Geschäftsstelle der DGIM als ständige Aufgabe. Mit zwei bis drei Klicks lassen sich die wichtigsten gesellschafts- und mitgliederrelevanten Informationen abrufen. Bis auf den geschützten Mitgliederbereich sind die Informationen ohne Eingabe von Passwort und Login erreichbar.

Aktuelles

Hier findet der Besucher in einem Überblick aktuelle Termine, Informationen, Pressemeldungen, Ausschreibungen, Stellungnahmen und Mitteilungen zur Gesellschaft.

DGIM

In der Rubrik DGIM erhält man umfangreiche Informationen zur Gesellschaft, ihrer Organisationsstruktur (Organigramm), zum Vorstand und Ausschuss, zur Geschäftsstelle sowie zu den Kommissionen, Task Forces und Delegationen der DGIM.

Mitgliedschaft

Interessierte können sich hier über eine **ordentliche Mitgliedschaft** bei der DGIM informieren und mithilfe des Online-Mitgliedsantrags direkt der Gesellschaft beitreten. Des Weiteren können Mitglieder über den geschützten Mitgliederbereich Änderungen ihrer persönlichen Daten der Geschäftsstelle mitteilen. Dafür sind lediglich die Eingabe der Mitgliedsnummer und die ersten drei Stellen des Nachnamens erforderlich. Darüber hinaus sind umfassende Informationen zu den Korporativen Mitgliedern und deren Veranstaltungen, wie etwa das Herbstsymposium, aufgeführt. Außerdem können sich forschende Arzneimittel-firmen, Geräte und Diätetika herstellende Firmen, medizinische Fach- und Zeitschriftenverlage sowie informations- und medientechnische Unternehmen über die **Korporative Mitgliedschaft** informieren. In der Rubrik **Mitgliederservice** können die Standardformulare (Mitgliedsantrag, Einzugs-ermächtigung etc.) der DGIM elektronisch abgerufen werden.

Internistenkongress

Ist man an den Kongresseröffnungsreden und Abschlussberichten der vergangenen Internistenkongresse der DGIM interessiert, wird man hier fündig.

Zudem ist die Homepage des aktuellen Internistenkongresses der DGIM in Wiesbaden (www.dgim2011.de) mit einem Klick über die DGIM-Homepage zu erreichen. Auf der Kongresshomepage können sich Interessierte und Mitglieder über die Schwerpunktthemen des Kongresses informieren und sich das Vorprogramm des 117. Kongresses herunterladen. Zudem stehen alle wesentlichen Informationen zu den Deadlines (Abstract-Einreichung, Forschungspreise, Kongressanmeldung und Bewerbung Kunststoa) auf der Seite. Bei Bedarf erhalten Interessierte die Kontaktdaten des wissenschaftlichen Komitees sowie des Kongressorganisations m:con.



Der Internetauftritt der DGIM

Wissenschaftliche Preise/Ehrungen/Stipendien

Über die aktuellen Bewerbungsbedingungen zu den wissenschaftlichen Preisen und Stipendien der DGIM informiert die Rubrik wissenschaftliche Preise/Ehrungen/Stipendien. Außerdem findet man hier einen Überblick der vergangenen Preisträger, Ehrenmitglieder und Träger der Gustav-von-Bergmann-Medaille.

Schwerpunktgesellschaften

Laufend aktualisiert bietet die Rubrik Schwerpunktgesellschaften die Kontaktadressen der Geschäftsstellen und der Präsidenten/Geschäftsführer. Zudem gelangt man mit einem Klick zu den Homepages der Fachgesellschaften.

Ländergesellschaften

Die DGIM e.V. ist Schirmherrin der Kongresse/Jahrestagungen der Ländergesellschaften. In dieser Rubrik findet man einen Überblick der Ländergesellschaften für Innere Medizin in Deutschland mit einer Verlinkung zur jeweiligen Internetseite.

Publikationsorgane

Die DGIM hat eine Reihe von Fachzeitschriften (Organe) in denen sie in ihren Mitteilungsseiten, Informationen über die Gesellschaft publiziert. Hier werden die Organe der DGIM mit den Ansprechpartnern vorgestellt und man gelangt per Mausclick direkt zu den Webseiten der Fachzeitschriften.

Veranstaltungen/Termine

Hier findet man die aktuellen Termine der Intensivkurse Innere Medizin, der internistischen Updates von med update sowie Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen im Rahmen der Länderkongresse, die unter der Schirmherrschaft der Gesellschaft stehen.

Presse

Einen Überblick über den Pressestellenservice der DGIM sowie die Kontaktdaten zu den Verantwortlichen für die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der Gesellschaft bietet die Rubrik Presse. Zudem enthält sie ein Pressearchiv sowie einen Informationsdienst. Zu Letzterem können sich Journalisten, welche regelmäßig Presseinformationen der DGIM beziehen möchten, über das Onlineformular anmelden.

Publikationen

Eine kleine Auswahl an Publikationen der DGIM e.V. können, solange der Vorrat reicht, angefordert werden. Zudem stehen die Jahresbroschüre und die Preisbroschüre der DGIM digital zur Verfügung.

Stellungnahmen/Positionspapiere/Mitteilungen

Aktuelle, aber auch vergangene Mitteilungen, Stellungnahmen, Positionspapiere der DGIM sowie der DGIM-Mitgliedernewsletter stehen chronologisch zum Herunterladen bereit.

Weiterbildung

Neu und besonders hervorzuheben ist die Rubrik **Weiterbildung**, in der man nicht nur die aktuelle Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer (BÄK) herunterladen kann, sondern auch die einzelnen Richtlinien, Logbücher und Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern (LÄK). Zudem findet der Interessierte bei Fragen rund um die Weiterbildung im Gebiet der Inneren Medizin den direkten Ansprechpartner seiner LÄK mit Telefonnummer und E-Mail.

Links

Schließlich gibt der Bereich Links einen Überblick der Zusammenarbeit der DGIM mit medizinischen Verlagen, anderen Fachgesellschaften, staatlichen und kommunalen Behörden sowie den nationalen und internationalen Gesellschaften und Verbänden.

Porträt des DGIM-Vorsitzenden ■ 2010/2011: Professor Hendrik Lehnert

Neuer Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) ist **Professor Dr. med. Hendrik Lehnert, Lübeck**. Der Internist und Endokrinologe löst damit Professor Dr. med. Jürgen Schölmerich, Regensburg, im Amt ab. Professor Lehnert ist auch Kongresspräsident des 117. Internistenkongresses, der vom 30. April bis 3. Mai 2011 in Wiesbaden stattfindet.

Seit dem Jahr 2007 leitet Professor Lehnert in Lübeck als Direktor die 1. Medizinische Klinik am Universitätsklinikum



**Professor Dr. med.
Hendrik Lehnert, Lübeck**

Schleswig-Holstein, Campus Lübeck. Geboren 1954 in Karlstad/Schweden studierte Lehnert in Münster Psychologie und Humanmedizin. Nach dem Hauptdiplom in klinischer Psychologie schloss er 1980 ebendort Medizinstudium und Dissertation ab. Danach ging er unterstützt von der Deutschen Forschungsgemeinschaft in die USA an das Laboratory for Neuroendocrine Regulation am Massachusetts Institute of Technology (MIT) und das Laboratory of Cardiovascular Physiology, Harvard Medical School, Boston.

Von 1983 bis 1986 arbeitete Lehnert an der Medizinischen Universitäts-Poliklinik in Münster und von 1986 bis 1994 in der Abteilung für Endokrinologie und Stoffwechsel am Universitätsklinikum Mainz. Dort erlangte er auch seine Facharztanerkennung für Innere Medizin und die Zusatzbezeichnung Endokrinologie und habilitierte sich. Zwischen 1994 und 2005 leitete er die Klinik für Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen und für drei Jahre das Zentrum für Innere Medizin der Universität Magdeburg. Anschließend hatte er für zwei Jahre den Chair of Medicine der Warwick University Medical School inne.

Die von Lehnert geführte Medizinische Klinik I in Lübeck umfasst die Schwerpunkte Endokrinologie, Diabetologie und Stoffwechsel, Gastroenterologie, Hepatologie, Hämatologie, Onkologie und Hämostaseologie, Nephrologie und Transplantation und Notfallmedizin. Auf sechs Stationen bietet sie sämtliche Methoden der Hormonanalytik, neue Diabetestechnologien, diagnostische und interventionelle endoskopische Verfahren, hämatologische und hämostaseologische Diagnostik, autologe und allogene Knochenmarkstransplantation und sämtliche Verfahren des Nierenersatzes. Schwerpunkte in der Forschung liegen hier vor allem auf Endokrinologie und Diabetologie. Eine wichtige Rolle spielt dabei insbesondere die Neuroendokrinologie mit der Forschergruppe ‚Selfish Brain‘ und dem Sonderforschungsbereich ‚Plasticity and Sleep‘. Die Klinik arbeitet eng mit der Warwick Medical School zusammen – mit dem Ziel einer Universitätspartnerschaft und ein internationales Graduiertenkolleg zu etablieren.

Als Vorsitzender der DGIM ist Hendrik Lehnert auch für das inhaltliche Programm des Internistenkongresses 2011 verantwortlich. Erstmals stellt er den Kongress unter ein Leitthema – die Lebensphasen – und thematisiert damit bewusst den internistischen Patienten jeden Alters. Als Hauptthemen besetzt er einerseits die Stoffwechsel-

medizin und hier insbesondere Adipositas und Diabetes. Darüber hinaus wird die personalisierte Therapie in der Onkologie eine tragende Rolle einnehmen und mit ihr neueste Biomarker für Blut- und Krebserkrankungen. Mit Immunität und Entzündung knüpft der neue Kongresspräsident an den 116. Internistenkongress an. Unter dem Hauptthema Klinische Epidemiologie werden Fragen der Versorgungsforschung, Rationierung von medizinischen Maßnahmen und Ko-Morbiditäten diskutiert. Entscheidend ist dabei vor allem, dass diese Themen sämtliche Fächer der Inneren Medizin im Querschnitt abbilden.

Dem DGIM-Vorstand 2010/2011 gehört neben Professor Lehnert auch Professor Schölmerich als 1. stellvertretender Vorsitzender an. Zudem übernimmt Professor Dr. med. Joachim Mössner, Leipzig, satzungsgemäß das Amt des 2. stellvertretenden Vorsitzenden der DGIM. Er wird den Internistenkongress im Jahr 2012 ausrichten. Zur 3. stellvertretenden Vorsitzenden wurde Professor Dr. med. Elisabeth Märker-Hermann, Wiesbaden, gewählt. Sie wird damit die erste Präsidentin in der 130-jährigen Geschichte der DGIM. Als Generalsekretär amtiert Professor Dr. med. Hans-Peter Schuster aus Hildesheim. Die Kassenführung bleibt bei Herrn Professor Dr. med. Richard Raedsch, Wiesbaden. Geschäftsführer der DGIM ist Rechtsanwalt Maximilian Guido Broglie, ebenfalls Wiesbaden.

Neues von der Deutschen Stiftung Innere Medizin

Die Deutsche Stiftung Innere Medizin (DSIM) besteht seit nunmehr fünf Jahren. Als bisherige Stiftungsaktivität wird aus dem Stiftungsvermögen der „Präventionspreis Innere Medizin“ ausgelobt, den die Stiftung jährlich gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft Innere Medizin anlässlich des Internis-





**Preisverleihung auf dem Kongress 2010:
v.l.n.r.: Professor Dr. rer. nat. Jeanette Erdmann,
Dr. med. Sebastian Schmidt, Professor Manfred Weber**

tenkongresses verleiht. Das gewachsene Stiftungskapital machte es möglich, die Preissumme von ursprünglich 5000 Euro in diesem Jahr auf 10000 Euro anzuheben. Aufgrund der hohen Qualität der eingereichten Arbeiten entschied das Preiskomitee, den Preis zu teilen. Aus der Gesamtzahl von 19 Arbeiten wurden Professor Dr. rer. nat. Jeanette Erdmann, Medizinische Klinik II, Universitätsklinik Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, und Dr. med. Sebastian Schmidt, Medizinische Klinik I, Universitätsklinik Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, ausgewählt. Frau Professor Erdmann erhielt den Preis für ihre Arbeit „New susceptibility locus for coronary artery disease on chromosome 3q22.3“, die in *Nature Genetics* publiziert wurde. Darin identifizierte sie zwei neue Gene, das MRAS-Gen und das HNF-1A-Gen, welche zum Herzinfarkt prädisponieren. Herr Dr. Schmidt erhielt den Preis für seine Arbeit „Sleep loss impairs behavioral and metabolic components of human energy homeostasis“, die teilweise im *American Journal of Clinical Nutrition* publiziert und bei *Diabetes care* eingereicht wurde. Er konnte zeigen, dass eine verkürzte nächtliche Schlafdauer ein potenziell bedeutsamer Risikofaktor für die Entstehung von Diabetes mellitus und Übergewicht darstellt. Beide Autoren wurden bereits ausführlich in der Medizinischen Klinik 2010; 105:319–326 gewürdigt.

Finanziell steht die Deutsche Stiftung Innere Medizin gut da. Der Buchwert des Gesamtvermögens der Stiftung betrug zum 31. Dezember 2009 395 174,98 Euro. Die Mittel werden vom Deutschen Stiftungszentrum, im „Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft“, verwaltet. Das Berichtsjahr 2009 wurde zwischenzeitlich von der KPMG AG

Deutsche Treuhand-Wirtschaftsprüfungsgesellschaft geprüft und der Vermögensnachweis bestätigt. Das Stiftungskapital der Deutschen Stiftung Innere Medizin wurde aus vielfältigen Quellen eingeworben. Größter Zustifter war die DGIM selbst. Darüber hinaus haben zahlreiche Privatpersonen (Patienten, Freunde, Mitglieder unserer Gesellschaft), Industrieunternehmen, der Berufsverband Deutscher Internisten sowie das Kuratorium für Hemodialyse und Nierentransplantation zum Aufbau dieses Kapitalstocks beigetragen. Ihnen allen dankt das Stiftungskuratorium der DSIM mit besonderer Herzlichkeit. Der Kapitalstock sollte es auch in den kommenden Jahren ermöglichen, den Präventionspreis dauerhaft als Stiftungsaktivität auszuschütten. Für die Realisierung der weiteren Stiftungsziele wäre der Ausbau des bestehenden Kapitalstockes wünschenswert. Die DSIM ist deshalb dankbar für jede Spende/Zustiftung!

Professor Dr. med. Manfred Weber
Vorsitzender des Stiftungskuratoriums

Spendenkonto der Stiftung

Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Düsseldorf
BLZ: 300 606 01
Konto-Nr.: 0007 555 555

Fort- und Weiterbildung ■

1. Update Innere Medizin – DGIM-Internisten-Seminar

Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) e.V. hat mit dem Initiator und Tagungsleiter der hoch erfolgreichen Update-Veranstaltungen, Professor Dr. Christian Ell, Wiesbaden, und der med update GmbH Wiesbaden, vereinbart, die Updates Innere Medizin unter die Schirmherrschaft der DGIM zu stellen. Dabei sieht die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin ihre Aufgabe vor allem auch darin, gemeinsam mit den Schwerpunktgesellschaften der Inneren Medizin die für alle Internistinnen und Internisten relevanten Themen aus den einzelnen Schwerpunkten der Inneren Medizin zu definieren. Themen also, die für alle Internisten von einer derartigen Bedeutung sind, dass sie in einem Internisten-Update behandelt werden sollten. Wir wollen damit der Struktur der Inneren Medizin in Deutschland gerecht werden, die von einer allen Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin gemeinsamen Basis der Inneren Medizin ausgeht.

2. Intensivkurse Innere Medizin – Vorbereitung auf die Facharztprüfung und Refreshing Innere Medizin

Fortbildung ist eine essenzielle Aufgabe. Die Vielfalt der angebotenen Fortbildungsveranstaltungen ist groß. Dies ist ein Qualitätsmerkmal und belegt den hohen Grad zu Aktivität und Verantwortung aller Internistinnen und Internisten für ihr Gebiet. Innerhalb der vielfältigen Fortbildungsveranstaltungen stellt das System der Intensivkurse Innere Medizin – Vorbereitung auf die Facharztprüfung und Refreshing – ein besonderes, von der DGIM initiiertes Modell dar. Es ist bemerkenswert, dass bereits 1891 E. von Leyden in seiner Eröffnungsrede zum 10. Internistenkongress eine wissenschaftlich begründete Fortbildung in Form „referierender Vorträge“ zusätzlich zu den wissenschaftlichen Vorträgen als wichtigen Bestand des Kongresses hervorgehoben hat. Die Intensivkurse Innere Medizin stellen derzeit – neben dem hervorragenden Modell des Updates Innere Medizin – ein trotz der Vielfalt der Kursanbieter relativ geschlossenes und wesentliches Instrument der Fortbildung in der Inneren Medizin dar. Wegen häufiger, bei der Gesellschaft eingehender Fragen möchten wir im Folgenden den Rahmen aufzeigen, in dem sich diese Vielfalt entwickelt hat:

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)

Der erste Intensivkurs Innere Medizin fand 1994 in Mainz statt (Medizinische Klinik I der Universität). Er wurde 1998 in Buchform als „Intensivkurs zur Weiterbildung. Essentials Innere Medizin“ publiziert (Georg Thieme Verlag, Stuttgart; 4. Aufl. 2006). Das Kurssystem wurde von zahlreichen Universitätskliniken und Krankenhäusern übernommen und weiterentwickelt.

Landesärztekammer (LÄK)

Das Konzept wurde ebenfalls von unseren Landesärztekammern aufgegriffen und fortgeführt.

Berufsverband Deutscher Internisten (BDI)

Das Kurskonzept wurde ebenfalls von unserem Berufsverband übernommen, der die eigenen Kurse ankündigt.

3. Tagungen der Landesgesellschaften für Innere Medizin

Zwischen der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und den meisten der regionalen Länder-

gesellschaften für Innere Medizin haben sich gute Kontakte entwickelt, die vor allem durch wechselseitige Information und Kongressorganisation gekennzeichnet sind. So werden die Länderkongresse in den Organen der DGIM angekündigt, die DGIM übernimmt Schirmherrschaften zu den Länderkongressen, und die Landesgesellschaften selbst haben die Möglichkeit, zum Wiesbadener Kongress ein Gastsymposium auszurichten. Die DGIM bietet mit ihren Zeitschriften, ihrem Wiesbadener Internistenkongress, den Intensivkursen Innere Medizin – Vorbereitung auf die Facharztprüfung und Refreshing, dem Update Innere Medizin und der Schirmherrschaft zu einzelnen wichtigen Jahreskongressen der Landesgesellschaften für Innere Medizin eine umfassende, wissenschaftlich begründete Fortbildung und Weiterbildung in der Inneren Medizin an.

med update: Fortbildung unter der Schirmherrschaft der DGIM

Die DGIM versteht sich seit jeher als wichtiger Initiator der medizinischen Fort- und Weiterbildung ihrer Mitglieder. Auf der Suche nach neuen, zeitgemäßen Konzepten entdeckte der Vorstand der DGIM im Jahr 2007 die Update-Kongresse des Wiesbadener Unternehmens med update GmbH. Die Gemeinsamkeiten waren schnell definiert. Die Updates bieten genau das, was Ärzte der internistischen Fachrichtungen suchen.

Das besondere am Konzept: Einfach, aber doch genial

Die Update-Seminare umfassen jeweils 14–16 Themenbereiche, die so zusammengestellt sind, dass der Fachbereich komplett abgedeckt wird. So umfasst das Internisten Update etwa die Themen Pneumologie, Gastroenterologie, Kardiologie, Endokrinologie, Angiologie und weitere Kernbereiche in der internistischen Praxis (mehr Info zum Programm unter: www.internisten-update.com). Jeder Themenbereich ist aufgliedert in eine Vortragszeit von 40 Minuten zuzüglich 20 Minuten Diskussion. Innerhalb einer Seminarstunde gibt der Referent einen Überblick über die relevantesten Publikationen des vergangenen Jahres. Bevorzugt werden klinische Studien vorgestellt, die in Peer-Review-Journals veröffentlicht wurden. Natürlich dürfen aber auch aktuelle Leitlinien und umfassende hochrangig publizierte Reviews nicht fehlen, denn auch sie gehören zu dem „Muss“ der ärztlichen Lektüre. Neben der reinen Zusammenfassung der Studien

bzw. der veröffentlichten Arbeiten beurteilen die Referenten die Studienergebnisse noch nach ihrer klinischen Relevanz und geben klare Empfehlungen für den ärztlichen Alltag.

Keiner hat heute noch die Zeit, sich durch 20 Journals zu arbeiten

Die Arbeitsbelastung in Klinik und Praxis wird immer höher – dennoch besteht mehr denn je der Anspruch, dass ein Arzt ständig auf dem neuesten wissenschaftlichen Stand sein sollte. In unserem Informationszeitalter stehen die Informationen jedem jederzeit zur Verfügung. Woher aber die Zeit nehmen, jedes Journal zu screenen und die Arbeiten hinsichtlich statistischer Signifikanz, Methodik und Validität der Ergebnisse selbst zu beurteilen? Und genau hier setzen die Update-Seminare an: In genau zwei Fortbildungstagen erhalten die Teilnehmer einen Überblick der relevanten Publikationen des vergangenen Jahres sowie deren Implikationen auf das tägliche ärztliche Handeln und sind so in ihrem Fachgebiet wieder komplett auf dem neuesten Stand.

Die Teilnehmer erwarten Qualität

Update-Seminare sind kostenpflichtige Fortbildungsseminare. Je nach Anmeldedatum betragen die Teilnahmegebühren zwischen 275 und 400 Euro. In diesem Betrag inbegriffen ist neben der Veranstaltung und der Verpflegung vor Ort ein hochwertiges Handbuch mit Manuskripten zu allen Themenbereichen. Diese Manuskripte beleuchten nicht nur die Studien, die im Vortrag abgehandelt wurden, sondern sind eine Zusammenfassung und Beurteilung von weiteren relevanten 50–80 Publikationen. Das Handbuch ist auch unabhängig von der Anwesenheit am Seminar käuflich zu erwerben (offizieller Verkaufspreis: 149 Euro, zu beziehen bei med publico, Wiesbaden). Im Nachgang zu der Veranstaltung erhalten alle Teilnehmer eine CD-ROM mit den Vorträgen der Referenten. Trotz der Teilnahmegebühren ist aber auch bei den Update-Seminaren die finanzielle Unterstützung durch die Industrie notwendig, um eine solche Veranstaltung durchführen zu können.

Aktualität gepaart mit Neutralität sind die Attraktionen

Über alle Update-Seminare kann man eines feststellen: Sie erfreuen sich wachsender Beliebtheit. Die Teilnehmerzahlen steigen stetig. Nachdem das Internisten Update im Jahr 2006 am Standort Wiesbaden mit 616 Teilnehmern begann, hatte das Seminar im Jahr 2009 bereits 1 431 teilnehmende

Ärztinnen und Ärzte an den Kongresslokalitäten Wiesbaden und Berlin. Das Internisten Update wird aufgrund des großen Erfolgs im kommenden Jahr an drei Standorten stattfinden: Wiesbaden, Berlin und München. Was die Teilnehmer so an den Update-Seminaren reizt, ist die Aktualität der Vorträge gepaart mit der Neutralität der Seminarinhalte. Für alle internistischen Seminare, bei denen die DGIM die Schirmherrschaft inne hat, erhalten die DGIM-Mitglieder eine Reduktion der Teilnahmegebühren von 25 Euro. Für Assistenzärztinnen oder Assistenzärzte gilt eine weitere Reduktion von 25 Euro. So wird den DGIM-Mitgliedern eine ganze Bandbreite hochwertiger Fortbildungen zu Sonderkonditionen gewährleistet. In dem Sinne freuen sich die Referenten und die wissenschaftlichen Leiter der Update-Seminare sowie die DGIM auf eine rege Seminarteilnahme und zahlreiche Rückmeldungen zu dem Konzept.

Internistische Update-Seminare 2010/2011

Internisten Update	www.internisten-update.com
Angio Update	www.angio-update.com
Cardio Update	www.cardio-update.com
Diabetes Update	www.diabetes-update.com
Gastro Update	www.gastro-update.com
Intensiv Update	www.intensiv-update.com
Nephro Update	www.nephro-update.com
Onko Update	www.onko-update.com
PCI Update	www.pci-update.com
Pneumo Update	www.pneumo-update.com
Rheuma Update	www.rheuma-update.com
Rhythmo Update	www.rhythmo-update.com

Tabelle 1: Internistische Update-Seminare 2010/2011 in Kooperation mit der DGIM (Informationen über Tagungsort und Zeitraum finden Sie im Internet).

Einen Überblick über das Fortbildungsangebot der DGIM und ihre Schirmherrschaften in der Fortbildung Innere Medizin geben die nachfolgenden Abbildungen 4 und 5.

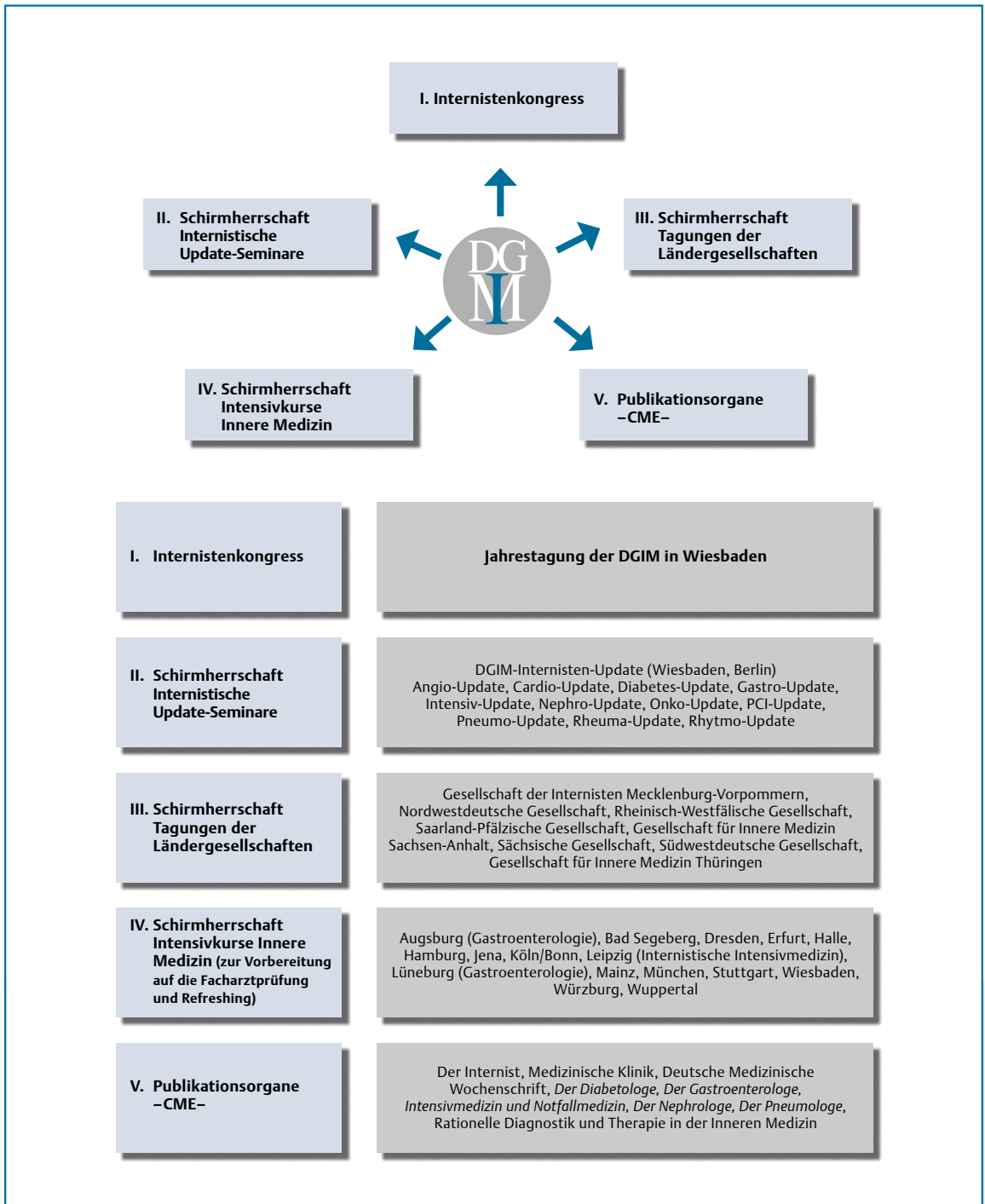


Abbildung 4: Das Fort- und Weiterbildungsangebot der DGIM auf einen Blick

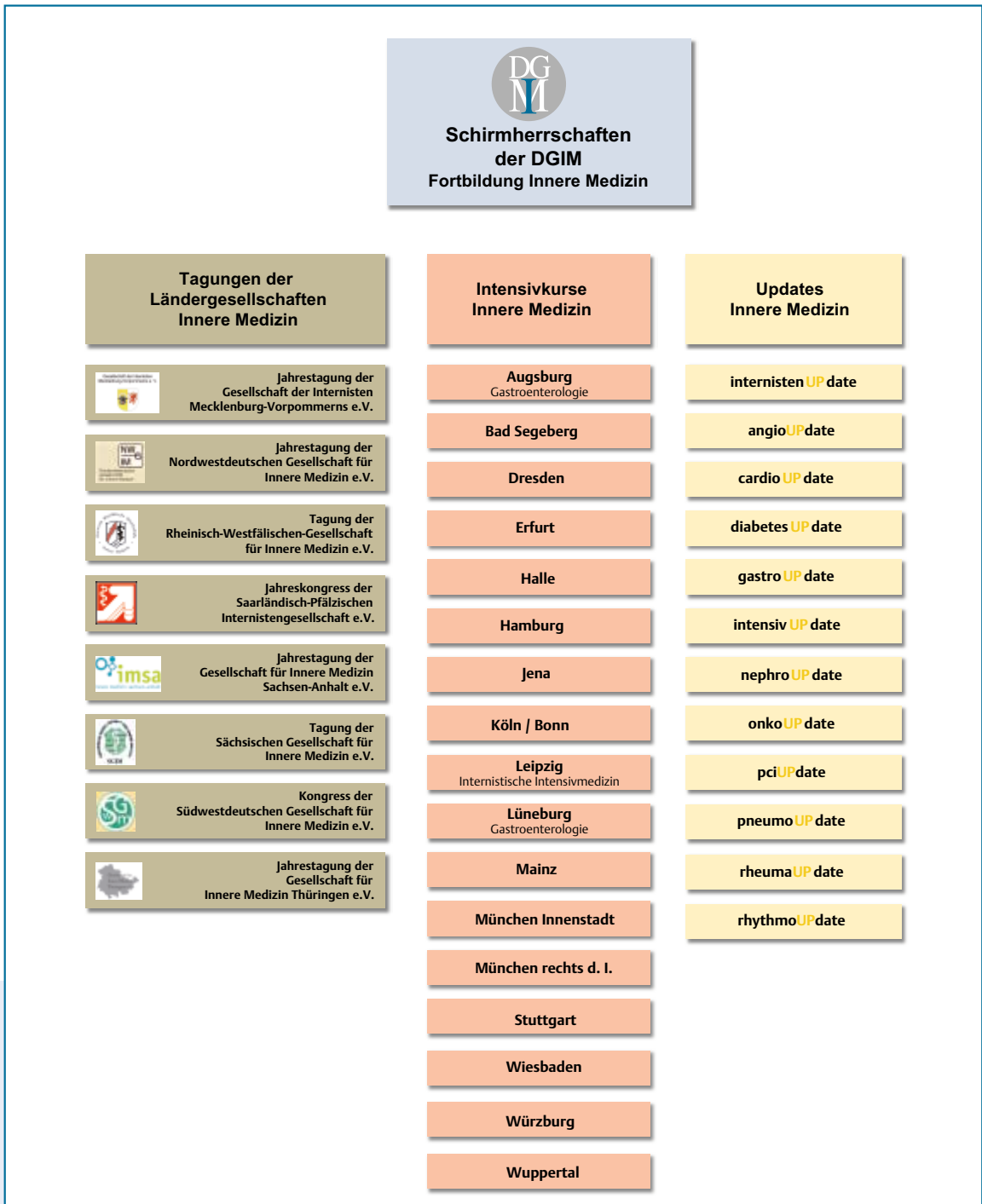


Abbildung 5: Die Schirmherrschaften der DGIM in der Fortbildung Innere Medizin

Die Gremien der DGIM 2010/2011

Die Wahlen zu den Gremien der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin fanden im Rahmen der Sitzungen von Vorstand und Ausschuss und der Ordentlichen Mitgliederversammlung während des 116. Internistenkongresses 2010 in Wiesbaden statt.

Vorstand

Satzungsgemäß ist der bisherige 1. stellvertretende Vorsitzende Professor Dr. med. Rainer Kolloch (Bielefeld) aus dem Vorstand ausgeschieden. Neu in den Vorstand gewählt wurde Professor Dr. med. Elisabeth Märker-Hermann (Wiesbaden).

Prof. Dr. med. H. Lehnert (Lübeck), Vorsitzender
Prof. Dr. med. J. Schölmerich (Regensburg), 1. stellvertretender Vorsitzender
Prof. Dr. med. J. Mössner (Leipzig), 2. stellvertretender Vorsitzender
Prof. Dr. med. E. Märker-Hermann (Wiesbaden), 3. stellvertretende Vorsitzende
Prof. Dr. med. H.-P. Schuster (Hildesheim), Generalsekretär
Prof. Dr. med. R. Raedsch (Wiesbaden), Kassensführer

Geschäftsführer

RA M. G. Broglie (Wiesbaden)

Ausschuss

Von der DGIM gewählte Mitglieder im Ausschuss

Prof. Dr. med. M. Borggreve (Mannheim)
Prof. Dr. med. G. R. Burmester (Berlin)
Prof. Dr. med. J. Floege (Aachen)
Prof. Dr. med. M. Hallek (Köln)
Prof. Dr. med. G. Hasenfuß (Göttingen)
Prof. Dr. med. F. J. F. Herth (Heidelberg-Rohrbach)
Prof. Dr. med. G. Hintze (Bad Oldesloe)
Prof. Dr. med. D. Lüttje (Osnabrück)
Prof. Dr. med. J. F. E. Mann (München)
Prof. Dr. med. W.-J. Mayet (Sanderbusch)
Dr. med. Ch. Müller (Bad Berka)
Prof. Dr. med. U. Müller-Ladner (Bad Nauheim)
Prof. Dr. med. E. Pilger (Graz)
Prof. Dr. med. Ch. Rump (Düsseldorf)
Prof. Dr. med. P.-M. Schumm-Dräger (München-Bogenhausen)

Prof. Dr. med. M. Stumvoll (Leipzig)
Prof. Dr. med. N. Suttrop (Berlin)
Prof. Dr. med. W. Vogel (Innsbruck)
Prof. Dr. med. B. Wörmann (Hamburg)
Prof. Dr. med. A. M. Zeiher (Frankfurt am Main)

Repräsentanten der Schwerpunkte der Inneren Medizin

Prof. Dr. med. R. Brunkhorst (Hannover), Nephrologie
Prof. Dr. med. A. Creutzig (Hannover), Angiologie
Prof. Dr. med. W. L. Gross (Lübeck), Rheumatologie
Prof. Dr. med. M. Kelm (Düsseldorf), Kardiologie
Prof. Dr. med. W. V. Kern (Freiburg), Infektiologie
Prof. Dr. med. K. Mann (Essen), Endokrinologie
Prof. Dr. med. A. Neubauer (Marburg), Hämatologie und Onkologie
Prof. Dr. med. M. Pfeifer (Regensburg/Donaustauf), Pneumologie
Prof. Dr. med. W. Schepp (München-Bogenhausen), Gastroenterologie und Hepatologie
Prof. Dr. med. C. Sieber (Nürnberg), Geriatrie
Prof. Dr. med. H.-J. Trappe (Herne), Internistische Intensiv- und Notfallmedizin

Repräsentant des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI)

Dr. med. W. Wesiack (Hamburg)

Repräsentant der Korporativen Mitglieder

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

Repräsentant der ÖGIM

Österreichische Gesellschaft für Innere Medizin
Prof. Dr. med. E. Pilger (Graz)

Repräsentant der SGIM

Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin
Prof. Dr. med. E. Battegay (Zürich)

Komitee für den „Theodor-Frerichs-Preis 2011“

Prof. Dr. med. M. Reincke (München), Vorsitzender
Prof. Dr. med. H. Pavenstädt (Münster)
Prof. Dr. med. M. Zeitz (Berlin)
Prof. Dr. med. G. Nickenig (Bonn)
Prof. Dr. med. A. Neubauer (Marburg)

■ Komitee für den Präventionspreis Innere Medizin 2011

Prof. Dr. med. M. Weber (Köln), Vorsitzender
 Prof. Dr. med. D. Klaus (Dortmund)
 Prof. Dr. med. H. Greten (Hamburg)
 Prof. Dr. med. W. Hiddemann (München)
 Prof. Dr. med. C. F. Vogelmeier (Marburg)

■ Kommission „Struktur – Krankenversorgung“

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

■ Kommission „Wissenschaft – Nachwuchsförderung“

Prof. Dr. med. E. Märker-Hermann (Wiesbaden), Vorsitzende
 Dr. med. A. Althoff (Gießen)
 PD Dr. med. C. Espinola-Klein (Mainz)
 Prof. Dr. med. G. Fätkenheuer (Köln)
 PD Dr. med. J. Graf (Frankfurt am Main)
 PD Dr. med. J. Hampe (Kiel)
 Prof. Dr. med. R. Knöll (London)
 Prof. Dr. med. F. Lammert (Homburg/Saar)
 Prof. Dr. med. N. Malek (Hannover)
 Prof. Dr. med. E. Mischak-Weissinger (Hannover)
 Prof. Dr. med. G. Nickenig (Bonn)
 Prof. Dr. med. M. Schott (Düsseldorf)
 Prof. Dr. med. E. Schulze-Lohoff (Duisburg)

■ Kommission „Leitlinien, Diagnostik und Therapie“

Prof. Dr. med. G. Hasenfuß (Göttingen), Vorsitzender
 Prof. Dr. med. S. Andreas (Immenhausen), Pneumologie
 Prof. Dr. med. H. Klein (Beckum), Endokrinologie
 Prof. Dr. med. J. Mössner (Leipzig), Gastroenterologie/Hepatologie
 Prof. Dr. med. G. A. Müller (Göttingen), Nephrologie/Rheumatologie
 Prof. Dr. med. U. Sechtem (Stuttgart), Kardiologie
 Prof. Dr. med. L. Trümper (Göttingen), Hämatologie-Onkologie

■ Kommission „Aus-, Weiter- und Fortbildung“

Prof. Dr. med. M. Hallek (Köln), Vorsitzender
 Prof. Dr. med. R. Brunkhorst (Hannover), Nephrologie
 Prof. Dr. med. A. Creutzig (Hannover), Angiologie
 Prof. Dr. med. K.-M. Derwahl (Berlin), Endokrinologie
 Prof. Dr. med. U. Janssens (Eschweiler), Intensiv- und Notfallmedizin
 Prof. Dr. med. W. V. Kern (Freiburg), Infektiologie
 Prof. Dr. med. M. Lerch (Greifswald), Gastroenterologie
 Prof. Dr. med. H. Link (Kaiserslautern), Hämatologie/Onkologie
 Dr. med. M. Meisel (Dessau), Geriatrie
 Prof. Dr. med. M. Pfeifer (Regensburg/Donaustauf), Pneumologie
 Prof. Dr. med. M. Sigmund (Wiesbaden), Kardiologie
 Prof. Dr. med. J. Wollenhaupt (Hamburg), Rheumatologie

■ Herausbergremium „Rationelle Diagnostik und Therapie in der Inneren Medizin“

Prof. Dr. med. J. Meyer (Mainz), federführend
 Prof. Dr. med. W. E. Fleig (Leipzig)
 Prof. Dr. med. W. V. Kern (Freiburg)
 Prof. Dr. med. P. R. Mertens (Magdeburg)
 Prof. Dr. med. O. A. Müller (München)
 Prof. Dr. med. M. Pfeifer (Regensburg/Donaustauf)
 PD Dr. med. Ch. Specker (Essen)
 Prof. Dr. med. N. Weiss (Dresden)

■ Task Force „Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin“

Prof. Dr. med. Tobias Welte (Hannover), Vorsitzender
 Prof. Dr. med. M. Buerke (Halle/Saale)
 Prof. Dr. med. G. Ertl (München)
 Prof. Dr. med. U. Janssens (Eschweiler)
 Prof. Dr. med. H. Messmann (Augsburg)
 Prof. Dr. med. J. Schölmerich (Regensburg) N.N., Hämatologie-Onkologie
 Prof. Dr. med. R. Brunkhorst (Hannover), Nephrologie
 PD Dr. med. M. Ferrari (Jena), Kardiologie
 Dr. med. H. J. Heppner (Nürnberg), Geriatrie
 PD Dr. med. P. Kern (Bad Dürkheim), Rheumatologie
 Prof. Dr. med. K.-L. Schulte (Berlin), Angiologie
 Dr. med. S. Rosseau (Berlin), Pneumologie
 Prof. Dr. med. J. Schopohl (München), Endokrinologie
 Prof. Dr. med. N. Suttorp (Berlin), Infektiologie
 Prof. Dr. med. Ch. Trautwein (Aachen), Gastroenterologie

■ **Beauftragter Korporative Mitglieder**

Prof. Dr. med. U. R. Fölsch (Kiel)

■ **Sprecher der Korporativen Mitglieder**

Dr. med. Dipl.-Ing. F.-J. Wingen (Bayer Vital GmbH),
Vorsitzender

Dr. H. M. Jakob (Boehringer Ingelheim Pharma
GmbH & Co. KG)

Dr. W. Wiegers (Georg Thieme Verlag KG)

■ **Stiftungsbeauftragter Deutsche Stiftung Innere Medizin (DSIM)**

Prof. Dr. med. M. Weber (Köln)

Stiftungskuratorium der DSIM

Prof. Dr. med. H. Lehnert (Lübeck)

Prof. Dr. med. H.-P. Schuster (Hildesheim)

Prof. Dr. med. M. Weber (Köln)

Doris Zirkler, Deutsches Stiftungszentrum (Essen)

■ **Delegierte AWMF**

Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher
Medizinischer Fachgesellschaften

Prof. Dr. med. K. H. Rahn (Münster)

Prof. Dr. med. J. Floege (Aachen), stellvertretend

■ **Delegierte EFIM**

European Federation of Internal Medicine

Prof. Dr. med. J. Köbberling (Wuppertal)

Prof. Dr. med. P.-M. Schumm-Dräger (München-
Bogenhausen)

■ **Delegierte DIVS**

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für
Schmerztherapie

Prof. Dr. med. Ch. Baerwald (Leipzig)

Prof. Dr. med. E. Heidemann (Stuttgart)

PD Dr. med. A. Rühl (München)

■ **Delegierter DSG**

Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft

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

■ **Delegierte DNVF**

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung

Dr. med. F. Moosig (Bad Bramstedt)

PD Dr. med. K. Parhofer (München)

■ **Kuratorium MEDICA**

Prof. Dr. med. U. F. Fölsch (Kiel)

Prof. Dr. med. H.-P. Schuster (Hildesheim)

■ **Träger der Gustav-von-Bergmann-Medaille**

2010 Prof. Dr. med. Dr. h.c. K. Kochsiek (Würzburg)

2009 Prof. Dr. med. Dres. h.c. mult. M. Classen
(München)

2008 Prof. Dr. med. Dr. h.c. P. C. Scriba (München)

2007 Prof. Dr. med. Dr. h.c. V. Diehl (Köln)
Prof. Dr. med. H.-P. Schuster (Hildesheim)

2005 Prof. Dr. med. Dr. med. vet. K.-H. Meyer zum
Büschenfelde (Berlin)

2004 Prof. Dr. med. Dr. h.c. W. Creutzfeldt
(Göttingen) †

2001 Prof. Dr. med. Dres. h.c. mult. H. G. Lasch
(Gießen) †

Prof. Dr. med. Dr. h.c. W. Gerok (Freiburg i. Br.)

2000 Prof. Dr. med. Dr. h.c. P. Schölmerich (Mainz)
Prof. Dr. med. Dr. h.c. W. Siegenthaler
(Zürich)

1999 Prof. Dr. med. Dr. h.c. R. Gross (Köln) †

1996 Prof. Dr. med. Dres. h.c. mult. G. Schettler
(Heidelberg) †

1994 Prof. Dr. med. Dr. h.c. H.-E. Bock (Tübingen) †

■ **Ehrenmitglieder der DGIM**

Prof. Dr. med. H. Van Aken (Münster)

Prof. Dr. med. F. Anschutz (Darmstadt)

Prof. Dr. med. Dres. h.c. mult. M. Classen (München)
OB a.D. H. Diehl (Wiesbaden)

Prof. Dr. med. Dr. h.c. V. Diehl (Köln)

Prof. Dr. med. K. M. Einhäupl (Berlin)

Prof. Dr. med. A. Encke (Frankfurt a. M.)

Prof. Dr. med. Dres. h.c. K. Federlin (Gießen)

Prof. Dr. med. U. Fölsch (Kiel)

Prof. Dr. med. Dr. h.c. W. Gerok (Freiburg i. Br.)

Prof. Dr. med. H. Greten (Hamburg)

Prof. Dr. med. Dr. h.c. H. zur Hausen (Heidelberg)

Prof. Dr. med. D. L. Heene (Mannheim)

Prof. A. F. Hofmann, MD (San Diego, USA)

Prof. Dr. med. D. Jorke (Jena)

Prof. Dr. med. K. M. Koch (Hannover)

Prof. Dr. med. Dr. h.c. K. Kochsiek (Würzburg)

Prof. Dr. med. J. Köbberling (Wuppertal)

Prof. Dr. med. F. Krück (Bonn)

Prof. Dr. med. D. Lohmann (Leipzig)

Prof. Dr. med. J. van de Loo (Münster)

Prof. Dr. Dr. h.c. F. Loogen (Düsseldorf)

Prof. Dr. med. H. Mehnert (München)

Prof. Dr. med. J. Meyer (Mainz)

Prof. Dr. med. Dr. med. vet. K.-H. Meyer
zum Büschenfelde (Berlin)

Prof. Dr. med. St. O'Rahilly (Cambridge, UK)

Prof. Dr. med. K.-H. Rahn (Münster)

Prof. Dr. med. S. A. Raptis (Athen)

Prof. Dr. med. G. Riecker (München)

Prof. Dr. med. J. F. Riemann (Ludwigshafen)

Prof. Dr. med. H. Schmidt (Wiesbaden)

Prof. Dr. med. Dr. h.c. P. Schölmerich (Mainz)

Prof. Dr. med. Dr. h.c. P. C. Scriba (München)

Prof. Dr. sc. med. Dr. h.c. K. Seige (Halle)

Prof. Dr. med. Dr. h.c. W. Siegenthaler (Zürich)

Prof. Dr. med. P. M. Suter (Genf)

Prof. Dr. med. K.-H. Usadel (Frankfurt/Main)

Prof. Dr. med. H.-D. Waller (Tübingen)

Prof. Dr. med. T. R. Weihrauch (Wuppertal)

Dr. med. H. Weinholz (Berlin)

Prof. Dr. med. E. Wetzles (Rosenheim)

Prof. Dr. med. P. von Wichert (Hamburg)

Prof. Dr. med. H. P. Wolff (Mainz)

Prof. Dr. med. N. Zöllner (München)

Elsevier GmbH, München
www.elsevier.de

Fachklinik Dr. Herzog, Nidda
www.fachklinikdrherzog.de

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

Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart
www.thieme.de

GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG, München
www.glaxosmithkline.de

InterComponentWare AG, Walldorf
www.icw-global.com

Karl Storz GmbH & Co. KG, Tuttlingen
www.karlstorz.de

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

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

Novartis Pharma GmbH, Nürnberg
www.novartispharma.de

Novo Nordisk Pharma GmbH, Mainz
www.novonordisk.de

Nycomed Deutschland GmbH, Konstanz
www.nycomed.de

Pfizer Pharma GmbH, Berlin
www.pfizer.de

Roche Pharma AG, Grenzach-Wyhlen
www.roche.de

Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, Berlin
www.sanofi-aventis.de

Schwarz Pharma Deutschland GmbH, Monheim
www.schwarzpharma.de

Siemens AG, Erlangen
www.medical.siemens.com

Springer Medizin Verlag GmbH, Heidelberg
www.springer.com

UpToDate, Zoetermeer, Niederlande
www.uptodate.com

■ Korporative Mitglieder

Abbott GmbH & Co. KG Medizin Deutschland,
Wiesbaden
www.abbott.com

Astra Zeneca GmbH, Wedel
www.astrazeneca.de

Bayer Vital GmbH, Leverkusen
www.bayer.de

Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG,
Ingelheim
www.boehringer-ingelheim.de

Deutsche Ärzteversicherung AG, Köln
www.aerzteversicherung.de

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln
www.aerzteverlag.de

Dr. Falk Pharma GmbH, Freiburg
www.dr-falkpharma.de

Ehrungen der DGIM 2010

■ Ehrenmitgliedschaft der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin für Professor Karl Max Einhäupl

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. hat Professor Dr. med. Karl Max Einhäupl auf ihrem 116. Internistenkongress die Ehrenmitgliedschaft verliehen.

Professor Karl Max Einhäupl wurde 1947 in München geboren. Nach Schulzeit und Studium in München erfolgte 1975 die Promotion und kurzzeitig die Leitung einer Allgemeinpraxis. Rasch wechselte er in die neurologische Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München, wo er sich 1986 mit einer Arbeit zu Klinik und Pathophysiologie von Hirnvenen- und Sinusthrombosen habilitierte. Nach einem Intermezzo als C3-Professor für neurologische Intensivmedizin in München folgte 1992 der Ruf auf den Lehrstuhl für Neurologie an der Charité in Berlin. Seine wissenschaftlichen Schwerpunkte liegen auf vaskulären Veränderungen des Zentralnervensystems, die klinischen Schwerpunkte reichen vom Schlaganfall bis zur Demenz. Von 1995 bis 2004 war er Sprecher eines Sonderforschungsbereiches der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG), sowie ab 1996 einer klinischen Forschergruppe und ab 1999 eines Kompetenznetzes des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) zum Schlaganfall. 2008 schließlich gelang die Einrichtung des Exzellenzclusters „Neurocore“.



Professor Dr. med. Karl Max Einhäupl

Von 1997 an war Karl Max Einhäupl Mitglied und von 2001 bis 2006 Vorsitzender des Wissenschaftsrats und in dieser Funktion an vielen Stellen engagiert für Medizin und klinische Forschung. Neben dieser Tätigkeit war er Mitglied des Senats der DFG, der Max-Planck-Gesellschaft, der Leibniz- und der Helmholtz-Gemeinschaft sowie des Lenkungsgremiums des nationalen Genomforschungsnetzes. Seit 2008 leistet er als Vorstandsvorsitzender der Charité – Universitätsmedizin Berlin die wohl schwierigste Aufgabe der deutschen Universitätsmedizin.

Karl Max Einhäupl wurde durch viele Ehrungen ausgezeichnet – hier seien nur die Mitgliedschaft in der Leopoldina und das Bundesverdienstkreuz erwähnt. Wir ehren einen bedeutenden Wissenschaftler, dem wir auch als Wissenschaftspolitiker viel verdanken.

■ Ehrenmitgliedschaft der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin für Professor Alan F. Hofmann

Auf dem diesjährigen Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. wurde Professor Alan F. Hofmann, MD, FRCP, AGAFm die Ehrenmitgliedschaft der Gesellschaft verliehen.

Professor Alan Frederik Hofmann wurde am 17. Mai 1931 in Baltimore/USA geboren. Nach erfolgreichem Studium an der John Hopkins University sowie Internship und Residency an der Columbia University New York folgte eine Zeit an den National Institutes of Health. Die entscheidende Prägung kam durch Bergström in Lund, wo die Prinzipien der Fettverdauung und die Rolle der Gallensäuren dabei entdeckt wurden. Es folgten vier fruchtbare Jahre an der Rockefeller University in New York und elf sehr produktive Jahre an der Mayo Clinic in Rochester. Die Gallensäuremalabsorption wurde entdeckt, ebenso die Möglichkeiten der Gallenaufklärung und die enterische Hyperoxalurie. Seit 1977 forscht und lehrt Alan Hofmann an der University of California in San Diego. Dort hat er Generationen von Fellows aus der ganzen Welt und insbesondere auch aus Deutschland (darunter zwei Mitglieder des derzeitigen Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin) stimuliert, gefördert und als Mentor begleitet.

Eine bemerkenswerte Beschreibung der lebenslangen Beschäftigung mit dem Thema der Gallensäuren findet sich in der Zeitschrift *Hepatology* im Jahr 2009: „Bile acids – trying to understand their chemistry and biology with the hope of helping patients“.



**Professor Alan F. Hofmann,
MD, FRCP, AGAFm**

Alan Hofmann hat in besonderer Weise ein Wissenschaftlerleben lang ein Thema weiterentwickelt und immer die Interaktion zwischen Labor und Klinik und zurück, die heute translationale Forschung genannt wird, verkörpert. Er wurde dafür vielfach geehrt – heute tut dies auch die Gesellschaft für Innere Medizin mit der Ehrenmitgliedschaft.

Wir ehren einen Wissenschaftler und Mediziner, der die hepatologische Forschung in Deutschland durch viele seiner Schüler wesentlich geprägt hat und dem wir viele unserer Kenntnisse über die intestinale Funktion verdanken.

■ Ehrenmitgliedschaft der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin für Professor Jürgen F. Riemann

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. überreichte Professor Dr. med. Jürgen F. Riemann anlässlich ihrer 116. Jahrestagung die Urkunde als Ehrenmitglied der Gesellschaft.

Professor Jürgen F. Riemann wurde 1943 in Wiesbaden geboren. Nach dem Studium in Tübingen und Innsbruck promovierte er mit einer morphologischen Untersuchung der Rektumschleimhaut bei Diabetes mellitus. Diese Neigung zur Morphologie vertiefte er von 1970 bis 1971 durch einen For-

schungsaufenthalt an der Pathologie der Universität von Wisconsin. Nach der Weiterbildungszeit bei Ludwig Demling in Erlangen erfolgte 1979 die Habilitation mit einer elektronenmikroskopischen Untersuchung des Darmes. 1985 wurde Jürgen Riemann Direktor der Medizinischen Klinik in Ludwigshafen. Dort hat er seine wissenschaftlichen Interessen mit dem Schwerpunkt auf Gastroenterologie und Endoskopie bearbeitet – als typischer Vertreter der damaligen Erlanger Schule. Daraus entwickelte sich ein starkes Interesse an Prävention.

Jürgen Riemann ist Vorstandsvorsitzender der Stiftung Lebensblicke, die sich der Bekämpfung des Kolonkarzinoms widmet. Für die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin gestaltete er 2001 als deren Vorsitzender einen eindrucksvollen Kongress mit großer Ausstrahlung in die Öffentlichkeit. Er ist als Kontaktperson zwischen der DGIM und dem Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) nach wie vor aktiv in die Entwicklung unserer Gesellschaft involviert. Jürgen Riemann wurde durch viele Preise und Ehrenmitgliedschaften geehrt, er ist Mitherausgeber der Zeitschrift *Der Internist* und der *Deutschen Medizinischen Wochenschrift*. Er hat ein Standardlehrbuch zur Gastroenterologie herausgegeben. 300 Publikationen, 40 Promotionen, 8 Habilitationen und 20 Chefärzte aus seiner Schule belegen seine erfolgreiche Tätigkeit.

Wir ehren einen Internisten, Gastroenterologen und Berufspolitiker sowie einen Visionär und Vorkämpfer der Prävention.



Professor Dr. med. Jürgen F. Riemann

Verleihung der Gustav-von-Bergmann-Medaille

Die Gustav-von-Bergmann-Medaille wird regelmäßig anlässlich der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. in Wiesbaden verliehen. Im Jahr 2010 ehrt die DGIM damit Professor Dr. med. Dr. h.c. Kurt Kochsiek für seine besonderen Verdienste um die Innere Medizin und die Fachgesellschaft.



**Professor Dr. med. Dr. h.c.
Kurt Kochsiek**

Professor Kurt Kochsiek wurde 1930 in eine Arztfamilie geboren. Er studierte in Mainz, Göttingen, Zürich und Heidelberg bis zum Staatsexamen 1955. Nach einem Lehrjahr in der Pathologie und Promotion in Heidelberg, Medizinal- und Assistentenzeit wurde

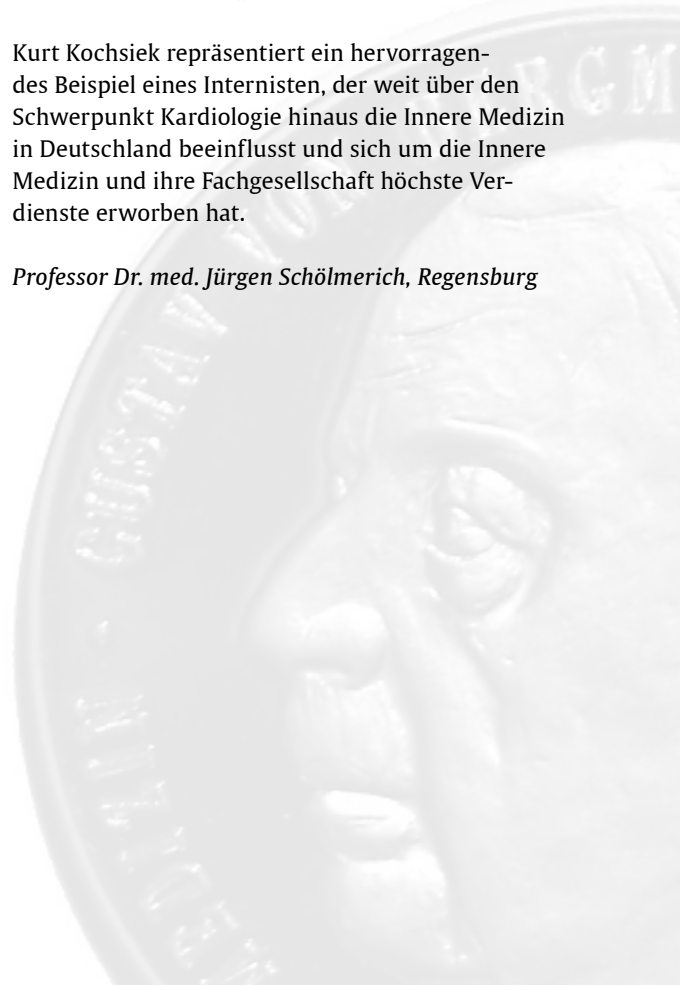
er Oberarzt an der Medizinischen Universitätsklinik in Göttingen. Auf einen Studienaufenthalt an der Johns Hopkins University in Baltimore und an den National Institutes of Health in Bethesda folgte die Habilitation mit einer Arbeit zur Kälteverdünnungsmethode bei der Herzfunktionsdiagnostik. Nach seiner Zeit als Oberarzt und Außerordentlicher Professor erhielt er 1973 den Ruf nach Tübingen. Von dort folgte er 1980 einem Ruf nach Würzburg, wo er bis zu seiner Emeritierung im

Jahr 1998 als Direktor der Medizinischen Klinik der Universität tätig war.

Kurt Kochsiek hat als Vorsitzender des Fachausschusses praktische Medizin der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) und des Wissenschaftsrats wichtige Impulse für die Medizin in Deutschland gegeben. Auf seine Initiative hin erfolgte die Empfehlung an die DFG zur Einführung klinischer Forschergruppen. Er war Dekan der Medizinischen Fakultät in Würzburg und Vorsitzender der DGIM im Jahr 1990/1991. Der Schwerpunkt seiner wissenschaftlichen Arbeiten lag auf Untersuchungen zur Physiologie, Pathophysiologie und Pharmakologie der Koronardurchblutung. Unter anderem als Mitglied der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina wirkt er über seine Emeritierung hinaus und widmet sich insbesondere den Themen „Altern- und Gesellschaft“ und „Alter und Gesundheit“.

Kurt Kochsiek repräsentiert ein hervorragendes Beispiel eines Internisten, der weit über den Schwerpunkt Kardiologie hinaus die Innere Medizin in Deutschland beeinflusst und sich um die Innere Medizin und ihre Fachgesellschaft höchste Verdienste erworben hat.

Professor Dr. med. Jürgen Schölmerich, Regensburg



Vorstandsbeschlüsse der DGIM 2009/2010

Im Folgenden werden grundlegende und zielorientierte Beschlüsse des Vorstandes der DGIM, nicht jedoch die operativen Beschlüsse zur laufenden Geschäftsführung wiedergegeben.

*Professor Dr. med. Hans-Peter Schuster, Hildesheim
Generalsekretär der DGIM*

■ Beschluss des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. vom 3. Juli 2009

Patenland Internistenkongress

Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. beschließt, dass zur Förderung der internationalen Beziehungen der Gesellschaft ab dem 116. Internistenkongress in Wiesbaden jeweils ein wechselndes Patenland an die Jahrestagung gebunden werden kann. Die hierfür anfallenden Reisekosten werden entsprechend der gültigen Rahmenbedingungen der Reisekostenerstattung für eingeladene Referenten / Vorsitzende (die Nichtmitglieder der DGIM sind) des Kongressorganisationserstattet.

■ Beschlüsse des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. vom 20. Oktober 2009

Preisvergabe Präventionspreis Innere Medizin

Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. schlägt der Deutschen Stiftung Innere Medizin vor, den Präventionspreis jährlich in der Höhe von 10 000 Euro auszuschreiben, soweit das Kapital der Stiftung dies zulässt und unter der Voraussetzung, dass eine qualifizierte Arbeit eingereicht wurde.

Gründung der Kommission Aus-, Weiter- und Fortbildung

Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. beschließt die Gründung der Kommission Aus-, Weiter- und Fortbildung. Dieser Kommission sollten neben einem Verantwortlichen der DGIM die entsprechenden Verantwortlichen der elf Schwerpunkte angehören, so dass sich eine Zahl von zwölf Kommissionsmitgliedern ergibt. Als Leiter der Kommission wird Herr Professor Michael Hallek, Köln, vorgeschlagen.

■ Beschluss des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. vom 9. April 2010

Unterstützung der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer

Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. beschließt, den Vorschlag der Einführung von „Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in der gebietsbezogenen Diagnostik und Therapie akuter und chronischer Schmerzen“ bei allen klinischen Gebieten der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer voll zu unterstützen.



Die Geschäftsstelle der DGIM

Professor Dr. med. Jürgen Schölmerich, Regensburg

(Innere) Medizin in einer postmodernen Gesellschaft

Rede im Rahmen der festlichen Abendveranstaltung der 116. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. am 11. April 2010 im Kurhaus Wiesbaden

Die traditionelle Rede des Vorsitzenden der Gesellschaft hat einerseits das Ziel, den Status der Inneren Medizin wiederzugeben und andererseits diesen ein Stück weit in die Zukunft zu projizieren. Nun ist zwar die Prognose für den einzelnen Patienten durchaus ein Teil unserer Tätigkeit, für die (Innere) Medizin als Ganzes aber eher unmöglich. Das wird sehr schön deutlich durch die Tatsache, dass nach der Französischen Revolution die Nationalversammlung lange darüber diskutiert hat, wie man die Ärzte beschäftigen solle, wenn die Revolution durch die Änderung der krankmachenden gesellschaftlichen Faktoren die Krankheiten beseitigt habe. Oder durch die WHO-Prognose von 1985, der zufolge im Jahre 2000 90 Prozent der ärztlichen Tätigkeiten in vorbeugenden Maßnahmen bestehen würden [1].



Professor Dr. med. Jürgen Schölmerich

Selbstverständlich haben wir alle dennoch viele Fragen bezüglich der Zukunft: Der Nachwuchs fragt nach Formen der Aus- und Weiterbildung und nach der Berücksichtigung geänderter Lebensentwürfe. Bezüglich der Forschung wüssten wir gerne, was Themen sein werden, welche Strukturen und welche Finanzierung uns bleiben oder zuwachsen werden – das Beispiel der Helmholtz-Gesundheitszentren macht dies deutlich. Bezüglich der Krankenversorgung stellen sich Fragen nach

der Autonomie des Patienten, wie am Beispiel der Patientenverfügungen deutlich wird. Die Grenzen unserer Möglichkeiten und unseres Tuns sind dauernde Fragen. Schließlich gibt die Ökonomie Fragen nach der Rolle von uns Ärzten und den anderen „Leistungserbringern“ im Gesundheitswesen auf. Es wäre auch zu erwägen, welche Rolle die Politik in der Entscheidungsfindung zum Beispiel bezüglich der Rationierung oder Priorisierung spielen will und wird.

Alle diese Fragen lassen sich auf die Frage nach dem Selbstverständnis der Medizin und damit von uns Ärzten in einer gewandelten Gesellschaft zurückführen. Auch wenn ich von einer befreundeten Historikerin gelernt habe, dass die Postmoderne nicht existiert, sondern nur dem üblichen Versuch entspricht, die Jetztzeit von der der vorangegangenen Generation abzugrenzen, lässt sich doch eine tiefgehende und schnelle Veränderung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen beschreiben, deren Ergebnis ich postmoderne Gesellschaft nennen möchte.

Ich will daher im Folgenden versuchen, nach einer kurzen Charakterisierung der Rahmenbedingungen deren Konsequenzen für die Medizin und natürlich auch die Innere Medizin zu beschreiben. Dabei will ich deutlich machen, dass gerade heute die beiden Dimensionen der Inneren Medizin – die Wissenschaft und das Kunsthandwerk – betont werden müssen, um unser Fachgebiet für uns selbst attraktiv und erfüllend und für die Patienten optimal nutzbringend zu erhalten.

Ich werde dabei anhand verschiedener Grenzen zunächst das Problem der sogenannten Evidence-based Medicine im Verhältnis zur Erfahrung ansprechen. Ich werde weiter zu klären versuchen, wie wir die Gesundheit und Krankheit definieren sollten, wie weit Autonomie des Patienten eine reale Option gegenüber dem Arzt als fürsorglichen Anwalt ist, und wie wir uns den Zwängen der Ökonomie stellen können. Schließlich möchte ich beschreiben, warum und wie wir trotz aller Probleme

den medizinischen Nachwuchs für die Innere Medizin begeistern können.

Die postmoderne Gesellschaft

Was hat sich geändert? Die Emanzipation des Individuums und die Idee eines sinnhaften Fortschritts der Geschichte hin zu einer Utopie sind die großen Metaerzählungen, die nicht mehr geglaubt werden.

Das heißt, Aufklärung, Idealismus und Historismus sind nicht mehr Grundlagen des gesellschaftlichen Konsenses. Die Welt wird als pluralistisch, zufällig

und chaotisch angesehen. Es gibt nicht mehr eine Erklärung, sondern viele. Damit geht die Legitimation von Institutionen, Praktiken und Ethik verloren. Es gibt eine Vielzahl von nicht miteinander zu vereinbarenden Wahrheits- und Gerechtigkeitsbegriffen. Man denke an China, Indien, den Islam und den „abendländischen Kulturkreis“ bezüglich der Würde des Individuums, der Rechte der Frauen und vieler anderer Konzepte. J. Dichgans hat dies so formuliert [2]: *„Diese Pluralisierung impliziert, dass wir nach der Säkularisierung und Relativierung der Kultur- und Weltanschauung philosophisch entblößt auf die individuelle Selbstbehauptung und Anspruchlichkeit zurückgeworfen und dem utilitaristischen Einfluss der Politik ausgesetzt sind.“*

Massenmedien und Informationstechnologie sind dominant als Träger und Vermittler wie auch immer gearteter „Kulturen“. Im weltweiten Netz lässt sich ein „second life“ führen, die menschliche Identität gilt als instabil und durch viele, oft disparate Faktoren geprägt [3]. Beliebigkeit beherrscht die Medien. Nicht die solide tägliche erfolgreiche Arbeit wird als interessant befunden, sondern das Ungewöhnliche, das Sensationelle. Daher haben Außenseiter und Scharlatane viel Sendezeit. Dies klingt vertraut auch für die Medizin. Wissenschaft wird als unfähig angesehen, adäquat auf Zivilisationsrisiken zu reagieren, da sie diese Risiken gerade selbst erschafft. Der durch Wissenschaft zum Beispiel in Gentechnik, Energieproduktion, Kommunikation oder Transport erzeugte Fortschritt wird, wo es dem Einzelnen gefällt, genutzt, die Risiken werden übertrieben dargestellt und jeweils anderen auferlegt.

Was bedeutet das für die Medizin?

Der Aufstieg des Konsumentenkapitalismus mit der Verschiebung von Produktion zu Dienstleistung und stimulierter Sehnsucht nach Produkten, von denen man nie wusste, dass man sie brauchen könnte,

führt zum Konzept von Health Care als vermarktbarer Dienstleistung mit uns Ärzten und anderen als „Leistungserbringern“. Dem entsprechen Ideen wie die, dass Patienten als „Kunden“ in die Planung von Studien involviert werden sollen [4]. Auch das Prinzip, dass in Disneyland niemand sterben darf – Erkrankte werden, koste es was es wolle, nach außerhalb verbracht –, spiegelt diese Vorstellung des

universalen Anspruchs an eine Dienstleistung wider [5]. Die Rolle des Patienten ist durch Information verändert. Ärzte müssen sich zum

■ Die „Kunden“ legen mehr Wert auf Prozesse, also nicht nur auf das Resultat, sondern auf das Gefühl während der Behandlung und deren Preis. ■

Experten im Umgang mit und im Transfer von Fachwissen, das zwar allgemein verfügbar, aber nicht verstanden ist, entwickeln. Die „Kunden“ legen mehr Wert auf Prozesse, also nicht nur auf das Resultat, sondern auf das Gefühl während der Behandlung und deren Preis. Erkenntnis wird nur akzeptiert, wenn sie den eigenen Vorstellungen oder Vorurteilen entspricht und/oder in das eigene, oft irrationale Überzeugungsmuster passt.

Wir haben es also mit dem interessanten Problem zu tun, dass in einer solchen postmodernen Gesellschaft zum einen die Wissenschaft und damit auch die Medizin kritisch betrachtet wird, zum anderen aber von ihr und ihren Protagonisten, also uns Ärzten, nachgerade alles erwartet wird. Die Menschen wünschen sich „Heiler“, „Gurus“ und „Schamanen“. Der Arzt ist nicht mehr nur ein Repositorium der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse, sondern auch ein charismatischer Erbe alter spiritueller Vorbilder. Die „Kunden“ wollen einen medizinisch zertifizierten Guru, der sie (ähnlich wie Thomas Gottschalk) zur Transzendenz und zur spontanen Remission führt [6]. Dies resultiert in einer Anspruchshaltung an den allwissenden und unfehlbaren Übermenschen und betont die zweifelsohne vorhandene Dualität der Medizin:

Wissenschaft und Kunsthandwerk

Wissenschaft ist im Sinne des angelsächsischen Begriffs Science als Schöpfung der Renaissance erst ein halbes Jahrtausend alt. Dagegen sind das Kunsthandwerk des „Heilens“, die Heilkunst, aber auch Dogmen und Ideologien viel älter. Letztere unterscheiden sich von Wissenschaft dadurch, dass sie ihre Theorien nicht widerrufen, wenn die Voraussetzungen nicht eintreffen [1]. Sie spielen heute eine dominante Rolle und bringen den kunsthandwerklichen Aspekt der Medizin bei Wissenschaftlern anderer Fachgebiete leicht in Verruf.

Oft ist an dieser Stelle das berühmte Zitat von Naunyn wiederholt worden: „Medizin wird Wissenschaft sein oder sie wird nicht sein.“ Oft wird vergessen, dass es eine Fortsetzung hat: „Eine Naturwissenschaft wird sie schwerlich jemals werden. Denn die Wissenschaft steckt sich die Grenzen nach ihrem Können. Und dahin kann es die Medizin nicht bringen – dazu sitzt ihr die Humanität zu tief im Blute.“

Dies beschreibt die Schwierigkeiten, Medizin einzuordnen: Medizin braucht die Naturwissenschaften, ist selbst aber keine Naturwissenschaft. Sie braucht die Sozialwissenschaften, ist aber selbst keine Sozialwissenschaft [7]. Sie ist aber auch keine „angewandte Naturwissenschaft“, so wie Physik auch nicht als „angewandte Mathematik“ bezeichnet wird [8]. Unter wissenschaftstheoretischen Gesichtspunkten ist fraglich, ob Medizin tatsächlich eine Wissenschaft ist. Sie zielt konstitutiv auf eine Anweisung zum Handeln. Dies Handeln ist situationsabhängig, selten widerruflich und nur sehr begrenzt standardisierbar. Die handelnde Person muss aufgrund ihres nachgewiesenen normierten Wissens und ihrer Fähigkeiten zum Handeln ermächtigt sein [9]. Teil des Erfolgs der Alternativmedizin ist die Tatsache, dass ihre Protagonisten so viel weniger Wissen meistern müssen [10].

Beim medizinischen Handeln sind therapeutische Verfahren als Zeichen geringeren normierten Wissens durch größere Pluralität gekennzeichnet als diagnostische Verfahren. Mit zunehmender Schwere der Erkrankung wird die Pluralität eingeengt auf konsensfähige Methoden. Bei bestimmten, zum Beispiel intensivmedizinischen Erkrankungen nimmt der Konsens den Status der Verbindlichkeit an [11].

Die Fortschritte der Wissenschaft reduzieren vermeintlich die Pluralität ebenfalls. Dies gilt aber nur, wenn sie sich in Handeln umsetzen lassen und sich bewähren. Viele „Erfolge“ zum Beispiel der Gentechnik seit den 80er Jahren haben die Spaltung zwischen Wissenschaft und Kunsthandwerk vertieft. Jeden Tag wird ein neues Gen für eine bestimmte Krankheit entdeckt und mit großem Hallo formuliert, dass der Benefit vor der Tür stehe – ohne dass sich die Handlungsanweisungen wesentlich verändern.

■ **Die Fortschritte der Wissenschaft reduzieren vermeintlich die Pluralität. Dies gilt aber nur, wenn sie sich in Handeln umsetzen lassen und sich bewähren.** ■

Natürlich modifizieren technische Fortschritte durch Forschung unser Handeln aber durchaus. Es ist zwar nach meinem Verständnis einer guten Medizin nicht förderlich, wenn der Patient bereits vor dem ersten Gespräch mit dem Arzt seines Vertrauens mit technischem Gerät konfrontiert wird [12]. Leider zeigen aber Daten, dass eine solche Strategie durchaus erfolgreich ist, zumindest bei Notfällen, wenn es auf Geschwindigkeit ankommt [13]. Diesem Thema widmet sich die Mittagsvorlesung am Dienstag „Der gläserne Mensch – Erfolge und Grenzen der Bildgebung“. H.E. Bock hat bereits 1984 gesagt [14]: „Eines ist sicher: In manchen kritischen Situationen ist technisch perfektes Handeln wichtiger als noch so tröstliches Parlieren.“

Auch in der Diagnostik besteht durchaus Pluralität. Der diagnostische Prozess impliziert Intuition, wobei gespeicherte Erfahrungen unter Überspringung von Knoten im Algorithmus die Diagnose ergeben. Eine systematisch angelegte

Mustererkennung durch EDV-basierte Verfahren hat sich dagegen nicht bewährt. Daraus folgt, dass die Bewertung eines Krankheitsbildes neben rationaler Analyse auch Kommunikation, Erfahrung

und Intuition verlangt – letztere Eigenschaften gehören der Ebene des Kunsthandwerks und nicht der der Wissenschaft an, sind aber gleichzeitig entscheidende Voraussetzungen für gelungene patientenorientierte Forschung, die eben auch auf Beobachtung und Erfassung individueller Faktoren basiert.

Sowohl in Diagnostik als auch in Therapie gibt es also zwei Entscheidungsebenen des Arztes [15]:

- Die wissenschaftliche beantwortet die Frage, ob eine Aufgabe in Diagnostik, Prophylaxe, Therapie oder Prognose gut oder vernünftig zu lösen ist (Entscheidung nach „instrumenteller Vernunft“, Habermas)
- Die kunsthandwerkliche löst die Aufgabe, den individuellen Patienten dann gut und richtig zu beraten (Entscheidung nach „Tugend“, Aristoteles)

Der Übergang von Können als Kunsthandwerk zum Wissen beginnt da, wo es gelingt, situationsvariantes Handeln in situationsinvariantes gemäß allgemeinen Regeln zu überführen. Nur Letztere lassen sich formal lehren und lernen – dies muss daher

die Grundlage der medizinischen Ausbildung sein. Diese produziert so aber keine „fertigen Ärzte“. Die Approbation wird nach den formalen Kriterien des kognitiven Wissenserwerbs erteilt. Arztsein impliziert aber Erziehung zum Arzt durch Erfahrung und Nachahmung [16].

C. W. Hufeland hat dies schon 1806 so formuliert: *„Die Heilkunst ist eine wissenschaftliche Kunst, d. h., sie begreift Wissen und Handeln; sie verlangt wissenschaftliche Geistesbildung, aber auch Kunstfertigkeit. Nur durch die Vereinigung beider entsteht der vollkommene Arzt oder Heilkünstler. Hat er bloß das Wissen ohne die Kunstfertigkeit, so ist er ein medizinischer Gelehrter, aber kein Arzt, denn dazu gehört durchaus das Talent des Handelns. Hat er bloß die Kunstfertigkeit ohne die Wissenschaft, so ist er ein Routinier. Das Entscheidende eines vollkommenen Arztes liegt also darin, dass sein Geist mit den Grund-/Hilfswissenschaften der Naturerkenntnis vertraut und an philosophisches Denken gewöhnt, die Krankheitsentstehung und -erscheinung in den inneren Organen aufsucht, die Kur nicht auf Erscheinungen, sondern auf die Ursache der Krankheiten gründet, und sie sonach selbst erfindet (construiert) und nichts tut, ohne sich einen hinreichenden Grund dafür angeben zu können.“*

Das entscheidende Ziel für diejenigen, die Ärzte der Zukunft ausbilden, ist daher, die Studenten zu zwei Dingen hinzuführen: einerseits zu einer lebenslangen Hingabe an kritisch-wissenschaftliches Denken bei der Behandlung von **Krankheiten** und andererseits zu der Fähigkeit zu erkennen, wann sympathetische Empirie in der Behandlung des **Kranken** angezeigt ist, da das Fehlen von Kenntnis den ersten Ansatz unmöglich macht [17].

In der Realität der Berufsausübung werden viele Formen des Handelns ausgeübt, ohne zwingend zu „wissen“. Auch hier sind kognitive Leistungen zu erbringen, es handelt sich aber nicht um „Wissen“, sondern um „Meinen“. Letzteres liefert keineswegs a priori unzuverlässige Resultate, es ist lediglich ein noch nicht (wissenschaftlich) erprobter Modus von Erkennen [8]. Hier werden die Grenzen der evidenzbasierten Medizin im Verhältnis zur Erfahrung deutlich:

Evidenzbasierte Medizin versus Erfahrung

Alle die zuletzt genannten Formen des Erkennens und Meinens werden in ihrer Wertigkeit reduziert, da ihnen der Evidenzcharakter abgesprochen wird. Dies hat sicher auch mit der unterschiedlichen Ver-

wendung des Wortes Evidenz im Deutschen und im Englischen zu tun.

Die benutzte Evidenz soll auf statistisch sauberen Studien mit signifikanten Ergebnissen beruhen. Hier liegt das erste Problem: Wer zwingt uns, die arbiträre Schwelle der Signifikanz von $p < 0,05$, die lediglich bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit eines zufälligen Resultates geringer als 5 Prozent ist, für stabiler zu halten als beispielsweise 7 Prozent [18]? Wer vermag zu definieren, dass diese arbiträre Festlegung irgendetwas mit Relevanz für unser Handeln zu tun hat?



Leider kommt ein zweites Problem hinzu: Die medizinische Literatur ist in einem erheblichen Ausmaß zu positiven Effekten hin verschoben. Dies liegt zum einen daran, dass negativ ausgehende Studien selten publiziert werden. 80 Prozent aller eingereichten Artikel enthalten ein positives Ergebnis. Diese „Auslese“ setzt sich beim Begutachtungsprozess fort. Die Gutachter werten 83 Prozent der Artikel mit positivem, aber nur 5 Prozent derjenigen mit negativem Ergebnis als publikationswürdig [19]. Ähnlich eindrucksvoll sind Daten, die zeigen, dass Studien, die industriegesponsert sind, deutlich häufiger ein positives Ergebnis haben als andere. Dies wurde kürzlich mit einer 3,6fachen Wahrscheinlichkeit eines positiven Ergebnisses für eine gesponserte Publikation bei insgesamt 1 140 Studien dargestellt [20].

Insbesondere eine objektiv publizierte patientenorientierte Forschung – die schwierigste Form der klinischen Forschung – ist aber nötig, um Ergebnisse reduktionistischer Forschung integrativ in Patientenversorgung zu übersetzen. Diese patientenorientierte Forschung hat tatsächlich eine Sonderstellung, wie H.E. Bock 1991 gesagt hat: *„Krankheiten*



sind Experimente der Natur von einer Härte, die kein Arzt als Experimentator erstellen würde, daher aber auch von unvergleichlicher Aussagekraft.“

Es mag daher vernünftig sein, nicht nur auf Irrtumswahrscheinlichkeiten und deren Unterschiede zu achten, sondern auch „weichere“ Kriterien zu nutzen. Dies soll ein Zitat von Reiner Kunze verdeutlichen, das ich einem Vortrag meines Vaters entnommen habe: *„Alles durchdringe die Mathematik sagte der Lehrer: Medizin, Psychologie, Sprache. Er vergisst meine Träume. In ihnen rechne ich unablässig das Unberechenbare.“*

Ich meine daher, dass wir selbstverständlich Studien durchführen müssen, um dem wissenschaftlichen Aspekt der Medizin gerecht zu werden. In unserem Handeln sollte aber beiden Komponenten, die ich oben erörtert habe, Raum gegeben werden. Auf Erfahrung basierende Maßnahmen sind nicht nur da, wo Studiendaten fehlen, oft die adäquaten und werden dem Patienten eher gerecht als schematisches Abarbeiten einer Leitlinie. Medizin ist eine Handlungswissenschaft mit dem Ziel, Krankheiten zu behandeln. Dies führt zur zweiten Grenze:

Krankheit versus Gesundheit

Wenn man der Definition der WHO folgen würde, ist das Ziel der Medizin völliges Freisein von physischen, sozialen und psychischen Beschwerden. Diese Definition reduziert den Begriff der Gesundheit auf eine individuelle Sphäre und entzieht sie damit jedem wissenschaftlichen Ansatz [8]. Sie hat damit eine innere Affinität zu alternativen oder postmodernen Medizinkonzeptionen.

In diesen, aber auch in der Schulmedizin sind die Erwartungen deutlich größer als die Ergebnisse. Dies liegt sowohl an den Patienten als auch an uns selbst. Ein typisches Beispiel ist der Satz „Aber Sie sind doch Arzt“ als Antwort auf die Mitteilung, dass beispielsweise Alterserscheinungen eine gewisse Unausweichlichkeit haben. Offenbar besteht tatsächlich eine prinzipielle Heilserwartung, wobei die oben genannten, von uns oft mit Fanfaren verkündeten „Erfolge“ der Genetik oder der Stammzellforschung an dieser sicher einen wesentlichen Anteil haben. Was die Patienten erwarten können, ist Empathie im Sinne von emotionalem Verstehen des Patienten mit dem Ziel wohlwollender Fürsorge. Dies aber bei erhaltender Objektivität, die für ein vernünftiges medizinisches Urteil notwendig ist.

Dieses Urteil muss auch sagen dürfen, dass eine subjektiv empfundene Störung keinen Krankheitswert hat, auch wenn die Diskussionsforen im Internet dies vielfach bejahen. Es muss erlaubt sein, **Gesundheit** zu diagnostizieren, auch wenn dies nicht die Intention des Patienten ist. In jedem Fall bedarf es einer gesellschaftlich akzeptierten Definition von Gesundheit als Ziel der Handlungswissenschaft Medizin. Ohne eine kontext- und parteiinvariante konsensuelle Gesundheitsdefinition lassen sich Krankheitsfolgen und -kosten nicht vergesellschaften [8]. Der Begriff der wohlwollenden Fürsorge führt zur dritten Grenze:

Autonomie versus Autorität

Bezüglich der Patientenautonomie wird oft auch von Partnerschaft gesprochen. Eine solche gleichberechtigte Beziehung zwischen Patient und Arzt ist aber oft weder sinnvoll noch möglich und wird zum Beispiel durch Kompetenzgefälle und Verantwortungsdifferenz bei Eingriffen verhindert. Der Arzt sollte die Anwaltschaft für den einzelnen Patienten behalten [21].

Auch wenn Autonomie neben Gerechtigkeit, Nichtschaden und Wohltun eines der vier höchsten Prinzipien der Bioethik unseres Kulturkreises ist, besteht ein Konflikt zwischen Autonomie und Wohltun oder besser Fürsorge. Das Problem wird dadurch größer, dass das Internet die früher für die Allgemeinheit geschlossene Bibliothek geöffnet hat, auch wenn die Qualität der Informationen sehr unterschiedlich ist. Eltern eines Kindes mit einer seltenen Erkrankung werden auch den Artikel in Nature oder Science finden, der den meisten Klinikern akut sicher nicht präsent ist.

Dennoch gilt, was A. Jores bereits 1958 zum Placeboeffekt des Arztes und der Arzneien gesagt hat [22]: „Es ist seine Persönlichkeit, sein Fluidum, das von ihm ausgeht, die Frage, ob er selbst an das Mittel, das er seinen Patienten verordnet, glaubt. Ärzte können ihren festen Glauben und ihre Überzeugung von der Richtigkeit ihres Handelns auf die Patienten (und Mitarbeiter) übertragen und damit einer kräftigen Placebowirkung den Boden bereiten.“

Noch deutlicher hat es H. Schäfer 1983 ausgedrückt [23]: „Die ärztliche Autorität gerät ins Feuer der Kritik mit dem Argument, dass mit dieser Autorität Herrschaft ausgeübt wird. Das ist wissenschaftlich gesehen sogar leidlich korrekt, aber zudem notwendig in dem Sinne, dass ohne den autoritativen Akzent des Arzt-Patienten-Verhältnisses ein wesentlicher Heilfaktor verloren geht, das was Balint den „Arzt als Droge“ nennt. Es gibt keine Heilung ohne Vertrauen und kein Vertrauen ohne Autorität.“

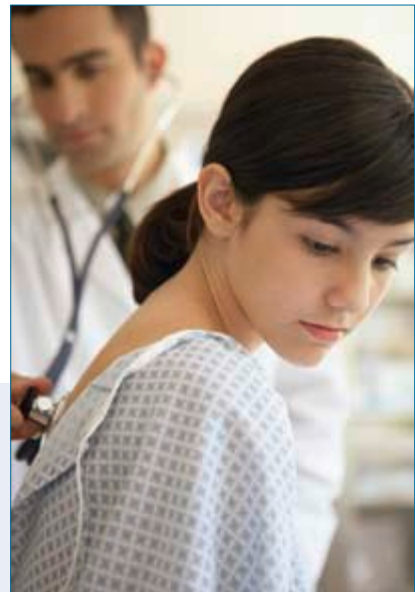
Wenn der kunsthandwerkliche Aspekt der Medizin, der ihren Ursprüngen entspricht, ebenso wie die wissenschaftliche Komponente erhalten bleiben sollen, werden wir nicht umhin können, der Autonomie der Patienten durch Empathie, Distanz und Kompetenz Grenzen zu setzen. Der „mündige Patient“ verliert in der Not und vor allem der Angst rasch den Anspruch auf „Augenhöhe“ – er vertraut sich der Führung des Arztes an. In einer solchen Situation sind Rahmenbedingungen wie Allokationsfragen, Ressourcenzuteilung und auch Honorierung nicht Verhandlungsgegenstand – dies begründet in einer solchen Situation auch die Asymmetrie zwischen Arzt und Patient [24] und macht deutlich, dass das Begriffspaar Anbieter – Kunde hier nicht adäquat ist [25]. Diese Begriffe führen zur vierten Grenze:

Kosten versus Nutzen

Soll unter der Voraussetzung gegebener Mittel der maximal mögliche Effekt erzielt werden, oder sollen wir von dem maximal möglichen Erfolg ausgehen und die nötigen Mittel requirieren, die dafür erforderlich sind? Bislang ist die Beitragsstabilität hierzulande die Norm – ob diese halten kann, wenn tatsächlich rationiert oder auch priorisiert werden muss, wage ich zu bezweifeln. Die Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven ist keine nachhaltige Finanzierungsquelle, wie die sogenannte Rürup-Kommission treffend bemerkt hat.

Wir Ärzte haben uns in erster Linie um das Wohltun für die Patienten zu kümmern. Das heißt, dass auch Maßnahmen mit kleinen Effekten, die Ängste oder

Schmerzen nehmen, auch wenn dies nur für eine limitierte Zeit möglich ist, vom fürsorglichen Arzt angewandt werden. Dass dies die Volkswirtschaft belastet, ist sicher, es gehört aber zur Grundversorgung. Dabei darf Medizin auch nicht im Nachhinein bestrafen – es gibt die Kategorie „schuldhaft krank“ für den Arzt nicht. Wenn Risiken ökonomisch gesteuert werden sollen, muss dies vorab zum Beispiel durch Versicherungen geschehen. Dies wäre gerade in der von Beliebigkeit und Jagd nach „dem großen Kick“ geprägten postmodernen Gesellschaft von großer Bedeutung. Nicht zur Grundversorgung gehört die Tendenz, einer falsch verstandenen Gesundheit, die – wie oben dargestellt – oft allgemeine Fragen der Lebensbewältigung betrifft, Mittel zur Verfügung zu stellen [1]. Prinzipiell sind aber wachsende Gesundheitsausgaben aufgrund geänderter Präferenzen der Bevölkerung keine Fehlentwicklung. Gesundheit ist ein kulturelles Produkt oder Gut. Medizin hat daher keine Eigengesetzlichkeit, sondern folgt primär den Ängsten und der existenziellen Bedrohung des Patienten [21].



Die Medien und die durch sie gemachte Meinung greifen jedes Fehlverhalten eines Arztes auf und unterstellen uns allen oft – ähnlich wie den viel geschmähten Bankern – primär ökonomische Interessen. Dem ist entgegenzuhalten, dass die Heilkundigen stets Zentralfiguren ihrer Gesellschaft waren wie der „Medizinmann“ der Indianer, der „Schamane“ der Sibirer oder der „Hexenmeister“ im Kongo [26]. Sie konnten reich werden, wurden aber scharf kritisiert, wenn sie nicht alle anerkannten Behandlungsweisen beherrschten. Die Bemühungen mussten aber ebenso wie heute auch nicht zwingend von Erfolg

gekrönt sein. Wir sollten diese zentrale Rolle, die aus der fernen Vergangenheit stammt und sich im Ansehen bei der breiten Bevölkerung immer noch widerspiegelt, ruhig und gelassen weiterführen und uns auch in der beschriebenen postmodernen Gesellschaft nicht auf andere Rollen reduzieren lassen.

Meine Damen und Herren, ich möchte diese vier von vielen möglichen Grenzgängen wie folgt zusammenfassen:

- Obwohl Medizin sicher mehr als eine Wissenschaft ist, ist die klinische Forschung von ihrer grundlagenorientierten bis zur patientenorientierten Form ein wesentliches Element gerade der Inneren Medizin. Ich würde mich diesbezüglich der Formulierung von W. Frühwald 1999 anschließen [27]:
- *„In dem Augenblick, in dem wir das Gefängnis der Genetik verlassen und uns wieder dem Systemischen und dem Organismus zuwenden, wird ein neues Bild des medizinischen Forschers auftauchen: schon das des Spezialisten, aber nicht nur das des hochspezialisierten, reduktionistisch arbeitenden Molekularbiologen, sondern das des wissenschaftlich ausgebildeten, auch zur Forschung erzogenen Arztes. Dieser wird die avancierten Methoden der Molekularbiologie mit patientenorientierter Forschung verbinden, um daraus ein neues Forschungsparadigma zu gewinnen.“* Wir müssen uns frei machen von vermeintlichen Zwängen, die uns unter den Mantel der forschungsbasierten Evidenz durch Leitlinien auferlegt werden, um dem einzelnen Patienten gerecht zu werden. Ein Computer und auch ein guter Algorithmus – auch wenn ich solche selbst gerne darstelle – ersetzen nicht die Erfahrung und die Entscheidung im Einzelfall. Dennoch muss Wissenschaft als eine Grundlage der Medizin auch gegenüber Scharlatanen, Weissagern und der postmodernen Gesellschaft verteidigt werden.
- Die Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit ist fließend, es bedarf einer klaren Definition durch gesellschaftlichen Diskurs. Wir als Ärzte können nur im Einzelfall festlegen, ob eine Therapie erforderlich ist. Die Konsequenzen der grundsätzlichen Definition müssen die Gesellschaft und ihre gewählten Vertreter festlegen! Der Hang der postmodernen Gesellschaft zur Selbstverwirklichung auch um den Preis ihrer selbst darf nicht dazu führen, dass die ubiquitären Störungen der Befindlichkeit die Grenzen der Medizin definieren.

- Autonomie des Patienten ist ein Wert, der aber trotz der überbordenden Möglichkeiten des Internets meist nicht durch reale Informationsäquivalente gestützt wird. Wir sollten daher darauf beharren, dass ein gewisses Maß an Fürsorge und Autorität des Arztes nötig ist (und immer schon war), um die Nöte des Patienten zu lindern.
- Die Ökonomie prägt die Medizin zunehmend seit mehreren Jahrzehnten. Hier muss klar gesagt werden, dass der Arzt Anwalt des einzelnen Patienten und nicht primär der Gesellschaft ist. Eventuell aus anderen Perspektiven heraus nötige Rationierung und Priorisierung müssen auch von den Erzeugern dieser Perspektiven verantwortet werden.

Warum heute noch Innere Medizin erlernen?

Wenn die Dinge in unserer postmodernen Gesellschaft nun so kompliziert erscheinen, wie können wir dann junge Leute davon überzeugen, dass es eine gute Idee ist, Innere Medizin als Beruf zu wählen – in der Regel ja für ein ganzes Berufsleben?

Wir müssen zunächst den Studierenden die Faszination von Verständnis der Biologie in der Kombination mit Empathie und Verständnis des einzelnen Patienten, also die Innere Medizin als wissenschaft-

liche begründete besondere Ausprägung der sprechenden anthropologischen Medizin

■ Wir müssen uns um familienfreundliche Strukturen und eine motivierende Arbeitsatmosphäre bemühen. ■

vermitteln. Innere Medizin ist auch in einer postmodernen Gesellschaft die richtige Beschäftigung für Geist und Empfindung für kluge junge Leute. Diese sollen ruhig während des Studiums und nicht über ganze drei Jahre danach promovieren – sie stellen, auch wenn man an Noten nur begrenzt glaubt, sicher eine positiv selektionierte Gruppe dar und sollten sich diesbezüglich weder vom Wissenschaftsrat noch von den weniger selektierten Naturwissenschaftlern einschüchtern lassen.

Ein gut ausgebildeter junger Arzt, der die Weiterbildung in Innerer Medizin durchläuft und dabei erlebt, dass gute Innere Medizin die Anwendung von Wissenschaft im Einzelfall durch gute Kunsthandwerker ist, wird die Freude an dieser Tätigkeit haben, die die Innere Medizin seit 1882 vital erhalten hat und auch die Begründung für unseren Kongress ist. Wir sollten allerdings die durch die postmoderne Gesellschaft veränderten Lebensentwürfe unseres Nachwuchses bedenken, so wie Benedikt von Nursia bereits 529 n. Chr. formulierte:



Empfang im Kurhaus Wiesbaden

„Die Sorge für die Kranken gehe vor allem und über alles. Doch mögen auch die Kranken bedenken, dass man ihnen – Gott zuliebe – diene; man solle deshalb die pflegenden Brüder nicht durch übergroße Ansprüche betrüben.“

Es muss zwar festgehalten werden, dass ein klinisch tätiger Arzt nie einen präzise planbaren Berufsalltag haben wird – vielleicht mit Ausnahme der Anästhesiologen. Dennoch und gerade deshalb müssen wir uns um familienfreundliche Strukturen und eine motivierende Arbeitsatmosphäre bemühen, z. B. durch eine strukturierte Weiterbildung, durch attraktive Fortbildungsmaßnahmen und durch ein Mentoring vor allem für die jungen Mitarbeiter.

Ich möchte mit einem Zitat des aus Freiburg und Deutschland vertriebenen Siegfried Josef Thannhauser enden: *„Drei Tugenden des Arztes möchte der akademische Lehrer seinen Schülern einflößen: Liebe zu den Menschen, Demut in der Ausübung und in der Beurteilung des Experimentes und einen unermüdbaren Fleiß im Studium der Ergebnisse der wissenschaftlichen und empirischen Medizin.“*

Literatur

- Gerok W. Probleme einer sich wandelnden Medizin. Vortrag Berlin, 13. 12. 1985.
- Dichgans J. Menschenbild und Patientenethik. In: Blum HE, Haas R, Hrsg. Über das Menschenbild in der Medizin. Stuttgart–New York: Thieme, 2004:34–40.
- Welsch, W. Unsere postmoderne Moderne. Berlin: Akademie Verlag, 2002.
- Goodare H, Lockwood S. Involving patients in clinical research. Br Med J 1999;319:274–5.
- Morris DB. Illness and culture in the postmodern age. Berkeley: University of California Press, 1998.
- Morris DB. How to speak postmodern: medicine, illness, and cultural change. Hastings Cent Rep 2000;30:7–16.
- Brockard H. Einführung. In: Brockard H, Hrsg. Medizin – das Gute, das Mögliche, das Machbare. Aachen: Shaker, 2007:5–7.
- Gethmann CF. Heilen: Können und Wissen. Zu den philosophischen Grundlagen der wissenschaftlichen Medizin. In: Meyer zum Büschenfelde KH, Gethmann CF, Koch HG, Raspe HH, Schott H, Hrsg. Fragen an die moderne Medizin. Stuttgart: Steiner, 1998:55–75.
- Woopen C. Medizinisches Handeln als Gegenstand von Ethik, Qualitätsmanagement und Gesundheitsökonomie. In: Lauterbach KW, Schrappe M, Hrsg. Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Eine systematische Einführung. Stuttgart: Schattauer, 2004:10–24.
- Muir-Gray JA. Postmodern medicine. Lancet 1999; 354:1550–3.
- Schölmerich P. Grundlagen ärztlicher Entscheidungsprozesse. Stuttgart: Steiner, 1985.
- Schölmerich J. Grenzen und Zumutbarkeit diagnostischer Maßnahmen. Z Allg Med 1998;64: 666–71.
- Ng CS, Watson CJ, Palmer CR, et al. Evaluation of early abdominopelvic computed tomography in patients with acute abdominal pain of unknown cause: prospective randomised study. Br Med J 2002;325:1387.
- Bock HE. Menschlichkeit und Klinik. Vortrag Marburg, 7. 12. 1984.
- Gerok W. Perspektiven einer künftigen Medizin. Vortrag Freiburg, 9. 2. 1995.
- Buchborn E. Die Medizin und die Wissenschaften vom Menschen. Med Klin (Munich) 2009;104: 662–70.
- Weatherhall D. The conflict between the science and the art of clinical practice in the next millenium. Ann N Y Acad Sci 1999;882:240–6.
- Ancker JS. Praying to the power of p. Nat Med 2009;15:135.
- Sridharan L, Greenland P. Editorial policies and publication bias: the importance of negative studies. Arch Intern Med 2009;169:1022–23.
- Bekelman JE, Li Y, Gross CP. Scope and impact of financial conflicts of interest in biomedical research: a systematic review. JAMA 2003;289:454–65.
- Unschuld, PU. Geschichte der Medizin: der Patient als Leidender und Kunde. Dtsch Ärztebl 2006;103: A1136–9.
- Jores A. Magie und Wunder in der Medizin. In: Bitter W, Hrsg. Magie und Wunder in der Heilkunde. Stuttgart: Klett, 1959:133–9.
- Schäfer H. Technik und Humanität in der Medizin. In: Martin K, Hrsg. Geburtshülfliche Gesellschaft zu Hamburg, 125. Stiftungsfest. Hamburg: Geburtshülfliche Gesellschaft 1983:13–32.
- Kick HA. Die Rolle von Patienten und Kunden: ethische Verantwortung des Therapeuten. Dtsch Ärztebl 2006;103:A1206–8.
- Riemann JF. Der Patient als Kunde – müssen wir uns an eine neue Sprachregelung gewöhnen? Dtsch Med Wochenschr 2010;135:250.
- Schott H. Naturforschung, Magie und Religion: Paracelsus als „Provokation für die moderne Medizin“. In: Meyer zum Büschenfelde KH, Gethmann CF, Koch HG, Raspe HH, Schott H, Hrsg. Fragen an die moderne Medizin. Stuttgart: Steiner, 1998:77–88.
- Frühwald W. Klinische Forschung in Deutschland. Eine Skizze. Vortrag Mainz, 1. 10. 1999.

Förderung des weiblichen wissenschaftlichen Nachwuchses in der Inneren Medizin

Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)
vom 1. Juni 2010

Frauen stellen mittlerweile mehr als die Hälfte der Studienabsolventen in der Medizin. Dennoch sind sie in klinischen und wissenschaftlichen Führungspositionen in der Inneren Medizin noch stark unterrepräsentiert. Es ist daher sowohl ein Gebot der Fairness als auch essenziell für die Zukunftsfähigkeit unseres Faches, die Aufstiegschancen von Frauen zu verbessern. Nicht zuletzt ist das bisher noch zu wenig genutzte Potenzial wissenschafts- und karriereorientierter Ärztinnen auch eine große Chance für das Fach Innere Medizin, engagierten Nachwuchs zu gewinnen.

Dieses Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) gibt eine Lagebeurteilung der aktuellen beruflichen Perspektiven für Frauen in der Inneren Medizin und formuliert Empfehlungen in Fakultäten und Klinikträger zu deren Verbesserung. Gleichzeitig werden die Grundzüge eines Mentoring-Programms dargelegt, mit dessen Hilfe die DGIM daran arbeiten wird, engagierte Wissenschaftlerinnen und Ärztinnen für die Innere Medizin zu gewinnen und ihre berufliche Entwicklung zu fördern.

Frauen in der Wissenschaft

Der Anteil von Frauen in Spitzenpositionen der Wissenschaft steigt in Deutschland nur langsam und liegt nach wie vor hinter anderen europäischen Ländern zurück. In allen Entscheidungs- und Führungspositionen an Hochschulen und Forschungseinrichtungen, die mit hohem gesellschaftlichen Ansehen, Entscheidungsmacht und höheren Verdienstmöglichkeiten verbunden sind, sind Frauen nach wie vor deutlich unterrepräsentiert. Dies lässt sich nicht durch ein fehlendes Potenzial an qualifizierten Frauen unter den Studierenden und Studienabsolventen erklären¹.

Damit sich diese Situation grundlegend ändert, Frauen in der Wissenschaft in Deutschland künftig eine deutlich größere Rolle spielen und weit bessere Aufstiegs- und Karrieremöglichkeiten haben als bis-

lang, sind „Forschungsorientierte Gleichstellungsstandards“ von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) entwickelt und auf deren Mitgliederversammlung im Juli 2008 in Berlin angenommen worden². Mit ihnen verpflichteten sich Hochschulen und außeruniversitäre Forschungseinrichtungen, die Gleichstellung von Frauen und Männern in den kommenden Jahren auf allen Feldern voranzutreiben. So soll unter anderem die Frauenförderung als zentrale Aufgabe für Hochschul- und Institutsleitungen festgeschrieben, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf in Forschung und Wissenschaft verbessert und der Anteil von Frauen an Professuren und anderen wissenschaftlichen Führungspositionen erhöht werden. Viele Frauen steigen immer noch frühzeitig aus der Wissenschaft aus, anstatt innerhalb des Wissenschaftssystems aufzusteigen. Trotz des seit Jahren hohen Abiturientinnen- und Studienabsolventinnenanteils und der häufig besseren Studienleistungen von Frauen ist es noch nicht zur Bildung der so genannten kritischen Masse gekommen, durch die sich die Situation von Frauen und der Frauenanteil in Spitzenpositionen kontinuierlich und nachhaltig verbessern könnte.

Situation in der Medizin

Das eingangs Gesagte gilt in gleicher Weise für die wissenschaftliche Medizin und speziell die Innere Medizin. Übereinstimmend zeigt sich, dass die Barrieren für Frauen auf dem Weg zu Führungspositionen in Lehre und Forschung vor allem zwischen Promotion und Habilitation liegen. Bei den Studienanfängern im Fach Medizin lag der Frauenanteil 2006 bei 63%, bei den medizinischen Staatsexamina bei 57% und auch bei den Promotionen noch bei 50%³. Zwischen Staatsexamen in der Medizin und Facharztanerkennung gehen viele Frauen „verloren“, bei den Facharztanerkennungen liegt der Frauenanteil nur noch bei 39%. Noch gravierender erweist sich im Hinblick auf unseren wissenschaftlichen Nachwuchs in der Medizin die Tatsache, dass Frauen in Forschung und Lehre weit unterrepräsentiert

1 Lind I. Ursachen der Unterrepräsentanz von Wissenschaftlerinnen – Individuelle Entscheidungen oder strukturelle Barrieren? In: Wissenschaftsrat (Hrsg.): Exzellenz in Wissenschaft und Forschung. Neue Wege der Gleichstellungspolitik, Köln 2007, S. 63-66

2 Mehr Frauen für die Wissenschaft – Mehr Exzellenz für die Forschung – Mehr Geld für Spitzenkräfte. Jahrespressekonferenz 2008 der DFG in Berlin. Pressemitteilung Nr. 35, 3. Juli 2008

3 Hibbeler B, Korzilius H. Arztberuf: Die Medizin wird weiblich. Dtsch Arztebl 2008; 105(12): A-609 / B-539 / C-527

sind: Ihr Anteil liegt bei 32% bei den (zumeist universitären) Dozenten und Assistenten, bei 18% der Habilitationen und 12% der Professoren. Hinzu kommt eine Quote von nur 11% bei leitenden Krankenhausärzten³ (Quelle BÄK, IMPP, Statistisches Bundesamt). In Deutschland hat Anfang des Jahres 2010 in der Inneren Medizin nur eine einzige Frau ein Ordinariat inne.

Die sinkenden Frauenanteile an den Facharztanerkennungen sind in besonderem Maße auf das Fehlen von Teilzeitarbeitsplätzen, einer Verlängerung der Facharztausbildung durch Unterbrechungen und Teilzeitarbeit sowie auf die Tatsache zurückzuführen, dass die Phase der Facharztausbildung und die Familienphase (30. bis 35. Lebensjahr) zusammenfallen. Umfragen unter Ärzten und Ärztinnen wie z. B. im Jahre 2007 durch den Marburger Bund belegen, dass die beruflichen Perspektiven und Prioritäten von Männern und Frauen nach wie vor stark durch tradierte Rollenbilder geprägt sind. Für 46% der Frauen ist ein familienfreundliches Krankenhaus „am wichtigsten“, wohingegen nur 24% der Männer diese Auffassung teilen³.

Situation in den Forschungsförderungsinstitutionen
Bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) bewarben sich im Jahr 2002 anteilig mehr Wissenschaftlerinnen aus medizinischen Fächern um ein Forschungsprojekt als Wissenschaftlerinnen im Durchschnitt aller Fächer. Die Ablehnungsrate insbesondere in der Klinischen Medizin war für Anträge von Frauen aber höher als für Anträge von Männern. In den Fachkollegien der DFG liegt der Frauenanteil in den Lebenswissenschaften bei 16%.

Situation in der DGIM

Obgleich 36% der DGIM-Mitglieder Frauen sind, sind diese in den Gremien der DGIM deutlich unterrepräsentiert.

Perspektiven

In Positionspapieren und Grundsatzreferaten werden seit Jahren allgemein akzeptierte Gründe für eine Gleichstellung von Frauen im Wissenschaftssystem angeführt, die auch von allen Entscheidungsgremien (z. B. Wissenschaftsrat⁴, Bund-Länder-Kommission) akzeptiert bzw. verabschiedet sind: Sie können unter den Stichworten Gerechtigkeit, ökonomischer Mehrwert und qualitativer Gewinn subsumiert werden. „Ökonomischer

Mehrwert“ meint in diesem Zusammenhang, dass das Gesundheitswesen mit bereits vorhandenem Ärztemangel in Teilbereichen der klinischen Versorgung und in noch stärkerem Maße drohendem wissenschaftlichen Nachwuchsmangel es sich nicht leisten kann, auf das Potenzial und die Talente des weiblichen Nachwuchses zu verzichten. Die Abwanderung deutscher Medizinerinnen und Mediziner ins Ausland stellt in diesem Kontext ein zusätzliches Problem dar⁵. Ein höherer Anteil von Ärztinnen in der Inneren Medizin kann zu einer besseren Versorgungsqualität führen⁶. Darüber hinaus wird die Berücksichtigung von Gender-Aspekten in Forschung und Lehre erleichtert. Ein höherer Anteil qualifizierter Frauen in Forschungspositionen würde einen qualitativen Gewinn für den Gesundheits- und Wissenschaftsstandort Deutschland bedeuten.

Mentoring-Programme

Weibliche Vorbilder in Führungspositionen im Bereich der Inneren Medizin fehlen zumeist sowohl vor Ort an den Universitätskliniken und Krankenhäusern als auch auf nationaler Ebene. Mentoring-Programme haben das Ziel, Nachwuchskräfte durch erfahrene und erfolgreiche weibliche oder männliche Vorbilder betreuen zu lassen. Solche Programme werden vom Deutschen Ärztinnenbund (DÄB), von der Marburger-Bund-Stiftung und von Universitäten unterhalten. Ein Beispiel ist das „Edith-Heischkel-Programm – Mentoring in der Medizin“ der Universität Mainz. Hier werden promovierte Ärztinnen, Zahnärztinnen sowie promovierte bzw. promovierende Wissenschaftlerinnen in einer Eins-zu-eins-Betreuung für 1 Jahr von einer Mentorin bzw. einem Mentor einer höheren Qualifikationsstufe persönlich begleitet. Eine ähnliche Intention verfolgt das „Maria von Linden-Programm“ für Nachwuchswissenschaftlerinnen der Universität Bonn. In diese Programme sind auch regelmäßige Treffen sowie Fortbildungen für die Teilnehmer eingebunden.

Neben der Einzelbetreuung ist das „Peer Mentoring“ ein neues Konzept zur Karriereförderung, das auf Selbstorganisation, Vernetzung und gegenseitige Unterstützung gleichgestellter Wissenschaftler aufbaut. Im Rahmen eines Projektes des BMBF werden „Peer Mentoring“-Gruppen in den durch den Bund institutionell geförderten außerhochschulischen

4 Wissenschaftsrat. Empfehlungen zur Chancengleichheit von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern. Drs. 8036-07 Berlin, 13. Juli 2007

5 Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft: Brain Drain – Brain Gain. Eine Untersuchung über internationale Berufskarrieren, 2002

6 Baumhäkel M, Müller U Böhm M. Influence of gender of physicians and patients on guideline-recommended treatment of chronic heart failure in a cross-sectional study. Eur J Heart Fail 2009; 11: 299-303

Forschungseinrichtungen durch das Kompetenzzentrum Frauen in Wissenschaft und Forschung (Center of Excellence Women and Science, CEWS) angeboten.

Empfehlungen und Maßnahmen der DGIM

1. Die DGIM hält es für dringend erforderlich, durch gezielte und verstärkte Anstrengungen auf allen Ebenen (Universitäten, Universitätsklinika, außerhochschulischen Forschungseinrichtungen, Krankenhäusern) und Bereichen (DFG, wissenschaftliche Fachgesellschaften) dazu beizutragen, das zur Verfügung stehende Potenzial von weiblichen Studienabsolventinnen mehr als bisher für die qualitativ hochwertige Besetzung von Führungspositionen zu erschließen. Die von der DFG 2008 verabschiedeten „Forschungsorientierten Gleichstellungsstandards“, die auf dem Prinzip der freiwilligen Selbstverpflichtung und der Autonomie der Hochschulen und Forschungseinrichtungen beruhen, könnten hier beispielgebend sein.

2. Alle Stellenbesetzungsverfahren im medizinischen Bereich in Hochschulen, Kliniken und außerhochschulischen Forschungseinrichtungen sollen offen und nachvollziehbar gestaltet werden. Bereits bei der Ausschreibung ist das Stellenprofil so zu definieren, dass keine geschlechtsspezifischen Ausschlussmechanismen greifen (z. B. keine Altersbegrenzung bei Stellenbesetzungen oder bei der Vergabe wissenschaftlicher Preise, kein Ausschluss von Teilzeittätigkeit). Änderungen im Laufe des Ver-

fahrens im Hinblick auf konkrete Bewerbungen sind grundsätzlich auszuschließen.

3. Es sollten Initiativen zur Einrichtung von Stellenpools für Schwangerschaftsvertretungen und Vertretungen von Müttern und Vätern in Elternzeit gefördert werden.

4. An medizinischen Hochschulen und Klinika sollten innovative Formen der Kinderbetreuung (insbesondere auch während der Schulferien) gefördert werden, die den Anforderungen der Ausbildung und des Berufes im medizinischen Wissenschaftsbereich entsprechen.

5. Die DGIM wird zukünftig regelmäßige Seminare (Mentoring-Seminare) für Nachwuchs-Wissenschaftler in der Inneren Medizin anbieten (z. B. als Summer Schools), wobei ein Fokus auf der Förderung des weiblichen wissenschaftlichen Nachwuchses liegen sollte hinsichtlich der heute notwendigen Erfordernisse für kompetitive Führungspositionen.

Professor Dr. med. Elisabeth Märker-Hermann für die Kommission „Wissenschaft – Nachwuchsförderung“ der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Kommissionsmitglieder:

A. Althoff, C. Espinola-Klein, G. Fätkenheuer, J. Graf, J. Hampe, R. Knöll, F. Lammert, E. Märker-Hermann, N. Malek, E. Mischak-Weissinger, G. Nickenig, M. Schott, E. Schulze-Lohoff

Zusatzweiterbildung „Internistische Intensivmedizin“

Voraussetzung für den Erwerb der Zusatzbezeichnung „Intensivmedizin“ ist eine Facharztanerkennung in den Gebieten Chirurgie, Innere Medizin und Allgemeinmedizin oder für Anästhesiologie, Kinder und Jugendmedizin, Neurochirurgie oder Neurologie. Der Zusatzbezeichnung „Intensivmedizin“ kann der adjektivische Zusatz der jeweiligen Facharztbezeichnung zugefügt werden, z. B. „Internistische Intensivmedizin“.

Die Weiterbildungszeit für die Zusatzweiterbildung Intensivmedizin beträgt 24 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten gemäß § 5, Absatz 1, Satz 2 der aktuellen (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO). Davon können im Gebiet Innere Medizin

und Allgemeinmedizin 6 Monate während der Facharztweiterbildung abgeleistet werden. **Die 6 Monate Intensivmedizin in der Weiterbildung zum Facharzt Innere Medizin (Internist) oder Facharzt Innere Medizin und ...logie (Internist und ...loge) sind aber nur dann auf die Zusatzweiterbildung anrechenbar, wenn der Weiterbildungsbefugte für die Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin oder zum Facharzt für Innere Medizin und ... selbst auch über die Zusatzbezeichnung „Internistische Intensivmedizin“ verfügt.** Ein Weiterbildungsbefugter in der Inneren Medizin oder Innere Medizin mit ... verfügt nicht automatisch auch über die Weiterbildungsbefugnis für die Zusatzweiterbildung „Internistische Intensivmedizin“, da diese

nicht integraler Bestandteil der Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin oder Innere Medizin und ... ist.

Die Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer haben dies für den Facharzt Anästhesiologie beschlossen. Nach unserer Auffassung gilt dies analog auch für den Internisten.

*Professor Dr. med. Hans-Peter Schuster
Generalsekretär der DGIM*

Der Vorstand der DGIM wirbt für einen breiten Erwerb der Zusatzweiterbildung „Internistische Intensivmedizin“ für alle Internistinnen und Internisten, die eine längerfristige oder definitive Karriere an einem Krankenhaus oder einer Universitätsklinik planen.

Theodor-Frerichs-Preis 2010



**PD Dr. med. Florian
Richard Greten**

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) verleiht jährlich den mit 30 000 Euro dotierten Theodor-Frerichs-

Preis für die beste vorgelegte, möglichst klinisch-experimentelle Arbeit auf dem Gebiet der Inneren Medizin. Die diesjährige Preisverleihung fand während des 116.

Kongresses für Innere Medizin in Wiesbaden statt. Auf Vorschlag der Jury prämierte die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin Privatdozent Dr. med. Florian Greten vom Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, für die Arbeit:

„STAT3-medierte Regulationsmechanismen in der Kolitis-assoziierten Karzinogenese“

F. Greten

Überblick

Vor einigen Jahren konnten wir zeigen, dass die IKK β -abhängige Aktivierung des Transkriptionsfaktors NF- κ B eine molekulare Verbindung zwischen Entzündung und Karzinogenese darstellt und erstmalig einen genetischen Nachweis führen, dass myeloide Zellen parakrin einen Einfluss auf die Tumorpromotion haben können. In einem Modell für Kolitis-assoziierte Karzinogenese gelang es uns zu demonstrieren, dass NF- κ B direkt durch die Unterdrückung von Apoptose maligner Zellen und

indirekt durch die Transkription einer Reihe proinflammatorischer Faktoren (z. B. TNF α , IL-1 β und IL-6) in myeloiden Zellen Tumorwachstum unterstützt. Wir konnten nun weiterhin demonstrieren, dass die Tumorzinzidenz massgeblich von der STAT3-Aktivierung im Epithel abhing, die durch Zytokine der IL-6 Familie (IL-6 und IL-11) verursacht wird. So führte eine epithelspezifische Defizienz von STAT3 zu einer nahezu kompletten Unterdrückung des Tumorwachstums und es kam zu einem Wachstumsarrest von prämaligen Läsionen. Im Gegensatz dazu führte die Hyperaktivierung von STAT3 zu einer massiven Zunahme der Tumorzahl und der Tumorgroße. Während STAT3 in Epithelzellen ähnlich wie NF- κ B Apoptose reguliert, kann es darüber hinaus zusätzlich durch die transkriptionelle Regulation verschiedener Zellzyklus-assoziiierter Gene auch direkten Einfluss auf die Proliferation nehmen. Sowohl NF- κ B als auch STAT3 stellen daher zwei zentrale Knotenpunkte in der Pathogenese des entzündungsassoziierten Kolonkarzinoms dar und bieten geeignete Zielstrukturen für neue Strategien in der Therapie des Kolonkarzinoms.

Laudatio

Die Arbeit, für die Herr Dr. Greten den Theodor-Frerichs-Preis erhält, ist in mehrerer Hinsicht exzellent. Der Zusammenhang zwischen Entzündung und Tumorentstehung ist mittlerweile durch epidemiologische Studien bestätigt. 20% aller malignen Erkrankungen entstehen auf dem Boden einer chronischen Entzündung. Die genauen Mechanismen, die der Verknüpfung zwischen der Tumorentstehung und der chronischen Entzündung zugrunde liegen, sind bisher unklar und sind daher zum Schwerpunkt der Forschungsarbeit von Herrn Dr. Greten geworden.

Priv.-Doz. Dr. med. Florian Richard Greten, geboren am 17.11.1972 in Heidelberg

- 1991–1998** Medizinstudium, Universität Hamburg und Universität Wien
- 1998** Promotion, Universität Hamburg, Betreuer: Professor Dietmar Richter
- 1998–1999** Arzt im Praktikum, Abteilung Innere Medizin I, Ärztlicher Direktor: Professor Guido Adler, Universitätsklinik Ulm
- 1999–2000** Assistenzarzt, Abteilung Innere Medizin I, Universitätsklinik Ulm
- 2001–2004** Postdoctoral Fellowship in der Gruppe von Professor Michael Karin, Laboratory of Gene Regulation and Signal Transduction, University of California, San Diego, USA
- seit 7/2004** Assistenzarzt an der II. Medizinischen Klinik, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, Direktor: Professor Roland M. Schmid
- seit 8/2005** Leiter einer Emmy-Noether-Nachwuchsgruppe
- seit 10/2005** Vorstandsmitglied des Zentrums für Präklinische Forschung, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München
- 7/2008** Habilitation für das Fach Innere Medizin, Technische Universität München
- seit 10/2008** Junior-Faculty Member, International Max Planck Research School for Molecular and Cellular Life Sciences (IMPRS-LS)

Die ersten Einblicke bekam er bereits während seines Postdoktorandenaufenthalts in der Arbeitsgruppe von Michael Karin an der University of California in San Diego. Damals konnte er zeigen, dass die von myeloiden Zellen (tumor-assoziierte Entzündungszellen) sezernierten Zytokine für die Proliferation von Epithelzellen des Dickdarms verantwortlich waren.

In der vorliegenden Arbeit konnte er zusammen mit seiner Nachwuchsgruppe an der Technischen Universität München den genauen molekularen Hintergrund der unterstützenden Funktion von myeloiden Zellen beim Tumorwachstum aufklären. Die von myeloiden Zellen freigesetzten Zytokine der IL-6 Familie verursachen eine Hyperaktivierung des Transkriptionsfaktors Stat3. Die davon abhängige Signalkaskade führte wiederum zu einer massiven Zunahme der Tumorzahl und der Tumorgroße.

Zusammenfassend zeigen die von Herrn Dr. Greten in Cancer Cell publizierten Ergebnisse erstmals, dass die bisher in mehreren Tumoren beobachtete Stat3-Aktivierung durch die IL-6-Familie erfolgt, welche von den Entzündungs- und tumor-assoziierten Zellen freigesetzt werden. Darin besteht eine erste Erklärung der Verbindung zwischen Entzündung und Tumorentstehung.

Die von Herrn Dr. Greten publizierten Ergebnisse sind hoch innovativ und ein Paradebeispiel für eine exzellente Nachwuchs-Forschungsarbeit. Zu betonen ist, dass Dr. Greten basierend auf seinen Forschungsergebnissen aus seiner Postdoktorandenzeit im Ausland seine Arbeit in Deutschland sehr erfolgreich weitergeführt hat. Seine Rückkehr nach Deutschland wurde durch das von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) angebotene Emmy-Noether-Förderprogramm ermöglicht.

Somit würdigt der Theodor-Frerichs-Preis 2010 einen herausragenden Nachwuchswissenschaftler, der seine exzellente Arbeit auch nach der Rückkehr nach Deutschland eigenständig fortführen konnte.

Präventionspreis Innere Medizin 2010

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) verleiht durch die Deutsche Stiftung Innere Medizin den in diesem Jahr mit 10 000 Euro dotierten Präventionspreis Innere Medizin für die beste aus dem deutschsprachigen Raum vorgelegte Arbeit auf dem Gebiet der Prävention innerer Krankheiten. Die Preisverleihung fand anlässlich des 116. Kongresses für Innere Medizin in Wiesbaden statt. In diesem Jahr teilen sich zwei Wissenschaftler den Preis: Ausgezeichnet wurden Professor Dr. rer. nat. Jeanette Erdmann und Dr. med. Sebastian M. Schmid, beide Universität Schleswig Holstein, Campus Lübeck.

„Identifizierung eines neuen Herzinfarkt-Gens auf Chromosom 3q22“

J. Erdmann

Überblick

Der Herzinfarkt ist eine akute und lebensbedrohliche Erkrankung des Herzens und die zweithäufigste Todesursache in Deutschland. Anzunehmen ist im Fall des Herzinfarktes, dass mehrere prädisponierende genetische Faktoren in einem oder mehreren Genen interagieren und im Zusammenspiel mit den



Professor Dr. rer. nat. Jeanette Erdmann

entsprechenden Umweltfaktoren in einem schleichenden Prozess zur Manifestation der Erkrankung führen. Damit handelt es sich beim Herzinfarkt um eine komplexe Erkrankung. Die Herausforderung der vergangenen Jahre war es, die zugrunde liegenden genetischen Faktoren zu identifizieren.

In der mit dem Präventionspreis ausgezeichneten Arbeit wurde nun ein neues Herzinfarkt-Gen identifiziert. Hierzu wurden eine Million genetischer Marker bei 1200 Patienten mit Herzinfarkt untersucht, dabei zeigte sich in der Auswertung auf dem langen Arm von Chromosom 3 ein zusätzlicher Genort, der mit dem Herzinfarkt assoziiert ist. Hier befindet sich das MRAS-Gen, welches eine wichtige Rolle in der Gefäßbiologie einnimmt. So erhöht das seltenere Allel das Risiko, einen Herzinfarkt zu erleiden, um 13 %, das Vorhandensein beider Allele sogar um 26 %. Speziell dieses Gen und die zugrunde liegenden Mechanismen bieten völlig neue Ansätze, die Vererbungsmuster beim Herzinfarkt zu verstehen und Therapiemöglichkeiten zu entwickeln.

Die rasante Weiterentwicklung der molekulargenetischen und epidemiologischen Methoden hat in den vergangenen Jahren entscheidend zur Aufklärung der genetischen Ursachen des Herzinfarktes beigetragen. Der aktuelle wissenschaftliche Kenntnisstand erlaubt derzeit aber noch keinen routinemäßigen Einsatz von genetischen Testverfahren zur Risikovorhersage. Derartige vor Jahren noch als visionär eingestufte Testverfahren erscheinen jedoch, auch basierend auf den aktuellen Ergebnissen der Preisträgerin, für die nahe Zukunft greifbar.

Mittelfristig besteht durch die neuen Erkenntnisse die Chance, rechtzeitig ein erhöhtes Infarktisiko zu erkennen und präventive Maßnahmen einzuleiten. Langfristig geben die Ergebnisse Anlass zu der Hoffnung, dass neue Entstehungsmechanismen für den

Herzinfarkt gefunden werden und damit zukünftig Medikamente entwickelt werden können, die die Entstehung der Krankheit verhindern.

Laudatio

Der tödliche Herzinfarkt stellt nach wie vor die Haupttodesursache nicht nur in den westlichen hochzivilisierten Ländern, sondern in zunehmendem Maße auch in den sogenannten Entwicklungsländern dar. Verantwortlich hierfür ist die jeweils unterschiedlich ausgeprägte Häufigkeit bestimmter statistisch nachgewiesener Risikofaktoren wie Alter, LDL-Cholesterin, Hypertonie, Diabetes mellitus und Nikotinabusus.

Die zur Preisverleihung eingereichte Arbeit in Nature Genetics ist in Kooperation mit zahlreichen nationalen und internationalen Arbeitsgruppen durchgeführt worden, wobei Professor Erdmann als Koordinatorin dieser Analysen ganz erheblichen Eigenanteil besitzt. Sie ist demzufolge auch Erstautorin dieser Arbeit.

Die Arbeit ist ein idealer Beitrag zur modernen Prävention von Krankheiten. Letztendlich tragen diese Untersuchungen dazu bei, das persönliche

Professor Dr. rer. nat. Jeanette Erdmann, geboren am 21.11.1965 in Köln

- 1985–1990** Studium der Biologie an der mathematisch-naturwissenschaftlichen Fakultät der Univ. Köln
- 1991** Diplom in Biologie an der mathematisch-naturwissenschaftlichen Fakultät der Univ. Köln
- 1996** Promotion in Biologie an der mathematisch-naturwissenschaftlichen Fakultät der Universität Köln
- 1996–2000** Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Herzzentrum Berlin in der Arbeitsgruppe von Prof. Dr. V. Regitz-Zagrosek (AG Experimentelle Kardiologie)
- 2001–2003** Wissenschaftliche Assistentin an der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II der Universitätsklinik Regensburg, Direktor: Prof. Dr. G. Riegger, AG von Prof. Dr. H. Schunkert
- 2003** Habilitation im Fach Molekulare Kardiologie an der Universität Regensburg
- seit 11/2003** Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Klinik für Innere Medizin II der Universitätsklinik Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Direktor: Prof. Dr. H. Schunkert, Leiterin der AG Kardiovaskuläre Genetik
- 2005** Umhabilitation im Fach Molekulare Kardiologie an der Universität zu Lübeck
- 2008** Ernennung zur apl. Professorin an der Universität zu Lübeck

individuelle Krankheitsrisiko besser zu definieren und damit eine gezielte Präventionstaktik zu entwickeln. Menschen mit nachgewiesenem genetischen Defekt für ein erhöhtes Infarktrisiko sollten entsprechend gezielt therapiert werden, so dass letztlich für die Volkskrankheit „koronare Herzkrankung“ nicht nur allgemeine Empfehlungen Gültigkeit haben werden, sondern entsprechend dem Schweregrad die Aggressivität einer Therapie besser begründbar wird. Noch erlauben die genetischen Testverfahren keinen routinemäßigen Einsatz –

zweifellos wird dies mittelfristig oder auch langfristig der Fall sein.

Die eingereichte Arbeit ist sowohl hinsichtlich ihrer Fragestellung als auch ihrer methodischen Aufarbeitung in hervorragender Weise geeignet, mit dem Präventionspreis 2010 der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin ausgezeichnet zu werden. Frau Prof. Erdmann ist es zu danken, dass bisher insgesamt etwa 13 Gene, die mit Infarktrisiko assoziiert sind, bestimmt werden konnten.

„Schlafmangel – ein Störfaktor der menschlichen Energiehomöostase“

S. M. Schmid

Überblick

Große epidemiologische Studien belegen eine U-förmige Assoziation von Schlafdauer und dem Auftreten von Diabetes mellitus Typ 2 und Adipositas.



Dr. med. Sebastian M. Schmid

Die aktuelle Arbeit untersuchte bei 15 normalgewichtigen Männern erstmals den Einfluss moderater Schlafzeitverkürzung (4h vs. 8h) für 42 Tage auf das spontane Nahrungsaufnahme- und Bewegungsverhalten, sowie die Regulation des Glukosestoffwechsels als Hauptkomponenten der menschlichen Energiehomöostase.

Nach Schlafrestriktion bewegten sich die Probanden insgesamt deutlich weniger als nach regulärem Schlaf, wobei akzelerometrisch eine deutliche Verminderung von Episoden mit hoher Bewegungsintensität bei gleichzeitig mehr Episoden mit niedriger Intensität zu registrieren war. Überraschenderweise zeigte sich nach Schlafrestriktion

weder in der hormonellen orexigenen/anorexigenen Balance, noch bei der Nahrungsaufnahme ein Unterschied zur Kontrollbedingung, was auf den – im Gegensatz zu anderen Studien – synchronen Aufwachzeitpunkt bei Schlafrestriktion in der ersten Nachthälfte und eine überhöhte Nahrungsaufnahme im Buffet-Setting zurückzuführen sein könnte. Schlafrestriktion führte weiterhin zu einer Reduktion der Insulinsensitivität mit deutlich erhöhtem Blutzuckeranstieg bei gleichzeitig erhöhten Insulinkonzentrationen als Antwort auf eine Mahlzeitenbelastung.

Auch wenn weitere Studien den potenziellen Einfluss prolongierter Wachheit und zirkadianer Rhythmik vs. Effekten von Schlaf per se auf die Regulation des Nahrungsaufnahmeverhaltens näher differenzieren müssen, unterstreicht die aktuelle Arbeit durch eine Reduktion von körperlicher Aktivität und Insulinsensitivität nach moderater Schlafrestriktion die Notwendigkeit eines ausgeglichenen Schlaf-wach-Rhythmus für eine ausgeglichene Energiehomöostase.

Laudatio

Diabetes und Übergewicht haben sich zu einem medizinischen und gesellschaftlichen Problem von epidemischen Ausmaßen entwickelt. Gleichzeitig nimmt die durchschnittliche nächtliche Schlafdauer in unserer „24-Stunden-Gesellschaft“ stetig ab. Ein Zusammenhang zwischen der steigenden Inzidenz des Typ-2-Diabetes und der Reduktion der nächtlichen Schlafdauer scheint in epidemiologischen Studien gesichert, die Datenlage zu kausalen neuroendokrinen und endokrinen Mechanismen ist jedoch bislang spärlich.

Die hier vorgelegten Daten, die im American Journal of Clinical Nutrition publiziert und bei Diabetes

Care eingereicht wurden, identifizieren eine verkürzte nächtliche Schlafdauer als potenziell bedeutsamen Risikofaktor für die Entstehung von Diabetes mellitus und Übergewicht und unterstreichen die Notwendigkeit einer differenzierten „Schlafhygiene“ als präventive Lebensstilintervention zur Verhinderung eines Typ-2-Diabetes mellitus und von Adipositas. Diese Hinweise auf eine präventive Lebensstilintervention scheinen heute im ärztlichen Bewusstsein noch nicht ausreichend verankert zu sein.

Herr Dr. Schmid hat im November 2007 mit summa cum laude mit folgender Untersuchung promoviert: „Der Einfluss kurzfristigen Schlafentzugs auf basale hormonelle Sekretionsmuster und die Hypoglykämie-Gegenregulation“. Er ist Projektleiter im Sonderforschungsbereich „Plasticity and Sleep“.

Dr. med. Sebastian M. Schmid, geboren am 25.10.1977 in Deggendorf

- 1999–2002** Studium der Humanmedizin an der Universität Frankfurt/Main
- 2002–2005** Studium der Humanmedizin an der Universität Lübeck
- 2005** Approbation als Arzt
- seit 2006** Fachkunde Ernährungsmedizin
- 2003–2007** Doktorand, Neuroendokrines Labor, Medizinische Klinik I, Universität Lübeck
- 2004–2005** wissenschaftliche Hilfskraft klinische Forschergruppe „Schlaf und Gedächtnis“ seit 2006 Board Member von „Young Active Research in Endocrinology“
- 2007** Promotion, Universität Lübeck
- 2006–2008** Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der klinischen Forschergruppe KFO 126 „Selfish Brain“ und dem SFB 654 „Plasticity & Sleep“, Universität Lübeck, Medizinische Klinik I
- seit 2009** Projektleiter im SFB 654 „Plasticity & Sleep“

Young Investigator Award 2010

Die besten Abstracts von Autoren unter 35 Jahren aus den internistischen Schwerpunkten sowie der Infektiologie, der Internistischen Intensiv- und Notfallmedizin und der Geriatrie nahmen am Young Investigator Award (YIA) teil. Die Vorauswahl erfolgte durch einen wissenschaftlichen Beirat. Die definitive Auswahl der besten Beiträge (YIA 1.–3. Platz) fand in einer öffentlichen Vortragsveranstaltung durch eine hoch ausgewiesene Jury statt. Den 1.–3. Platz des Young Investigator Award 2010 belegten folgende Wissenschaftler:

■ 1. Platz (Klinische Infektiologie)

„Untersuchungen zur Funktion des zytotoxischen Mykobakteriophagen-Proteins WhiBTM4 – ein Inhibitor des essenziellen Proteins WhiB2 von Mycobacterium tuberculosis“

J. Rybniker, E. van Gumpel, N. Nissen, G. Plum, P. Hartmann

Überblick

Die Inzidenz resistenter und multiresistenter Mycobacterium-tuberculosis-Isolate nimmt weltweit zu

und erfordert die Entwicklung dringend benötigter antimykobakterieller Medikamente. Hier steht die Identifikation geeigneter Drug-Targets als erster essenzieller Schritt im Fordergrund der Forschung. Hierfür nutzen wir regulatorische Proteine von Mykobakteriophagen, die den Stoffwechsel ihres Wirtes auf die für die Replikation einer neuen Bakteriophagen-Generation notwendigen Prozesse reduzieren können. Die Charakterisierung der Zielstrukturen dieser „host shut-off“-Proteine ermöglicht die Identifikation potentieller Drug-Targets. Im Fokus steht hierbei die funktionelle Analyse des von uns isolierten Proteins WhiBTM4 des Mykobakteriophagen TM4 hinsichtlich seiner Interaktion mit dem Wirt *M. tuberculosis*.



Dr. med. Jan Rybniker

Das zytotoxische Protein WhiBTM4 des Mykobakteriophagen TM4 wurde zunächst in Mykobakterien exprimiert. Der hierbei beobachtete Phänotyp führte

Dr. med. Jan Rybniker, geboren am 23.5.1975 in Karlsruhe

- 1995–2004** Studium der Humanmedizin an der Universität zu Köln
- 2002–2003** Visiting scientist, Dept. of Microbiology, University of Tennessee, USA (Prof. Pamela Small)
- 2004** Promotion, Institut für Medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene; Universitätsklinikum Köln (PD Dr. Georg Plum)
- 2004–2006** Assistenzarzt am Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin, Hamburg
- seit 2006** Assistenzarzt, Medizinische Klinik 1, Universitätsklinikum Köln, Postdoktorand im Labor für Experimentelle Infektiologie, Universitätsklinikum Köln (PD Dr. Pia Hartmann)

zur Identifikation möglicher Targets des Proteins. Über Expressionsanalysen konnten wir zeigen, dass das Bakteriophagen-Protein WhiBTM4 zu einer Herunterregulierung des essenziellen mykobakteriellen Proteins WhiB2 führt. WhiBTM4 und das Target-Protein wurden über Affinitätschromatographie aufgereinigt. Beide Proteine konnten als Metalloproteine charakterisiert werden, die nach dem oxidativen Verlust eines Eisen-Schwefel-Clusters hochspezifisch mykobakterielle Promotor-DNS binden. Wir konnten somit erstmals zeigen, dass Bakteriophagen Eisen-Schwefel-Proteine als Transkriptionsfaktoren verwenden, um regulierend in den Stoffwechsel ihres Wirts einzugreifen. Hierbei nutzen sie ein strukturell wirtshomologes Protein mit ähnlichen Eigenschaften. Um die Inhibition von WhiB2 als therapeutisches Wirkprinzip umzusetzen, kann die von uns identifizierte DNS-Interaktion des essenziellen Wirtsproteins WhiB2 nun als Matrix genutzt werden, um antimikrobielle Molekülbanken zu screenen.

2. Platz (Rheumatologie)

„Interleukin-1-Rezeptor-assoziierte Kinase-M: Ein bisher unbekanntes Risikogen des Systemischen Lupus erythematoses“



Claudia Kantner

„Interleukin-1-Rezeptor-assoziierte Kinase-M: Ein bisher unbekanntes Risikogen des Systemischen Lupus erythematoses“

C. Kantner, M. Lech, K. Kobayashi, R. Flavell, H.-J. Anders

Überblick

Der Systemische Lupus erythematoses (SLE) ist eine Autoimmunerkrankung, die durch entzündliche Veränderungen an

Haut, Niere und Gelenken, aber auch allen anderen Organsystemen wie ZNS, Herz und Lunge charakterisiert ist. IL-1R-assoziierte Kinase-M (IRAK-M) ist ein Negativregulator der Toll-like-Rezeptor (TLR)/IL-1-Rezeptor-Signalwege. Wir vermuteten, dass IRAKM auch TLR-Signalling beim SLE unterdrückt.

In der vorliegenden Arbeit wurde der Phänotyp von IRAK-M-defizienten und Wildtyp-C57BL/6lpr/lpr-Mäusen verglichen, die einen milden SLE entwickeln.

Dabei zeigte sich, dass sowohl die Milz als auch die Lymphknoten bei IRAK-M-defizienten Mäusen im Alter von 6 Monaten massiv vergrößert waren. Histologisch zeigten sich eine autoimmune Gewebsschädigung der Lunge und eine schwere Lupusnephritis. Das Fehlen von IRAK-M führte zu einer vermehrten Aktivierung von dendritischen Zellen sowie einer vermehrten Expression multipler anti-apoptotischer Mediatoren und proinflammatorischer Zytokine wie Interferone, TNF- α und Interleukine in der Milz. Zudem wiesen IRAK-M-defiziente Mäuse eine erhöhte Zahl von CD4+, CD8+ und insbesondere von autoreaktiven CD4-CD8-T-Zellen in der Milz auf. Nicht erhöht war hingegen die Zellzahl aller B-Zell-Populationen mit Ausnahme der Plasmazellen. Dementsprechend zeigte sich eine vermehrte Produktion von Autoantikörpern gegen verschiedene Lupus-Autoantigene wie Anti-dsDNA und Anti-Sm. In einer über 12 Monate verfolgten Überlebenskurve hatten IRAK-M-defiziente Ipr-Mäuse eine deutlich höhere Sterberate. Nach Blockade von TLR7 entwickelten sich hingegen keinerlei Organläsionen. IRAK-M inhibiert die Expansion von autoreaktiven T- und Plasmazellen und die Produktion von Autoantikörpern. IRAK-M unterdrückt Lupus durch Blockade von TLR7 und ist daher ein neuer genetischer Risikofaktor für SLE.

Claudia Kantner, geboren am 27.7.1986 in München
seit 10/2005 Studium Humanmedizin an der LMU München

seit 11/2008 Promotion am Institut für Klinische Biochemie der Medizinischen Poliklinik Innenstadt, Klinikum der Universität München
Thema: „Die Rolle der Interleukin-1-Rezeptor assoziierten Kinase-M im Systemischen Lupus erythematoses“.

3. Platz (Hepatology)

„Ursodeoxycholy-Lysophosphatidylethanolamid: Ein experimenteller Phospholipid-basierter Ansatz zur Behandlung der nichtalkoholischen Fettlebererkrankung“



Dr. med. Anita Pathil

A. Pathil, A. Warth,
W. Chamulitrat,
W. Stremmel

Überblick

Störungen des hepatischen Lipidmetabolismus mit übermäßiger Fettakkumulation und veränderter Lipidkomposition sind pathognomonische Charakteristika der nichtalkoholischen Fettlebererkrankung

(NAFLD). Zur Wiederherstellung der Lipidhomöostase haben wir das Gallensäure-Phospholipid-Konjugat Ursodeoxycholy-Lysophosphatidylethanolamid (UDCA-LPE) synthetisiert. In dieser Arbeit wurde die Wirkung von UDCA-LPE in zwei Modellen der NAFLD untersucht, welche die verschiedenen Stadien, Steatose und nichtalkoholische Steatohepatitis (NASH), repräsentieren.

C57BL/6-Mäuse erhielten für 6 Monate eine fettreiche Diät (HFD), diese führte zu Transaminasenanstieg, hepatischer Steatose und zu weiteren Kennzeichen des metabolischen Syndroms. In einem zweiten Modell wurden die Mäuse 11 Wochen lang mit einer Methionin-Cholin-defizienten

Dr. med. Anita Pathil, geboren am 24.9.1981 in Stuttgart

2000–2006	Studium der Humanmedizin an der Eberhard-Karls-Universität Tübingen
11/2006	Promotion, Medizinische Klinik, Abteilung I, Universität Tübingen, Thema: „Epigenetische Modulation durch Histondeacetylase Inhibition als innovatives Therapieprinzip beim Hepatozellulären Karzinom“
2007	Wissenschaftliche Assistentin, Medizinische Klinik, Abteilung IV, Gastroenterologie und Hepatologie, Universität Heidelberg

(MCD) Diät gefüttert, welche eine Steatohepatitis induzierte. Die nachfolgende Behandlung der Tiere mit UDCA-LPE reduzierte den HFD- und MCD-induzierten Leberschaden mit nahezu vollständiger Normalisierung der ALT-Werte und verminderte die Steatose in beiden Modellen. Das Konjugat führte zur geringeren Sensitivität gegenüber extrinsischer Apoptose und inhibierte die Bildung von Lipidhydroperoxiden. Zusätzlich reduzierte UDCA-LPE proinflammatorisches Lysophosphatidylcholin (LPC) in den Lebern der Mäuse und führte zur Herunterregulierung proinflammatorische Gene wie CCL2 und VCAM1.

Zusammenfassend konnte gezeigt werden, dass UDCA-LPE durch Reduktion der hepatischen Fettüberladung und Verminderung der Suszeptibilität von Hepatozyten gegenüber inflammatorischen Stimuli die Leberschädigung in verschiedenen Stadien der NAFLD entscheidend verringern kann.

Diese Arbeit wurde z.T. durch die Förderung im Rahmen des Emmy-Noether-Programmes der DFG ermöglicht.

Professor Dr. med. Jürgen Schölmerich, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin 2009/2010
Privatdozent Dr. med. Frank Klebl, Kongressteam des 116. Kongresses der DGIM

Rückblick zum 116. Kongress der DGIM

vom 10. bis 14. April 2010 in Wiesbaden

Vom 10. bis 14. April 2010 veranstaltete die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. zum 116. Mal ihren Jahreskongress. Dabei war ein Jubiläum zu feiern: Zum 100. Mal fand der Kongress in Wiesbaden statt. Dementsprechend freudig begrüßte die Stadt – vertreten durch ihren Oberbürgermeister Dr. Helmut Müller – die mehr als 8000 Besucher.

Erstmals begann der Kongress bereits am Samstagmorgen – und dieses Konzept war ein voller Erfolg: Volle Vortragssäle schon kurz nach 8 Uhr morgens zeigen, dass die Besucher gerne das komplette Wochenende zur Fortbildung nutzen. Offensichtlich eröffnet der Beginn so früh am Samstag auch Weiterbildungsmöglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte, denen eine Teilnahme an den regulären Arbeitstagen von Montag bis Mittwoch nicht möglich ist.



Gut gefüllte Rhein-Main-Hallen

Weitere Neuerungen gab es im Programm selbst, aber auch bei den Rahmenveranstaltungen. So wurden beispielweise neue Sitzungsformen für fallorientiertes Lernen erprobt. „Das Wiedererkennen einmal Gesehener Dinge stellt eine wesentliche Komponente der Diagnostik in der Inneren Medizin dar“, erläuterte Kongresspräsident Professor Dr. med. Jürgen Schölmerich, Regensburg, die pädagogischen Vorteile einer Fallpräsentation. Neben vielen Falldarstellungen in den Sitzungen bot das

Kongressprogramm daher zusätzlich zu den bereits in den Vorjahren sehr beliebten „Klinischen Foren“ weitere interaktive Sitzungen: „Wie hätten Sie es gemacht?“ und „Deutschland sucht die Super-Internisten“. In Letzteren wurden auch spielerische Elemente und Kompetition mithilfe des TED-Systems als pädagogische Hilfsmittel eingesetzt – zur Freude der Rednerinnen, Vorsitzenden und Zuhörer. Erstmals bezog die DGIM eine ausländische Partnergesellschaft in das Programm mit ein. Das medizinische Zusammenwachsen Europas demonstrierte auch die gemeinsame Sitzung mit der „Czech Society of Internal Medicine“.

Zudem gelang es, die von der Industrie in Symposien vorgestellten medizinischen Innovationen in das wissenschaftliche Programm einzubauen und damit besser in den Kongress zu integrieren. Im „Sonowald“ vermittelten Experten den Kongressteilnehmern praktische Fertigkeiten aus allen Bereichen des internistischen Ultraschalls.

Um den unmittelbaren Bezug zwischen Medizin und Kunst ging es in der Kunststoa des diesjährigen Kongresses. Unter dem Motto „Kunst für Ärzte – Ärzte als Künstler“ fand ein Wettbewerb statt, bei dem Ärzte die Möglichkeit hatten, sich als Künstler zu präsentieren. Sechs ausgewählte Künstler schufen mit der Kunststoa überaus erfolgreich einen Raum zum Nachdenken, Verweilen und zur Auseinandersetzung mit den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, in der sich die Medizin bewegt.

„Chances“ – das Forum für angehende und junge Ärzte – fand erstmals durchgehend über vier Tage statt und stieß auf regen Zuspruch. Neben Tipps für die tägliche klinische Praxis konnten sich die meist jungen Internisten in „Round table“-Diskussionen über aktuelle Themen wie zum Beispiel die Frauenförderung in der Inneren Medizin und auch alternative Tätigkeitsfelder informieren – zum Beispiel ärztliche Tätigkeit in der Bundeswehr oder bei Hilfsorganisationen. Der sehr gute Besuch – unter anderem mit einer Vielzahl an studentischen Teilnehmern – zeigt deren erheblichen Informationsbedarf.

Auch Bundesministerin Dr. med. Ursula von der Leyen ging während der festlichen Abendveranstaltung am 11. April 2010 auf die Bedürfnisse junger ärztlicher Kolleginnen und Kollegen ein. In einer vielbeachteten und mit großem Applaus bedachten Rede erweiterte sie die Frauenförderung zur Familienförderung und stellte klar, dass Deutschland die



Bundesministerin Ursula von der Leyen

Rahmenbedingungen für junge Ärztinnen und Ärzte insbesondere hinsichtlich der Vereinbarkeit von Familie und Beruf verbessern muss. Die Gesellschaft, die dringend ärztliche Arbeitskräfte brauche, müsse gerade den jungen Kollegen zeigen, dass sie auch als solche erwünscht sind, so die Ministerin.

Die Innere Medizin als Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Kunsthandwerk braucht den Arzt als Lotsen für den Patienten – so der Tenor der Festrede von Professor Schölmerich. Er unterstrich, dass internetbasiertes Quasiwissen und selbst angeleitetes Halbwissen nicht ausreichen, um ärztliches Denken und die Kunst der Umsetzung medizinischer Kenntnisse im immer einmaligen Umgang mit dem Patienten zu ersetzen. So bleibt der Arztberuf trotz aller Modeerscheinungen wichtig und unumstritten.

Nach einem überaus erfolgreichen 116. Kongress freuen wir uns auf die Fortsetzung im nächsten Jahr, dem 117. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin vom 30. April 2010 bis zum 3. Mai 2011 in Wiesbaden!

Patiententag 2010

Begleitend zum 116. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. am 10. April 2010 in Wiesbaden auf dem Schlossplatz

Zum 113. Kongress hatte die DGIM anlässlich des 125-jährigen Bestehens der Gesellschaft eine Patientenveranstaltung geplant. Diese Informationsveranstaltung war als Brückenpfeiler des Kongresses außerhalb der Kongresshallen für den Laien gedacht. Der Patiententag ist inzwischen zu einer selbstständigen, gut besuchten und lebendigen Veranstaltung gewachsen. Die Zielsetzung des Patiententages ist dabei nach wie vor noch dieselbe: Betroffenen, Angehörigen und interessierten Laien Expertenwissen aus erster Hand zu bieten. Entscheidend ist dabei, die angebotenen Themen so anschaulich wie möglich zu vermitteln. Ein wesentlicher Erfolgsfaktor ist dabei in den vergangenen Jahren die Partnerschaft der Gesellschaft mit der Stadt Wiesbaden. Durch diese ist es gelungen, mit einer Mischung aus namhaften nationalen Referenten und lokalen Experten ein breites Publikum anzusprechen, für die Belange der Inneren Medizin zu interessieren und

unmittelbaren Kontakt mit Ansprechpartnern vor Ort herzustellen.

In zehn Vortragssymposien (siehe Übersicht in Tabelle 1) konnten sich interessierte Laien über



Der begehbare Darm war eine Attraktion

Symposienübersicht Patiententag 2010

Durchblutungsstörungen: Beschwerden erkennen und rechtzeitig behandeln
Hormone und Vitamin-D-Einfluss auf den Knochenstoffwechsel
Häufige Beschwerden des Atemwegs- und Lungenkranken
Herzmedizin 2010: Herzinfarkt, Lebensstil, Herzrhythmusstörungen
Rheumatologie
Der gesunde Schlaf – Schlafstörungen und ihre Ursachen
Schwindel-Diagnostik – ein interdisziplinäres Thema
Meine Niere ist krank – ich habe doch nie etwas gemerkt!
Fortschritte in der Tumorbehandlung: Darmkrebs
Geimpft, geschützt, gesund
Prostata SHG Wiesbaden und Umgebung
Rheuma-Liga Hessen e.V.
Sanitätshaus Achim Kunze GmbH
Selbsthilfe Niere e.V.
Selbsthilfegruppe Bluthochdruck der Deutschen Hochdruckliga e.V.
Herzpatienten Wiesbaden
Selbsthilfeverband Schlaganfallbetroffener und gleichartig Behinderter e.V.
Stiftung Deutsche Klinik für Diagnostik GmbH
Suchtzentrum Wiesbaden
Thrombose INITIATIVE e.V.
Turnerbund Wiesbaden
Wiesbadener Kurier (Zelt zusammen mit Ärztezeitung)
Darmmodell

Tabelle 1: Symposienübersicht Patiententag 2010

relevante Themen informieren. Beispielhaft sei ein Symposium zum Thema Schwindel erwähnt. Da dieser verschiedenste Ursachen haben kann, wurde die Erkrankung auch ganzheitlich internistisch unter Einbeziehung weiterer Fachabteilungen diskutiert. Bekannt sind neben ursächlichen zirkulatorischen Gründen auch psychosomatische Probleme wie zum Beispiel Stress oder der Zusammenhang zwischen dem Innenohrproblem und Schwindel. Da der Patient nicht in der Lage ist, die Genese des Problems zu diskriminieren, erfolgte die interdisziplinäre Diskussion unter Einbeziehung von Ärzten der Kardiologie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und Psychosomatik.

Bewährt hat sich der Markt der Möglichkeiten, der im Foyer des Rathauses stattfand. Auf diesem

haben sich 44 Selbsthilfegruppen, Organisationen und lokale Leistungserbringer des Gesundheitswesens an Ständen präsentiert. Hier fanden die Besucher Ansprechpartner, die ihnen für alle weitergehenden Fragen zur Verfügung standen, welche innerhalb der Symposien nicht beantwortet werden konnten. Dass der Markt ein Erfolg war, lässt sich auch daran ablesen, dass das zur Verfügung stehende Raumangebot vollständig genutzt wurde.

Unabhängig von den Vortragsveranstaltungen fand in diesem Jahr erstmalig ein gesundheitspolitisches Symposium statt. Das Thema lautete „Zukünftige Herausforderungen unseres Gesundheitssystems: Überalterung der Gesellschaft, Ärztemangel, ... Wo steuern wir hin?“. Unter Beteiligung von Vertretern der Patienten, der Krankenkassen, der Ärzteschaft und der Politik auf dem Podium, die jeweils ein einführendes kurzes Statement abgaben, kam es zu einer interessanten Diskussion mit den Zuhörern. Es war zu bemerken, dass die Entwicklungen im System durchaus von den Patienten verfolgt werden und dass es ausgesprochenen Diskussionsbedarf gibt. Diese Veranstaltungsform und der begonnene Dialog mit den Patienten sollte sicherlich in den kommenden Jahren fortgeführt werden.

Große Ansprache fanden zwei auf dem Schlossplatz vor dem Rathaus aufgestellte begehbare Organsysteme. Neben einem Darm, in welchem die verschiedensten Darmerkrankungen dargestellt waren, befand sich ein überdimensioniertes Herz auf dem Platz. Beide Organsysteme wurden durch Internisten der jeweiligen Fachdisziplin betreut, die den vielfachen Fragen der Besucher zur Verfügung standen.



Vor dem Wiesbadener Rathaus

Insgesamt war der diesjährige Patiententag eine erfolgreiche Veranstaltung, die sich längst im Veranstaltungskalender der Region fest etabliert hat. Die DGIM und die Stadt Wiesbaden möchten sich

an dieser Stelle noch einmal bei allen Beteiligten für die erfolgreiche Durchführung bedanken.

Dr. med. André Althoff, Gießen

Deutschland sucht die Super-Internisten

Auf dem 116. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. am 12. und 13. April 2010 in Wiesbaden

Der diesjährige Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin setzte ein besonderes Augenmerk auf fallbasiertes Lernen. Das pädagogische Moment, das hinter der fallorientierten Darstellung von Krankheitsbildern und Differenzialdiagnosen steckt, wurde in den vorangegangenen Tagungen ja schon traditionell in den immer extrem gut besuchten „Klinischen Foren“ ausgenutzt, die auch dieses Jahr erfolgreich fortgesetzt wurden. Während des diesjährigen Kongresses wurden nun Fälle aus der Praxis beispielhaft in Symposien mit aufgegriffen und in den „Wie hätten Sie es gemacht?“-Sitzungen Gelegenheit zum TED-basierten Mitraten gegeben.

Als besonderes „Schmankerl“ wurden die Veranstaltungen „Deutschland sucht die Super-Internisten“ am Montag und Dienstag eingeführt. Anhand je eines Patienten wurde eine spannende Krankengeschichte dazu genutzt, um in jeweils 45 Minuten diagnostische, differenzialdiagnostische und therapeutische Fertigkeiten zu vermitteln. Aufgelockert durch mehrere TED-Fragen an das Publikum bestand für die Zuhörer die Möglichkeit, durch möglichst viele richtige Antworten einen Preis zu gewinnen.

Den Auftakt bei der Premierenveranstaltung am Montag, 12. April 2010, machte die Vorstellung einer jungen Patientin mit schwerem Verlauf eines Morbus Behçet – präsentiert von Frau Dr. Jutta Weinerth/Augsburg. Am Ende des Falles gab es acht Zuhörer mit gleich vielen maximal richtigen Antworten, die sich alle über eine offizielle Siegerurkunde – überreicht durch das Kongressteam – freuen durften. Eine Entscheidungsfrage des Vorsitzenden, Herrn Professor Dr. Andreas Zeiher/Frankfurt, ermittelte den ersten Sieger: Herr Edgar Ngo/München nahm jubelnd einen iPod nano entgegen.



Das Kongressprogramm bot Inhalte für alle Teilnehmer

gen. Die weiteren, ebenso hochinteressanten Fälle, präsentiert von Frau Dr. Amra Cuk/München (Montag), Professor Dr. Julia Mayerle/Greifswald und Dr. Kerstin Schütte/Magdeburg (Dienstag) – diesmal unter dem Vorsitz von Herr Prof. Dr. Georg Schett/Erlangen –, fanden nicht minder glückliche Sieger. Insgesamt ist es gelungen, mit dieser Veranstaltung auch spielerische Elemente und quasi sportliche Kompetition auszunutzen, um Wissen zu vermitteln. Der Hörsaal im Museum Wiesbaden bietet dafür einen wunderbaren Rahmen. Allen Beteiligten – von den Referenten über die Vorsitzenden und die Zuhörer – war der immense Spaß, den diese Sitzungen machten, deutlich anzusehen. Und so bleibt zu hoffen, dass die Veranstaltungen auch im nächsten Jahr eine erfolgreiche Fortsetzung finden!

*Privatdozent Dr. med. Frank Klebl /
Dr. med. Felix Rockmann
Kongressteam des 116. Kongresses der DGIM,
Universitätsklinikum Regensburg*

Chances 2010

Auf dem 116. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. vom 10. bis 13. April 2010 in Wiesbaden

In diesem Jahr konnte Chances in noch deutlich größerem Rahmen auf dem 116. Kongress der DGIM die Besucher begrüßen. Das Forum, welches sich insbesondere an den medizinischen Nachwuchs sowie junge Assistentinnen und Assistenten in der Weiterbildung richtet, konnte damit inzwischen zum bereits fünften Mal erfolgreich in Zusammenarbeit mit dem Springer Verlag fortgeführt werden.

Von Samstagmorgen bis Dienstagabend bot das Chances-Programm spannende Podiumsdiskussionen zu berufspolitisch brisanten Themenbereichen, aber auch fallorientiertes klinisches Handeln. Der große Zuspruch, den die Veranstaltung erhält, zeigte sich in diesem Jahr nicht nur in der deutlich gestiegenen Zahl von studentischen Kongressbesuchern (288), sondern auch in den spannenden und ausgedehnten Diskussionen zwischen Publikum und Rednern im Anschluss an die Vorträge.

Bereits die Eröffnung durch den Kongresspräsidenten Herrn Professor Dr. med. Jürgen Schölmerich, Regensburg, mit seinem anschließenden Vortrag zum Thema „Warum gerade Innere Medizin?“ stieß bei allen Kongresssteilnehmern auf großen Anklang. Mit Themenkomplexen wie „Mein erster Nachtdienst“, „Klinik Sankt Nimmerlein – was brauche ich im Alltag wirklich?“ oder auch „Fit für die Notaufnahme“ wurden den meist jungen Kollegen praktische Algorithmen und Tipps für die tägliche klinische Arbeit an die Hand gegeben. Besonders die fallorientierte Aufarbeitung der Themenkomplexe steigerte die Attraktivität, so dass die zur Verfügung stehenden Sitzgelegenheiten im Chances-Bereich teilweise ausgebaut werden mussten.

Wie bereits im Vorjahr lockten zudem sogenannte Roundtable-Podiumsdiskussionen die Besucher. „Frauenförderung in der Inneren Medizin“ wurde hier ebenso kontrovers diskutiert wie „Wieso habilitieren? Forschungsland Deutschland“. In der



Information und Diskussionen für junge Internisten

Session „Mehr Geld ohne Patienten und andere Alternativen zum klassischen Arztberuf“ konnten sich Interessierte über alternative Tätigkeitsfelder informieren, etwa über die Bundeswehr (Oberstarzt Dr. B. Gross, Mainz), Lufthansa (PD Dr. J. Graf, Frankfurt), über Journalismus (A. Voormann, Stuttgart) oder auch Vereinigungen wie „Ärzte ohne Grenzen“ (Dr. T. Stöbe, Berlin).

Als völlig neue Attraktion beinhaltete Chances 2010 ein „Meet the Mentor/Meet the Professor“-Programm. Studenten, aber auch junge Ärztinnen und Ärzten hatten dabei die Möglichkeit, im direkten Gespräch mit erfahrenen Internisten und Mitgliedern der DGIM-Kommission für Nachwuchsförderung Fragen und Probleme in der beruflichen Entwicklung zu diskutieren.

Wir freuen uns daher auf die Fortsetzung von Chances beim 117. Kongress der DGIM 2011.

*Dr. med. Sylvia Siebig
Kongressteam des 116. Kongresses der DGIM,
Universitätsklinikum Regensburg*

Dr. med. Dipl.-Ing Franz-Josef Wingen, Sprecher der Korporativen Mitglieder der DGIM

Tätigkeitsbericht der Korporativen Mitglieder der DGIM 2009/2010

Korporative Mitglieder der DGIM können forschende Arzneimittelfirmen, Geräte- und Diätetika herstellende Firmen, medizinische Fach- und Zeitschriftenverlage, informations- und medientechnische und andere Unternehmen werden, die die Ziele der DGIM unterstützen.

Zurzeit hat die DGIM 26 Korporative Mitglieder, davon 17 pharmazeutische und medizintechnische Unternehmen, 5 Fachverlage und 4 sonstige Mitglieder. Wenn auch ein Anstieg der Mitgliederzahl gegenüber dem Vorberichtszeitraum nicht erreicht werden konnte, so ist doch angesichts der abgelaufenen Firmenzusammenschlüsse und Akquisitionen eine konstante Mitgliederzahl recht erfreulich.

In Kooperation mit dem Vorstand der DGIM und in bewährter Weise mit dem Beauftragten der Korporativen Mitglieder, Professor Dr. med. Ulrich Fölsch, wurden zwei Frühjahrsymposien, ein Herbstsymposium und zwei Experten-Workshops durchgeführt.

Die 15. ordentliche Mitgliederversammlung der Korporativen Mitglieder der DGIM fand am 21. April 2009 in Wiesbaden statt. Es erfolgte die Neuwahl der Sprecher der Korporativen Mitglieder. Die Wahl erfolgte laut Geschäftsordnung in geheimer Abstimmung. Gewählt wurden für die nächsten zwei Jahre Dr. Helga Maria Jakob (Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG), Dr. Franz-Josef Wingen (Bayer Vital GmbH), Dr. Wolfram Wiegers (Georg Thieme Verlag KG). Dr. Wingen wurde als Vorsitzender Sprecher der Korporativen Mitglieder bestätigt.

Im Januar 2009 hatte in Rüdeshcim der von Professor Dr. med. Jürgen Schölmerich initiierte **Workshop** zum Thema „Onkologie“ zum ersten Mal stattgefunden. Diese Art Workshop soll dazu dienen, den Informationsaustausch zwischen Wissenschaftlern aus dem universitären Bereich und den Korporativen Mitgliedern im Rahmen einer anderthalbtägigen wissenschaftlichen Veranstaltung zu intensivieren. Aufgrund der guten Resonanz erfolgte im Januar 2010 ebenfalls unter Leitung von Professor Schölmerich ein zweiter Workshop zum Thema „Entzündung“ mit zirka 60 Teilnehmern. Diese Veranstaltungsreihe soll im Januar 2011 unter Leitung

von Professor Dr. med. Hendrik Lehnert zum Thema „Stoffwechsel“ fortgesetzt werden.

Im Rahmen des 115. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin 2009 fand das **Frühjahrsymposium** der Korporativen Mitglieder zum Thema „Innovationen in Deutschland – Was wurde aus der einstigen Apotheke der Welt?“ mit anschließender gut besuchter Pressekonferenz statt. Über dieses Symposium wurde in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (2009; 134, Nr. 22) und in der Medizinischen Klinik (2009; 104: 903–912) ausführlich berichtet.

Am 31. Oktober 2009 fand in Wiesbaden das **Herbstsymposium** der Korporativen Mitglieder mit anschließender Pressekonferenz zum Thema „Mehr Patientensicherheit durch bessere Arztinformati-on?“ mit sehr gutem Presseecho statt. Medizinisches Wissen wächst heute so schnell, dass Ärzte kaum in der Lage sind, diese Flut von Erkenntnissen zu verarbeiten. Von den täglich auf sie einwirkenden Informationen nehmen Menschen mehr als 98 Prozent gar nicht wahr. Das Informationsverhalten von Ärzten und inwieweit es die Sicherheit ihrer Patienten beeinflusst, war Thema dieses Symposiums. Zunehmende Spezialisierung der Medizin führt einerseits zu einem Zuwachs an Wissen, andererseits erschwert sie den Überblick.

„Insbesondere Internisten stehen hier vor einer schwierigen Aufgabe, denn sie behandeln Patienten mit verschiedenen gesundheitlichen Problemen“, so Professor Fölsch, Beauftragter der Korporativen Mitglieder der DGIM aus Kiel. Neue medizinische Entwicklungen angemessen zu beurteilen, sei jedoch ausschlaggebend für eine erfolgreiche internistische Praxis. Dies setze voraus, dass Internisten sich regelmäßig informieren und die wichtigsten Entwicklungen in allen Gebieten der inneren Medizin kennen. Auch deshalb greifen Ärzte immer häufiger auf elektronische Medien zurück, denn im Alltag gilt es schnell Zugang zu speziellen, aber auch umfassenden Informationen zu bekommen. Welche Rolle dabei Best Practice-Empfehlungen oder Leitlinien spielen, wie die ärztliche Fortbildung darauf eingeht und mit welchen Neuheiten Informationsanbieter wie Verlage diese aufgreifen, diskutierten Experten

aus Gesundheitswesen, Medizin, Pharmaindustrie und Wirtschaft im Rahmen dieses Symposiums.

Im Rahmen des 116. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin veranstalteten die Korporativen Mitglieder der DGIM am 13. April 2010 das **Frühjahrssymposium** unter dem Titel „Nanomedizin: Hope oder Hype?“ mit anschließender gut besuchter Pressekonferenz. Auch hierüber wurde in den Organen der DGIM ausführlich berichtet.

Auf der 16. ordentlichen Mitgliederversammlung der Korporativen Mitglieder der DGIM am 13. April 2010 in Wiesbaden wurden unter anderem die Themen für die nächsten Veranstaltungen diskutiert und genehmigt.

Am 13. Oktober 2010 wird in Wiesbaden das Herbstsymposium der Korporativen Mitglieder zum Thema

„Altersgerechte Medizin“ stattfinden, das den Bogen von der Pädiatrie zur Gerontologie spannen wird und im Rahmen des 117. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin wird das Frühjahrssymposium der Korporativen Mitglieder sich mit der Anwendungssicherheit von Arzneimitteln unter dem Thema „Versorgungsforschung und Anwendungssicherheit: AWB – NIS – PASS“ befassen.

Die Sprecher danken im Namen der Korporativen Mitglieder dem Präsidenten der 115. Jahrestagung, Professor Dr. med. Rainer E. Kolloch, dem Präsidenten der 116. Jahrestagung, Professor Schölmerich, dem Generalsekretär Professor Dr. Hans-Peter Schuster sowie Professor Fölsch und der Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin für die hervorragende Zusammenarbeit bei der Realisierung der durchgeführten Veranstaltungen der Jahre 2009/2010.

Jahr	Frühjahrssymposium (Internistenkongress)
1997	Akzeptanz klinischer Arzneimittelforschung in Deutschland-Probleme und Chancen
1998	Der Einfluss von Evidence Based Medicine (EBM) auf die Medizinische Praxis
1999	Arzneimittelsicherheit – Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Ihren Arzt ... – Sind Sie vorbereitet und kennen Sie Ihre Rolle
2000	Medien und Medizin- Wünsche, Forderungen, Zumutungen
2001	Pharmakogenetik: Neue Möglichkeiten und Entscheidungshilfen für die individualisierte Arzneimitteltherapie
2002	Internet, Arzt und Patient
2003	Gene und Medizin – der Weg zur personalisierten Diagnostik und Therapie
2004	Standortvorteil Deutschland? Neue Trends in der klinischen Forschung
2005	Verbessert die Versorgungsforschung die Versorgung?
2006	Nutzenbewertung von Arzneimitteln: Chance oder Risiko?
2007	Deutsches Gesundheitswesen 2007: Reform oder Abwicklung?
2008	Kosten und Nutzen in der Medizin – wie bewerten?
2009	Innovationen in Deutschland – Was wurde aus der einstigen Apotheke der Welt?
2010	Nanomedizin – Hope oder Hype?
2011	Geplant: Versorgungsforschung und Anwendungssicherheit: AWB – NIS – PASS

Jahr	Herbsttagung mit Vorstand und Ausschuss
1993	Good Clinical Practice „GCP“
1994	Pharmaökonomie
1995	Outcomes Research
1996	Gentherapie
1997	Medizin und ihre Fachmedien
1998	Wahrheit in der Medizin
1999	Leitlinien in der Inneren Medizin
2000	Positivist, Negativist oder Dreiteilungsmodell
2001	Pharmasponsoring und klinische Forschung – („Notwendigkeit und juristische Fallstricke“)
2002	Anwendungsbeobachtungen (AWB) im Spannungsfeld von Wissenschaft und Marketing
2003	Das Zentrum für Qualität in der Medizin – Chancen unserer Patienten oder Wege in die Staatsmedizin?
2004	Wohin führt die Gleichschaltung von Innovation und Imitation?
2005	Wer bestimmt die Leitlinien in der Medizin?
2006	Der sanktioniere Arzt – zum (Un-)Wohl des Patienten?
2007	(Verantwortungsvolle) Patientenversorgung unter den regulierten Bedingungen mit Analogpräparaten und Leitsubstanzen
2008	Gefälschte Medikamente
2009	Mehr Patientensicherheit durch bessere Arztinformation?
2010	Geplant 13.10.2010: Altersgerechte Medikation

Tabelle 1: Veranstaltungen der Korporativen Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) von 1993 bis 2011

Bericht der Pressestelle der DGIM 2009/2010

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin trat im Jahr 2009/2010 im Rahmen einer aktiven Medien- und Öffentlichkeitsarbeit auf vielfältige Weise in Dialog mit ihren jeweiligen Zielgruppen. Diese Aktivitäten trugen maßgeblich dazu bei, verstärkt Aufmerksamkeit für den Auftrag der Fachgesellschaft zu schaffen. Die DGIM positionierte sich damit erneut im wissenschaftlichen, medizinischen, ethischen und gesundheitspolitischen Geschehen. Dabei hat ihre kontinuierliche Medienarbeit eindeutig einen gesundheitspolitischen Fokus. Im Zeitraum 2009/2010 konnte sie durch ausgewählte medizinische Schwerpunkte zusätzliche mehr Wahrnehmung erzeugen: Bereits im Jahr 2009 zeichnete sich in der kontinuierlichen Pressearbeit eine Steigerung der Reichweite von 12 auf 58 Millionen ab.

Themen in die Öffentlichkeit bringen

Über ihre Pressestelle pflegt die DGIM dauerhaft Kontakte zu meinungsbildenden Print-Redaktionen in Deutschland, öffentlichen wie privaten Hörfunk- und Fernsehanstalten sowie zu Nachrichtenagenturen. Für die DGIM bedeutende Themen hat die Pressestelle auch in diesem Jahr regelmäßig mit Pressemitteilungen in der Öffentlichkeit bekannt gemacht. Diese Informationen bezogen sich unter anderem auf von der DGIM erarbeitete Publikationen, Nachrichten zu aktuellen Themen assoziierter Verbände und Institutionen und gemeinsam mit anderen medizinischen-wissenschaftlichen Fachgesellschaften erstellte Positionspapiere und Stellungnahmen. Darüber hinaus kommunizierte die DGIM personelle Neuerungen aus ihren verschiedenen Gremien. In all diesen Aktivitäten spiegelt sich der integrative Ansatz der DGIM wider: Die Fachgesellschaft nimmt auf diese Weise ihre Position als aktivierendes Organ der Medizin wahr und regt qualitative, strukturelle und prozessorientierte Veränderungen an.

Zwischen August 2009 und 2010 verbreitete die DGIM über ihre Pressestelle mehr als 30 Pressemitteilungen. Die Texte verbreitete die Pressestelle über unterschiedliche Kanäle: sowohl per Post, Fax und E-Mail als auch über Informationsdienste im Internet. Zeitgleich wurden die Meldungen auf der Homepage der Gesellschaft unter www.dgim.de in der Presserubrik eingestellt. Journalisten haben jederzeit die Möglichkeit, sich diese Informationen bei Bedarf hier herunterzuladen und für ihre Arbeit zu nutzen. Ihre Mitglieder informiert die

DGIM unter anderem mit einem von der Pressestelle erstellten Newsletter: „DGIM aktuell“ erscheint elektronisch und ab 2010 auch gedruckt jeweils zweimonatlich und berichtet über die verschiedensten Aktivitäten der Fachgesellschaft und diese und die Innere Medizin betreffende Neuigkeiten. Der Newsletter stößt auf erfreuliche Resonanz, was sich anhand der zahlreichen Rückfragen in der Geschäftsstelle ablesen lässt. Dies zeigt, dass Mitglieder der DGIM aktuell aktiv als Quelle nutzen, um Neues aus ihrer Fachgesellschaft zu erfahren. Auch das verdeutlicht, dass dieses Leistungsangebot von der Zielgruppe gut angenommen wird.

Im Mittelpunkt der internistischen, politischen und wissenschaftlichen Medien- und Öffentlichkeitsarbeit für die DGIM standen im Jahr 2009/2010 gesundheits- und berufspolitisch bedeutende Themen wie etwa die Förderung des weiblichen wissenschaftlichen Nachwuchses in der Inneren Medizin. Mit hauseigenen Publikationen würdigte die DGIM unter anderem die Träger der von ihr verliehenen Gustav-von-Bergmann-Medaille. Entsprechende Broschüren erstellte die Pressestelle der DGIM auch zur zusätzlichen Würdigung der Ehrenmitglieder und in Gedenken an die verstorbenen Mitglieder der DGIM.

Die DGIM greift immer wieder aktiv Themen und Probleme in der Inneren Medizin auf und formuliert dafür geeignete Lösungsansätze – sei es forschungs- oder gesundheitspolitisch oder auch patientenorientiert. Auch einzelne Krankheitsbilder schließt sie darin ein und stellt gegenüber Medien und Öffentlichkeit dar, in welcher Form und mit welchen Mitteln sich die aktuellen Bedingungen für deren Behandlung verbessern müssen. In ihrer Jahres-



Pressekonferenz auf dem 116. Internistenkongress

pressekonzferenz im Januar 2010 wies die DGIM auf die noch immer verkannte große medizinische Bedeutung der Sepsis hin und betonte die dringende Notwendigkeit der Forschung nach wirksamen Therapien. Sie thematisierte darin außerdem Ansätze aus Immunologie und Entzündungsmedizin in der Therapie der chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen. Auch in diesem Jahr bot die DGIM mit ihrer Pressekonzferenz zum Jahresbeginn den Medien schon einen Ausblick auf den bevorstehenden Internistenkongress in Wiesbaden.

Der Internistenkongress in den Medien

Bildgebende Verfahren, Intensivmedizin und lebensbedrohliche Infektionen bildeten gleichermaßen Schwerpunkte des 116. Internistenkongresses wie der begleitenden Medienarbeit. Mit 24 Pressemitteilungen informierte die Pressestelle die Medien vor und während des Kongresses über zahlreiche neue wissenschaftliche Erkenntnisse und medizinische Fortschritte in der Behandlung internistischer Patienten. Dadurch konnte die Pressestelle der DGIM die Aufmerksamkeit der Journalisten auf besondere, medienrelevante Aspekte des Kongressprogramms lenken und ausgewählte Veranstaltungen aktiv platzieren. Insbesondere für die Hauptthemen des Kongresses, wie zum Beispiel Entzündungsmedizin, zeigten die Medien schon

im Vorfeld des 116. Internistenkongresses reges Interesse. Eine Vorab-Pressekonzferenz und tägliche Pressekonzferenzen während der Tagung boten eine publikumswirksame Plattform, um das Spektrum der Kongressthemen anschaulich zu vermitteln.

Im Vorfeld des Kongresses informierte die Pressestelle neben den wissenschaftlichen Themen der DGIM auch über aktuelle organisatorische Nachrichten und Neuerungen, die sich durch die individuelle Konzeption des Kongresses durch das diesjährige Team und spezielle Angebote für die Kongressteilnehmer ergaben. Ebenfalls lange im Vorfeld gingen an alle potenziellen Kongressteilnehmer Newsletter, die in Kurzform über aktuelle Kongressthemen informierten. Mit diesen von der Pressestelle erstellten ‚Short News‘ erzeugte die DGIM verstärkt Aufmerksamkeit für den Kongress.

Eine besondere Rolle in der Medienarbeit spielten auch in 2010 die öffentlichkeitswirksamen Veranstaltungen für Patienten. Die Pressestelle machte im Vorfeld auf den Patiententag aufmerksam. Insbesondere unterstützte sie in enger Abstimmung mit den Verantwortlichen die lokalen Medien mit fachlichen Informationen und Kontakten zu den Experten der DGIM. Die Pressestelle konzipierte zudem Flyer und Poster für den Patiententag, mit denen die DGIM

Impressum

Herausgeber

Herausgegeben für die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) e. V. von
Professor Dr. med. Hans-Peter Schuster
Generalsekretär
Irenenstraße 1
65189 Wiesbaden

Redaktion

Pressestelle der DGIM
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart

Grafik und Layout

Thieme Verlagsgruppe

Titelbild

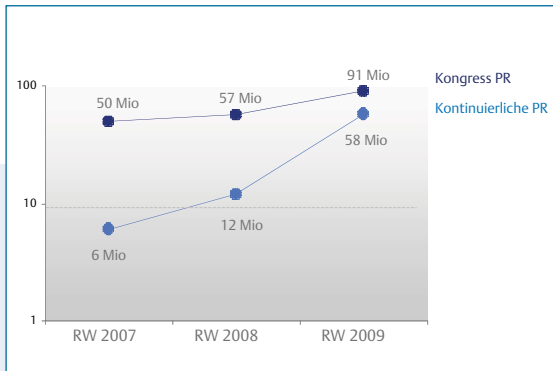
Peter Stieler, ohne Titel

Abbildungsnachweis

S. 20: Pressestelle Universität Würzburg;
S. 25: Digital Vision; S. 26: Thieme Verlagsgruppe;
S. 27: Jupiterimages

Druck

Druckerei Raisch GmbH + Co. KG, Reutlingen



Entwicklung Medienarbeit: Reichweite

die Bevölkerung informierte. Die Medien nutzten diesen Anlass, um ausführlich über die Behandlung internistischer Erkrankungen und die verstärkte Hinwendung der DGIM zu patientennahen Themen zu berichten.

Einen sehr authentischen Vorgeschmack auf den Kongress boten im Rahmen der medialen und publikumswirksamen Aktivitäten auch die internistischen Podcasts für die Kongresshomepage. In enger Abstimmung mit dem Kongressteam produzierte die Pressestelle der DGIM Hörstücke, die schon im Voraus über herausragende Themen des Kongresses informierten. Im Focus standen hier vor allem die Mittagsvorlesungen des Kongresses. Die vom DGIM-Vorsitzenden geladenen Experten sprachen darin unter anderem über Dimensionen des Alterns, Erfolge und Grenzen der Bildgebung und die Evolution der Mikroben.

Der 116. Internistenkongress wurde von der Presse außerordentlich intensiv wahrgenommen: Rund 400 Medienvertreter besuchten die Tagung in den Rhein-Main-Hallen. Dazu gehörten Journalisten der lokalen wie überregionalen Medien, von speziellen und allgemeinmedizinischen Fachzeitschriften, Tagespresse und Publikumszeitschriften bis hin zu Hörfunk, Fernsehen sowie Nachrichtenagenturen. Die Resonanz in den Medien spiegelt das große Interesse der Öffentlichkeit am Internistenkongress wider: Hunderte Beiträge fanden über Fach- und Publikumsmedien den Weg zu ihren Lesern. Leitmedien wie die ‚Frankfurter Allgemeine Zeitung‘, griffen die Themen des Kongresses in mehreren großen Beiträgen auf. Die Palette der berichtenden Publikumsmedien war ausgesprochen groß. Ebenso berichteten die Fachmedien ausführlich über die Tagung. Das ‚Deutsche Ärzteblatt‘ und die ‚Medical

Tribune‘ dokumentierten den Kongress umfassend. Umfassend berichtete die Ärzte Zeitung als Medienpartner des Kongresses. Die Pressestelle unterstützte die Arbeit der Redaktion intensiv durch Informationen, Pressemeldungen, Bildmaterial und Kontakte zu den gefragten Experten. Rege war auch im Kongressjahr 2010 die Nachfrage von Hörfunk- und Fernsehredaktionen: Die Pressestelle der DGIM erreichten redaktionelle Anfragen von ARD, ZDF, Deutschlandfunk, HR und SWR. In enger Abstimmung mit dem Kongressteam koordinierte sie Vorgespräche, Interviews und bahnte Pressetermine inhaltlich und organisatorisch an.

Fester Bestandteil der Pressearbeit der DGIM war auch in 2009 das Herbstsymposium der Korporativen Mitglieder der DGIM. Die im Oktober direkt im Anschluss an das Symposium stattfindende Presseveranstaltung mit dem Titel ‚Besser informierte Ärzte = besser behandelte Patienten?‘ wurde von Vertretern der Publikums- und Fachmedien interessiert aufgenommen. Die Pressestelle der DGIM machte unter anderem durch Meldungen auf die Themenschwerpunkte des Symposiums aufmerksam. Darüber hinaus konnten die Korporativen Mitglieder der DGIM auch während des Internistenkongresses im Frühjahr ihre Anliegen bei einer eigenen Pressekonferenz zum Thema ‚Nanomedizin – Hope oder Hype?‘ transportieren. Auch diese stieß auf ausgesprochen gute Resonanz und erzeugte umfangreiche Berichterstattung. In Absprache mit dem Sprecher der Korporativen Mitglieder und der DGIM hat die Pressestelle in diesem Jahr außerdem erneut die Selbstdarstellungen der Korporativen Mitglieder in den Organen der DGIM angeboten. Diese erschienen in loser Folge.

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin erreicht mit ihren verschiedenen, pressewirksamen Maßnahmen sämtliche wichtige Medienvertreter, Meinungsführer und Multiplikatoren im gesamten deutschsprachigen Raum. Die Aufmerksamkeit hat sich im Zeitraum 2009/2010 noch einmal deutlich erhöht. Die DGIM ist damit eine der Fachgesellschaften mit der höchsten medialen Wahrnehmung. Die regelmäßige umfangreiche Berichterstattung über Anliegen und Positionen der DGIM ist auch in den letzten 12 Monaten ein Beleg für die Relevanz ihrer Themen und ihre mediale Präsenz.

*Anne-Katrin Döbler, Stuttgart
Pressestelle der DGIM*

Evaluation der Weiterbildung in Deutschland – Ergebnisse der ersten Befragung 2009 und Ausblick

Die Situation von weiterzubildenden Ärztinnen und Ärzten steht seit Jahren im Mittelpunkt zahlreicher Debatten auf Bundes- und Länderebene. Die Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit haben sich in den letzten Jahren – nicht zuletzt aufgrund der Einführung von Fallpauschalen (Disease Related Groups, DRGs) und der Ökonomisierung der Medizin – deutlich verändert. Hoher Verwaltungsaufwand, großer Zeitdruck und mangelnde Vereinbarkeit von Familie und Beruf sind die Folge. Wie wirkt sich dies alles auf die Vermittlung von Weiterbildungsinhalten und Weiterbildungsabläufen aus?

Um einerseits eine gute Weiterbildung zu garantieren, andererseits aber auch dem zunehmenden Ärztemangel in der Patientenversorgung entgegenzuwirken und den ärztlichen Nachwuchs zu motivieren, nicht in andere Berufsfelder zu wechseln oder ins Ausland abzuwandern, hat die Bundesärztekammer in einem gemeinsamen Projekt mit den Landesärztekammern eine Evaluation der Weiterbildung in Deutschland auf der Basis des bereits seit Jahren etablierten Erhebungsverfahrens in der Schweiz durchgeführt.

„Die Qualität der ärztlichen Weiterbildung zu sichern, ist eine Kernaufgabe der Ärztekammern“, betont Dr. Koch, Vorsitzender der Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer und der Projektgruppe Evaluation der Weiterbildung. „Die Kammern haben das größte Interesse, eine genaue Analyse der Weiterbildungssituation in jeder einzelnen Weiterbildungsstätte vorzunehmen. Nur mit belastbaren Aussagen zu Stärken, Schwachstellen und Verbesserungspotenzialen kann eine objektive Diskussion über die Weiterbildung stattfinden.“

Methode

Nach Schweizer Vorbild¹ und wissenschaftlicher Begleitung durch die Eidgenössische Technische Hochschule (ETH) Zürich, in Zusammenarbeit mit der Schweizer Ärztegesellschaft FMH (Foederatio Medicorum Helveticorum), und nach Durchführung eines Pilotprojektes in den Ärztekammern Bremen und Hamburg im Jahr 2007 fand in Deutschland zwischen Juni und September 2009 eine erste Befragung von Ärztinnen und Ärzten, die sich in Wei-

terbildung befinden, sowie deren Weiterbildungs-befugten statt.

Die Schweiz verfügt inzwischen über eine 14-jährige Erfahrung mit der Evaluation der Weiterbildung, die einmal jährlich stattfindet, sowie der Erstellung von anschaulichen abteilungsbezogenen Ergebnissen und deren Rückmeldung an die Weiterbildungsstätten. Erstmals und anders als in der Schweiz, wo die Befragung per Post und Papier erfolgt, wurden die Beteiligten in Deutschland über ein Webportal (www.evaluation-weiterbildung.de) online befragt.

Für die Beurteilung der Weiterbildungssituation und Berechnung der Ergebnisse wurden nur diejenigen Antworten der weiterzubildenden Ärztinnen und Ärzte berücksichtigt, die mindestens zwei Monate an der entsprechenden Weiterbildungsstätte tätig waren. Zur Wahrung der Anonymität wurden bei weniger als vier weiterzubildenden Ärztinnen und Ärzten bzw. bei weniger als vier abgegebenen Fragebögen pro Weiterbildungsstätte lediglich diejenigen berücksichtigt, bei denen das Einverständnis für eine Nutzung der Ergebnisdarstellung gegeben wurde.

Fragebögen

Von den weiterzubildenden Ärztinnen und Ärzten (WBA) waren 100 Fragen zu beantworten. Neben sieben Fragen zur Person (u. a. Geschlecht, Jahr des Staatsexamens, Voll- oder Teilzeitstelle) wurden Fragen gestellt, die eine Auswertung zu folgenden acht Fragenkomplexen ermöglichten:

- 28 Fragen zur Vermittlung von Fachkompetenzen
- 3 Fragen zur Fehlerkultur
- 7 Fragen zur Lernkultur
- 4 Fragen zur Anwendung von evidenzbasierter Medizin
- 2 Fragen zur Entscheidungskultur
- 4 Fragen zur Betriebskultur
- 6 Fragen zur Führungskultur und
- 3 Fragen zur Globalbeurteilung

Weitere 32 Fragen, die sich mit Eigenaktivität, dem Weiterbildungskonzept, der Arbeitssituation und dem Arbeitszeitgesetz befassen, ergänzen den Katalog. Die Bewertung der einzelnen Fragen wurde überwiegend nach dem Schulnotensystem – von 1 (= trifft voll und ganz zu) bis 6 (= trifft überhaupt nicht zu) – vorgenommen.

¹ nach Methodik der „Evaluation der Weiterbildungssituation“ (2003) von Prof. M. Siegrist, lic. phil. P. Orlow (Consumer Behavior, ETH Zürich) und Dr. M. Giger (FMH)

Der Fragebogen für die Weiterbildungsbefugten (WBB) beinhaltet 39 Fragen zu Themen wie Wochenarbeitszeit und deren prozentualer Aufteilung auf verschiedene Tätigkeiten, Arbeitszeitgesetz und Vereinbarung mit der Weiterbildung, Weiterbildungskonzept, notwendige Rotationen, Einschätzung der Mitarbeiter und Budget für Fort- und Weiterbildung.

Auswertungen

Die Daten der Befragung hat die ETH Zürich ausgewertet und die Ergebnisse in Form von Grafiken, Diagrammen und Tabellen zur Verfügung gestellt. Diese können auf den Internetseiten von den Landesärztekammern und der Bundesärztekammer (www.bundesaerztekammer.de) in Form von Länderrapporten und einem Bundesrapport abgerufen werden.

Darüber hinaus hat jeder einzelne Weiterbildungsbefugte, der sich an der Befragung beteiligt hat und für den eine ausreichende Anzahl an Rückmeldungen von den weiterzubildenden Ärztinnen und Ärzten vorliegt, einen sogenannten „Individuellen Befugten-Bericht“ erhalten. In diesem fachgebiets- und abteilungsbezogenen Befugten-Bericht werden die Ergebnisse der WBA-Fragen dargestellt und in einen Vergleich zu den fachgebietsbezogenen Mittelwerten auf Bundes- und Länderebene gesetzt. Des Weiteren besteht für jeden Interessierten die Möglichkeit, in einer interaktiven Grafik („Dynamische Spinne“) sich selbst auf dem Webportal fachgebietsspezifische Vergleichskombinationen auf Landes- und Bundesebene zu erstellen.

Beteiligung

Es wurden 38 706 bei den Ärztekammern registrierte Weiterbildungsstätten mit der Bitte um Angabe der Anzahl der beschäftigten weiterzubildenden Ärztinnen und Ärzte angeschrieben. Von diesen 38 706 Weiterbildungsstätten haben 22 363 zurückgemeldet, dass zurzeit der Befragung keine Ärzte weitergebildet werden. Von den verbleibenden 16 343 Weiterbildungsbefugten haben sich 60,4%, das heißt 9876 Weiterbildungsbefugte aktiv an der Befragung beteiligt. Diese 9876 Weiterbildungsbefugten haben angegeben, dass sich 57 564 Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung befinden. Davon haben 18 858, das heißt 32,8% der weiterzubildenden Ärztinnen und Ärzte den Fragebogen ausgefüllt und abgesandt.

Für das Gebiet Innere Medizin beteiligten sich 1855 der 2575 aktiv weiterzubildenden Befugten (72,0%) an der Umfrage. Von den 16 079 gemeldeten Weiterzubildenden haben lediglich 28,1% an der Evaluation teilgenommen (Tabelle 1).

	Gebiete gesamt	Gebiete Innere Medizin
Anzahl der von LÄK gemeldeten WBB	38 706	3 751
Anzahl aktive WBB (WBB mit mind. einem WBA)	16 316	2 575
Anzahl inaktive WBB	22 390	1 176
Anzahl ausgefüllte und abgesandte Fragebögen von WBB	9 914	1 855
Rücklaufquote WBB	60,76%	72,04%
Anzahl von WBB gemeldete WBA	57 576	16 079
Anzahl ausgefüllte und abgesandte Fragebögen von WBA	18 856	4 519
Rücklaufquote WBA	32,75%	28,10%

Tabelle 1: Teilnahme Statistik – Vergleich Gebiet Innere Medizin mit allen Gebieten

Ergebnisse

Die in Deutschland im Jahr 2009 erstmalig durchgeführte Befragung weist für die acht Fragenkomplexe durchschnittliche Notenbewertungen zwischen 2,13 und 3,82 auf. Dabei fällt der Mittelwert für die Betriebskultur mit 2,13 am besten aus, während sich die Kultur zur Fehlervermeidung (2,81) und die Anwendung evidenzbasierter Medizin (3,82) deutlich davon absetzen. Etwa gleich gute Bewertungen erhielten die Fragenkomplexe Vermittlung von Fachkompetenz mit einer mittleren Notenbewertung von 2,52, Lernkultur (2,39), Führungskultur (2,45) und Entscheidungskultur (2,21).

In der Abbildung 1, der sogenannten „Bundesspinne“, sind die bundesweiten Ergebnisse als Mittelwerte für jeden der acht Fragenkomplexe dargestellt.



Abbildung 1: Fragenkomplexe – bundesweite Mittelwerte (N = 17 754)¹

Der Mittelwert von 2,54 zur Globalbeurteilung (z. B. „ich würde die Weiterbildungsstätte weiterempfehlen“, „ich bin zufrieden mit der Arbeitssituation“ ...) spiegelt die grundsätzliche Zufriedenheit mit der Weiterbildungssituation in Deutschland wider.

Im Vergleich zu den bundesweiten Mittelwerten für alle Fachgebiete haben die Weiterzubildenden in der Inneren Medizin in sechs der acht Fragenkomplexe ihren Befugten schlechtere Durchschnittsnoten gegeben (Abbildung 2).

Bei einem Vergleich ambulanter und stationärer Weiterbildungsstätten fällt auf, dass Weiterbildungs-

stätten im ambulanten Bereich mit wenigen weiterzubildenden Ärztinnen und Ärzten besser abschneiden als die durchschnittlich größeren Abteilungen im stationären Bereich mit einer größeren Anzahl von weiterzubildenden Ärztinnen und Ärzten. Allerdings sind diese Unterschiede mit Vorsicht zu interpretieren, da die Anzahl der beteiligten Weiterbildungsstätten im stationären Bereich 16 138, die Anzahl im ambulanten Bereich aber lediglich 1 291 beträgt (Abbildung 3).

Weniger positiv wurden in der Auswertung der weiteren Fragen die Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit beurteilt. Die Ergebnisse der ersten Befragungsrunde zeigen hier, dass der ökonomische

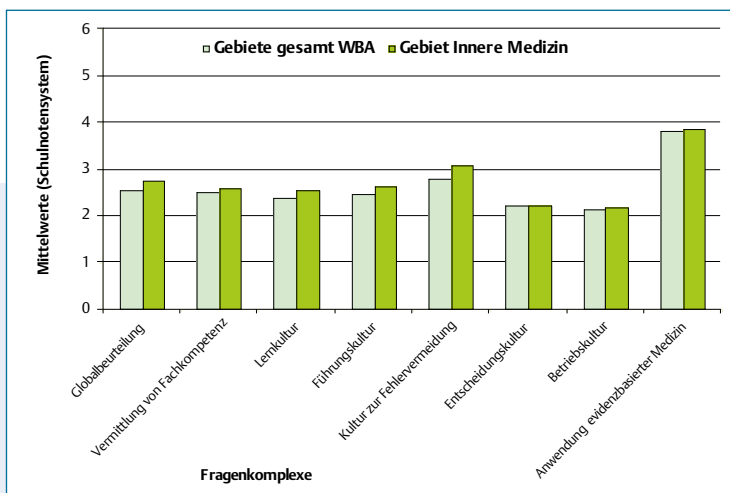


Abbildung 2: Fragenkomplexe – Vergleich Gebiet Innere Medizin mit allen Gebieten

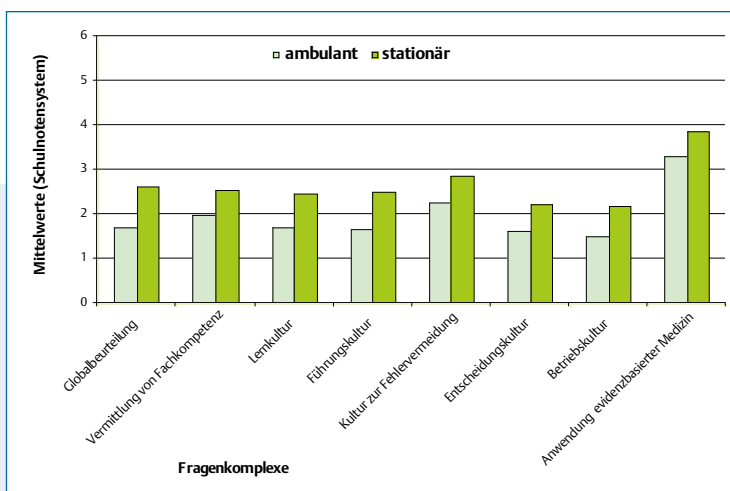


Abbildung 3: Fragenkomplexe – Vergleich stationärer und ambulanter Weiterbildungsstätten

Druck den Arbeitsalltag der jungen Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung zunehmend bestimmt. Die Umfrage verdeutlicht auch, dass die ärztliche Arbeitskraft zunehmend durch ständig wachsende nichtärztliche organisatorische und administrative Tätigkeiten beansprucht wird.

Tatsächlich fallen häufig Mehrarbeiten und Überstunden an (91,5%), welche in 13,9% gar nicht dokumentiert und in 16,3% weder durch Freizeit noch durch Bezahlung ausgeglichen werden. Darüber hinaus üben 80% der Ärztinnen und Ärzte, die sich in Weiterbildung befinden, Bereitschaftsdienste aus, wobei fast 30% nie oder sehr selten die Ruhezeiten gemäß Arbeitszeitgesetz einhalten können. Dies ist lediglich bei 7,7% der Ärztinnen und Ärzte immer gewährleistet. Auch müssen 83,7% nach Beendigung ihres Bereitschaftsdienstes weiterarbeiten und einer regulären Tätigkeit nachgehen.

Die Umfrage ergab weiter, dass bei Antritt der Weiterbildung lediglich der Hälfte aller weiterzubildenden Ärztinnen und Ärzte ein strukturierter Weiterbildungsplan vom Weiterbildungsbefugten zur Kenntnis gegeben wird. Auch geben fast 40% der weiterzubildenden Ärztinnen und Ärzte an,

dass keine Lern- bzw. Weiterbildungsziele vereinbart wurden. Die Ärzte beklagen zudem eine geringe Betreuung während der Weiterbildung sowie wenige Möglichkeiten für wissenschaftliches Arbeiten.

Bewertung

Trotz relativ hoher Beteiligung der Weiterbildungsbefugten mit bundesweit 60,4% konnten die Ärztinnen und Ärzte, die sich in Weiterbildung befinden, nicht in dem gewünschten Umfang (lediglich 32,8%) erreicht werden. Der Anreiz, sich an der Evaluation der Weiterbildung in der zweiten Befragungsrunde im Jahr 2011 zu beteiligen, muss also in geeigneter Weise erhöht werden. Eine Hemmschwelle für die Teilnahme an der Befragung scheint die Verteilung der Zugangscodes an die Weiterzubildenden über die Befugten zu sein. Dies kann indirekt aus der Angabe von mehr als 50% der Weiterzubildenden abgeleitet werden, dass diese nicht damit einverstanden waren, ihre Antworten für die Erstellung des „Individuellen Befugten-Berichtes“ zu verwenden.

Andererseits sollte aber trotz der erfreulich hohen Beteiligung von Weiterbildungsbefugten auch diese Rücklaufquote mit geeigneten Mitteln erhöht werden. So hat der 113. Deutsche Ärztetag 2010 in Dresden beschlossen, eine verpflichtende Regelung in die (Muster-)Weiterbildungsordnung aufzunehmen, dass sich jeder Weiterbildungsbefugte an den qualitätssichernden Maßnahmen der Ärztekammer für die Weiterbildung zu beteiligen hat.

Die Bewertung über die Weiterbildungsinhalte und Weiterbildungsstrukturen weisen einen mittleren bis guten Notendurchschnitt für sechs der acht Fragenkomplexe auf. Deutliche Abweichungen bestehen in den Fragenkomplexen Kultur zur Fehlervermeidung sowie Anwendung von evidenzbasierter Medizin, die bundesweit und über alle Fachrichtungsgruppen im Durchschnitt deutschlandweit eindeutig schlechter ausfielen. In allen Fragenkomplexen – insbesondere in den beiden letztgenannten – konnte in der Schweiz eine kontinuierliche Verbesserung der Bewertung über die Jahre verzeichnet werden. Dieses Ziel muss auch in Deutschland insbesondere in den schlechter bewerteten Feldern angestrebt werden.

Ausblick

Nach Vorliegen der „Individuellen Befugten-Berichte“ (sofern sich genügend Weiterzubildende in den einzelnen Weiterbildungsstätten beteiligt haben), sind alle Befugten gehalten, die Ergebnisse ihrer



Weiterbildungsstätte mit den weiterzubildenden Ärztinnen und Ärzten zu besprechen, da die „Individuellen Befugten-Berichte“ in dieser ersten Befragungsrunde gemäß Projektskizze nicht allgemein veröffentlicht werden. Eine allgemeine Bekanntgabe der individuellen Ergebnisspinnen analog der Vorgehensweise in der Schweiz ist erst für die zweite Befragungsrunde im Jahr 2011 vorgesehen. Sollte der Befugtenbericht mit den Weiterzubildenden in keiner Weise besprochen und ihnen auch nicht vorgelegt werden, bieten die Ärztekammern Hilfeleistung an, indem diese auf die Weiterbildungsbefugten einwirken.

Die ausführlichen Ergebnisdarstellungen sowie Links zu den Landesärztekammern sind unter der Internetseite der Bundesärztekammer www.bundesaerztekammer.de – Ärzte, Weiterbildung – abrufbar.

Weiterer Projektlauf

- ca. 15.03. bis 15.06.2011: 2. Befragung
- ab 2011: geplante Veröffentlichung der Ergebnisspinnen aller Weiterbildungsstätten
- ab 2012: routinemäßige Befragung in zweijährlichen Abständen

Ansprechpartner zum Projekt

Dr. med. Kerstin Hoeft, Dr. med. Annette Güntert
 Bundesärztekammer
 Herbert-Lewin-Platz 1
 10623 Berlin
 E-Mail: evaluation-weiterbildung@baek.de

Arztzahlen in Deutschland 2008 und 2009 im Vergleich*

Gesamtzahlen	2008	2009	Δ in %
Gesamtzahlen der in den Landesärztekammern gemeldeten Ärztinnen und Ärzte	421 686	429 926	+2%
Gesamtzahlen der aktiv beruflich tätige Ärztinnen und Ärzte	319 697	325 945	+2%
Ärztinnen und Ärzte ohne aktive ärztliche Tätigkeit	101 989	103 981	+2%
• davon im Ruhestand	60,6%	61,7%	
• davon in Elternzeit	5,4%	5,7%	
Zahl der arbeitslos gemeldeten Ärztinnen und Ärzte	2848	2649	-7%
• Arbeitslosenquote	0,9%	0,8%	
Zahl der in Deutschland gemeldeten ausländischen Ärztinnen und Ärzte	21 784	23 469	+7,7%
Tätigkeitsbereiche			
Im Krankenhaus tätige Ärztinnen und Ärzte	153 799	158 223	+2,9%
• Anteil an der Gesamtzahl der aktiv tätigen Ärztinnen und Ärzte	48,1%	48,5%	
Ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte	138 330	139 612	+0,9%
Zahl der im ambulanten Bereich angestellten Ärzte	12 576	14 348	+14,1%
Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte	125 754	125 264	-0,4%
In Behörden/Körperschaften/sonstigen Bereichen tätige Ärztinnen und Ärzte	27 568	28 110	+2%
• Anteil an der Gesamtzahl der aktiv tätigen Ärztinnen und Ärzte	8,6%	8,6%	
Migration			
Zahl der ursprünglich in Deutschland tätigen und ins Ausland emigrierten Mediziner	3065	2486	-18,9%
davon beträgt der Anteil der deutschen Ärztinnen und Ärzte	67%	74%	
beliebteste Auswanderungsländer			
• in die Schweiz	729	701	
• nach Österreich	237	262	
• in die USA	168	179	
• nach Großbritannien	95	96	
Zuwanderung:			
Anteil der Ausländer an den Erstmeldungen bei den Ärztekammern	17,3%	18,8%	
Wachstumsrate der ausländischen Ärztinnen und Ärzte, die im Krankenhaus tätig sind	10%	11,9%	
Anteil der Ärztinnen			
an der Zahl der aktiv beruflich tätigen Mediziner	41,5%	42,2%	
an der Zahl der im Krankenhaus tätigen Ärztinnen und Ärzte	42,5%	43,4%	
an der Zahl der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte	38,6%	39,1%	
an der Zahl der arbeitslos gemeldeten Ärztinnen und Ärzte	62,4%	64,1%	
an der Zahl der Erstmeldungen bei den Ärztekammern	57,9%	58,1%	

*Die Angaben stammen aus den Beiträgen
Kopetsch Th. (2009): Arztzahlentwicklung: Hohe Abwanderung ins Ausland – sehr geringe Arbeitslosigkeit.
Deutsches Ärzteblatt 106 (16): B-644
Kopetsch Th. (2010): Mehr Ärzte – und trotzdem geringe Arbeitslosenquote.
Deutsches Ärzteblatt 107 (16): A 756-8
Sowie der Homepage der Bundesärztekammer www.bundesaerztekammer.de.

Aus der AWMF

■ AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement eröffnet

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) will ihre Mitgliedsgesellschaften darin bestärken, im Interesse der Patienten und mit der Kompetenz der wissenschaftlichen Medizin die Gesundheitsversorgung in Deutschland mit zu gestalten. Dazu muss das Leitliniensystem der AWMF optimiert und entsprechend den Anforderungen einer modernen Informationsgesellschaft weiterentwickelt werden. Zur Förderung und Weiterentwicklung der Leitlinienaktivitäten hat das Präsidium der AWMF am 24. März 2009 die Einrichtung des AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement (AWMF-IMWi) beschlossen.

Zu den primären Aufgaben des Instituts gehören:

- die Pflege des Leitlinienregisters der AWMF
- die Weiterentwicklung des AWMF-Leitlinien-Regelwerks und der Leitlinienmethodik
- die methodische Unterstützung von Leitlinien-gruppen
- der Ausbau der AWMF-Seminare für Leitlinien-entwickler und -berater
- sowie die Mitwirkung im Namen der AWMF:
- in Leitlinienprogrammen mit gemeinsamer Trägerschaft (Nationale VersorgungsLeitlinien, NVL, onkologisches Leitlinienprogramm, OL)

- im Netzwerk nationaler Qualitätsinitiativen
- im internationalen Leitliniennetzwerk (Guidelines International Network, GIN).

Zu den längerfristigen Zielen der wissenschaftlichen Arbeit des Instituts gehört die Konzeption und Unterstützung von Forschungs- und Lehrprojekten im Rahmen der Vernetzung von medizinischem Wissensmanagement und klinischer Entscheidungsfindung. Das Institut ist angesiedelt am Fachbereich Medizin der Universität Marburg. Am 28. Mai 2010 wurde das AWMF-Institut mit einem wissenschaftlichen Symposium in Marburg eröffnet.

Leitung des Instituts

Professor Dr. med. Ina Kopp
Philipps Universität, Marburg
Karl-von-Frisch-Straße 1
35043 Marburg

Wissenschaftliche Mitarbeiterin:
Dr. hum. biol. Cathleen Mucbe-Borowski

Sekretariat: Ulrike Weber, Tel.: 0211 3128-28
Sachbearbeiterin: Simone Bucher, Tel.: 06421 286-2296
E-Mail: imwi@awmf.org

■ Empfehlungen der AWMF zum Umgang mit Interessenkonflikten bei Fachgesellschaften

Die AWMF hat in einer Ad-hoc-Kommission und durch Beschluss des Präsidiums Empfehlungen zum Umgang mit Interessenkonflikten für Publikationen in Fachgesellschaften, für Fachgesellschaftskongresse und Leitlinienentwicklung verabschiedet, die auf modifizierten Vorschlägen des „Institute of Medicine“ (IOM) beruhen [Steinbrook R. N Engl J Med 2009; 360: 2160-2163]. Ziel dieser Empfehlungen ist es, die Integrität der professionellen Urteilsfähigkeit zu schützen und das Vertrauen der Öffentlichkeit zu bewahren. Die vollständige Textfassung können Interessierte im Internet nachlesen: www.awmf.org/res/empfh-coi.pdf

„Interessenkonflikte sind definiert als Gegebenheiten, die ein Risiko dafür schaffen, dass professionelles Urteilsvermögen oder Handeln, welches sich auf ein primäres Interesse bezieht, durch ein sekundäres Interesse unangemessen beeinflusst wird“. Dabei ist ein Interessenkonflikt ein Zustand und nicht das Ergebnis einer Handlung oder ein verzerrtes Urteil oder eine verzerrte Bewertung. Ein Interessenkonflikt kann materieller, psychologischer oder sozialer Art sein und hat nichts damit zu tun, ob sich eine Person beeinflusst fühlt oder nicht.

Interessenkonflikte sind nach vier grundsätzlichen Prinzipien offenzulegen, wobei die Offenlegung ein notwendiger erster Schritt ist, aber kein hinreichender: **Trennungs-, Transparenz-, Äquivalenz- und Dokumentationsprinzip.**

1. Publikationen in Fachgesellschaften

Für die Publikationen werden international Standards für Inhalt, Format und Vorgehensweisen bezüglich finanzieller Interessenkonflikte in Verbindung mit der Industrie im Rahmen einer Konsensfindung auf verschiedenen Ebenen empfohlen (IOM Empfehlung 3.3). Als Option für Inhalt und Form der Offenlegung könnten die Kriterien des „International Committee of Medical Journal Editors“ Verwendung finden. Die Offenlegung von Interessenkonflikten sollte in allen Zeitschriften der Fachgesellschaften bindend sein. In die Bewertung der Qualität klinischer Studien sollte die Beurteilung der Unabhängigkeit von externer Einflussnahme eingehen.

2. Fachgesellschaftskongresse

Viele Fachgesellschaften stehen bei der Organisation von Fachgesellschaftskongressen mit der Industrie in finanziellen Verbindungen. Bei jedem Sponsoring ist vorauszusetzen, dass eine gleichwertige Gegenleistung des Veranstalters an den Sponsor erfolgt („Äquivalenz“). Für die Ermittlung der Gleichwertigkeit der Leistungen sind marktübliche Preise für die Gegenleistung anzusetzen.

Die Förderung einer Veranstaltung muss sich darüber hinaus auf einen objektiven und sachlichen Grund stützen, z. B. auf den wissenschaftlichen Inhalt des Programms der Veranstaltung ohne einen Bezug zu den Produkten des Sponsors. Der Ort der Veranstaltung sollte der wissenschaftlichen Zielsetzung angemessen sein. Die Bewirtung von Teilnehmern bei Kongressen sollte nur im erforderlichen Umfang erfolgen. Sponsorenverträge sind mit der veranstaltenden Fachgesellschaft und ihren beauftragten Agenturen abzuschließen.

Bei der Anmeldung der Veranstaltungen bei den Ärztekammern zur Vergabe von CME-Punkten soll entsprechend den Empfehlungen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Fortbildung nach den oben genannten Prinzipien vorgegangen werden. Von jedem Referenten ist durch die Fachgesellschaften einzufordern, dass die Interessenkonflikte vor Beginn der Veranstaltung offen gelegt werden.

3. Leitlinienentwicklung

Die Leitlinienkommission der AWMF hat ein Verfahren vorgeschlagen, mit dem Interessenkonflikte bei der Leitlinienentwicklung bewertet werden können. Dieses Verfahren und ein Muster-Formblatt für die Erklärung von Interessenkonflikten sind auf der Leitlinien-Website der AWMF (www.awmf-leitlinien.de) nachlesbar.

Zusammenfassend ist zu betonen, dass zum einen die Zusammenarbeit der Fachgesellschaften mit der Industrie eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung innovativer Therapiekonzepte zum Wohle des Patienten ist, zum anderen diese Interaktion durch Interessenkonflikte in unterschiedlichem Ausmaß beeinträchtigt sein kann. Die von den Fachgesellschaften erarbeiteten und konsentierten Empfehlungen sollen dazu beitragen, neben dem professionellen Eigenanspruch den gesetzlichen Vorgaben zu genügen und so für alle Beteiligten im Sinne des Wohles unserer Patienten eine bestmögliche Sicherheit zu schaffen.

■ Anmeldeverfahren für Leitlinien in Planung und Entwicklung

Ab Januar 2005 werden nur noch Leitlinien ins AWMF-Register aufgenommen, die der AWMF vor Beginn ihrer Erarbeitung in einem strukturierten Anmeldeverfahren gemeldet worden sind. Dies gilt nicht nur für neue Leitlinien, sondern auch für Fortschreibungen/Aktualisierungen und geplante Verlängerungen der Gültigkeitsdauer. Ebenso gilt dies für Handlungsempfehlungen (S1-Leitlinien), die über die AWMF publiziert werden sollen. Den am 28. Mai 2009 geänderten Anmeldebogen finden Interessierte auf der Homepage der AWMF unter www.leitlinien.net.

Die Anmeldungen von Leitlinienvorhaben bei der AWMF werden nach folgendem Ablaufplan bearbeitet:

1. Die Anmeldung des geplanten Leitlinien-Vorhabens durch die anmeldenden Fachgesellschaften geht bei der Geschäftsstelle der AWMF ein (bitte nur die eMail-Adresse: anmeldung@leitlinien.net verwenden, danke!).
2. Die AWMF-Geschäftsstelle prüft die Vollständigkeit des Anmeldeformulars (*Fassung vom 28. Mai 2009 verwenden!*). Alle Fragen müssen beantwortet sein, unvollständig ausgefüllte Formulare werden mit der Bitte um Vervollständigung zurückgesandt.
3. Die AWMF-Geschäftsstelle versendet in 14-tägigem Turnus die eingegangenen, vollständigen Anmeldungen an die beiden Vorsitzenden der Leitlinien-Kommission (Prof. Dr. Selbmann, Frau Prof Dr. Kopp). Die beiden Vorsitzenden und die Geschäftsstelle beraten die Anmeldungen alle 14 Tage im Rahmen einer Telefonkonferenz. Insbesondere den Antworten auf die Frage zu möglichen thematischen Überschneidungen oder Doppelungen im Anmeldeformular wird dabei besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Verschiedene Leitlinien für dieselbe Versorgungssituation (Krankheit/Symptom oder Maßnahme) und dieselbe Anwenderzielgruppe (Fachgebiete etc.) werden nicht in das AWMF-LL-Register aufgenommen. Vorübergehend können für verschiedene Anwenderzielgruppen verschiedene Leitlinien für dieselbe Versorgungssituation erstellt werden. Allerdings müssen diese an den Nahtstellen und in der Versorgungskontinuität widerspruchsfrei sein.
4. Die anmeldenden Fachgesellschaften erhalten einen offiziellen Brief von der Geschäftsstelle, in dem sie über das Ergebnis der Beratung informiert werden. Bei positivem Beschluss wird die Einstellung des Leitlinien-Vorhabens in das Anmelderegister mitgeteilt, verbunden mit den Bitten,
 - Änderungen der Anmeldungen zeitnah mitzuteilen (z. B. bezüglich der kooperierenden Fachgesellschaften), um sie in das Anmelderegister einzupflegen, und
 - nach einem Jahr über den Fortschritt des Leitlinien-Vorhabens und ggf. über größere Verzögerungen bzw. Probleme zu berichten.
 Bei Unklarheiten wird die Anmeldung mit der Bitte um Klärung zurückgesandt und sinngemäß ab Punkt 1 weiter verfahren.
5. Drei Monate nach dem in der Anmeldung genannten Fertigstellungstermin erhalten die anmeldenden Fachgesellschaften einen Brief mit der Bitte, den Stand des Vorhabens und den voraussichtlichen und endgültigen Fertigstellungstermin mitzuteilen. Erfolgt innerhalb der nächsten zwei Monate keine Rückantwort, wird das Leitlinien-Vorhaben aus dem Anmelderegister genommen.
6. Bei rechtzeitig eingehenden und begründeten Verlängerungen des Fertigstellungstermins wird sinngemäß nach Punkt 5 weiter verfahren.

Preisausschreibungen der DGIM 2011

Theodor-Frerichs-Preis 2011

Der Preis wird von der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. für die beste vorgelegte, möglichst klinisch-experimentelle Arbeit auf dem Gebiet der Inneren Medizin verliehen. **Er ist mit 30000 Euro dotiert.** Die Arbeit in deutscher oder englischer Sprache darf in der vorliegenden Form nicht vor dem 15. Oktober 2009 veröffentlicht worden sein. Sie darf nicht zeitgleich an einem ähnlichen Wettbewerb teilnehmen oder bereits mit einem entsprechenden Preis ausgezeichnet worden sein. Das Alter des Verfassers sollte 40 Jahre nicht überschreiten. Bewerber müssen Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin sein. An der Arbeit können auch mehrere Autoren beteiligt sein. In diesem Falle wird erwartet, dass sich die Arbeitsgruppe auf einen Wissenschaftler einigt, der als persönliche Bewerberin oder persönlicher Bewerber auftritt.

Bewerbung:

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

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V.
Professor Dr. med. Hans-Peter Schuster
Irenenstraße 1
65189 Wiesbaden

Die Bewerbungsfrist für den Theodor-Frerichs-Preis 2011 endet am **15. Oktober 2010**. Die Verleihung des Preises erfolgt anlässlich der Eröffnungsfeier des 117. Internistenkongresses 2011 in Wiesbaden.

Präventionspreis Innere Medizin 2011

In Fortsetzung des von Herrn Professor Dr. med. Dieter Klaus gestifteten Präventionspreises verleiht die Deutsche Stiftung Innere Medizin gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin diesen Preis für die beste aus dem deutschsprachigen Raum vorgelegte Arbeit in deutscher oder englischer Sprache auf dem Gebiet der Primär- und Sekundärprävention innerer Erkrankungen. Für den Preis werden Originalarbeiten aus allen Ebenen der klinischen Forschung von der grundlagenorientierten über die patientenorientierte Forschung bis hin zur Versorgungsforschung in Betracht gezogen. Die Erarbeitung neuer genetischer, molekular- oder zellbiologischer Parameter, die in Zukunft möglicherweise zur Prävention nützlich sein können, ebenso wie epidemiologische Studien, die Ansätze zur Prävention eröffnen, oder Interventionsstudien, die solche Ansätze umzusetzen versuchen, stellen geeignete Themen dar, aber es können auch andere Aspekte der Prävention vorgeschlagen werden. **Der Preis ist mit 10 000 Euro dotiert.**

Eine Publikation der Arbeit in der vorliegenden Form oder in ihrem wesentlichen Inhalt darf zum Zeitpunkt der Eingabe für die Bewerbung um den

Präventionspreis nicht länger als zwölf Monate zurückliegen und diese darf nicht an einem ähnlichen Wettbewerb teilgenommen haben. An der Arbeit können mehrere Autoren beteiligt sein. In diesem Falle wird erwartet, dass sich die Arbeitsgruppe auf einen Wissenschaftler einigt, der als Bewerber für die Arbeitsgruppe auftritt.

Bewerbung:

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

Vorsitzenden des Stiftungskuratoriums der Deutschen Stiftung für Innere Medizin
Professor Dr. med. Manfred Weber
Irenenstraße 1
65189 Wiesbaden

Die Bewerbungsfrist für den Präventionspreis 2011 endet mit dem **15. November 2010**. Die Verleihung des Preises erfolgt während der 117. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin 2011 in Wiesbaden.

Abstractdeadline 15.12.2010.
Einreichung online unter:
www.dgim2011.de

▶ dgim2011.de

▶ Wiesbaden

▶ Rhein-Main-Hallen

▶ 30. April – 3. Mai 2011



117.

Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.



Kongress-Agentur
m:con - mannheim:congress GmbH



Kongress-Präsident – Prof. Dr. med. Hendrik Lehnert, FRCP, FACP
Direktor der Medizinischen Klinik I – Universitätsklinikum, Schleswig-Holstein Campus Lübeck

Leitthema der DGIM 2011
- **Lebensphasen**

Hauptthemen der DGIM 2011
- **Stoffwechselmedizin**
- **Personalisierte Therapie in der Onkologie**
- **Immunität und Entzündungen**
- **Klinische Epidemiologie**

Kongresshomepage: www.dgim2011.de

Deutsche Gesellschaft für
Innere Medizin e. V.
Irenenstraße 1
65189 Wiesbaden
Tel. 0611/205 80 40-0
Fax 0611/205 80 40-46
E-Mail info@dgim.de
Internet www.dgim.de

