

Jahresbroschüre der DGIM 2006



Deutsche Gesellschaft für
Innere Medizin e.V.

Inhalt

Jahresbroschüre der DGIM 2006

| | |
|---|-----------|
| Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin stellt sich vor | 3 |
| ■ Aufgabenstellungen für Vorstand und Ausschuss | 3 |
| ■ Konferenz wissenschaftlicher Fachgesellschaften der Inneren Medizin | 4 |
| ■ Die DGIM im Internet | 6 |
| ■ Porträt des DGIM-Vorsitzenden 2006/2007 | 7 |
| ■ Akademie für Fort- und Weiterbildung in der Inneren Medizin | 8 |
| ■ Deutsche Stiftung Innere Medizin | 9 |
| Die Gremien der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. 2006–2007 | 10 |
| Vorstandsbeschlüsse der DGIM 2005/2006 | 14 |
| Rede zur Eröffnung der 112. Jahrestagung der DGIM 2006 | 15 |
| Innere Medizin im postgenomischen Zeitalter | |
| Positionspapiere, Stellungnahmen und Entschlüsse der DGIM | 24 |
| ■ Patientensicherheit und Bereitschaftsdienst | 24 |
| ■ Ärztliche Verordnungsfreiheit | 25 |
| ■ Abgrenzung von Pädiatrie (Kinder- und Jugendmedizin) und Innerer Medizin | 25 |
| ■ Forschungstätigkeit während der Weiterbildungszeit | 26 |
| ■ Weiterbildungsordnung | 27 |
| ■ Streik der Ärzte an deutschen Universitätskliniken | 28 |
| Tätigkeitsbericht der Korporativen Mitglieder der DGIM 2005/2006 | 30 |
| Preisverleihungen 2006 | 31 |
| ■ Theodor-Frerichs-Preis | 31 |
| ■ Preis „Prävention in der Inneren Medizin“ | 32 |
| ■ Young Investigators' Award | 32 |
| 112. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin | 33 |
| Abschließender Kongressbericht | |
| Bericht der Pressestelle 2005/2006 | 39 |
| Aus der Bundesärztekammer | 41 |
| Förderung der Versorgungsforschung durch die Bundesärztekammer | |
| Preisausschreibungen 2007 | 45 |
| DGIM-Beitrittserklärung | 46 |

Prof. Dr. med. H.-P. Schuster, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin stellt sich vor

Aufgabenstellungen für Vorstand und Ausschuss

Die Aufgabenstellungen 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 ständige Kommissionen und Konferenzen unterstützt. Deren Aufgabenbereich liegt in der Beratung von Vorstand und Ausschuss, insbesondere in der Vorbereitung und Erarbeitung von Entschlüssen, Stellungnahmen, Resolutionen oder Positionspapieren.

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

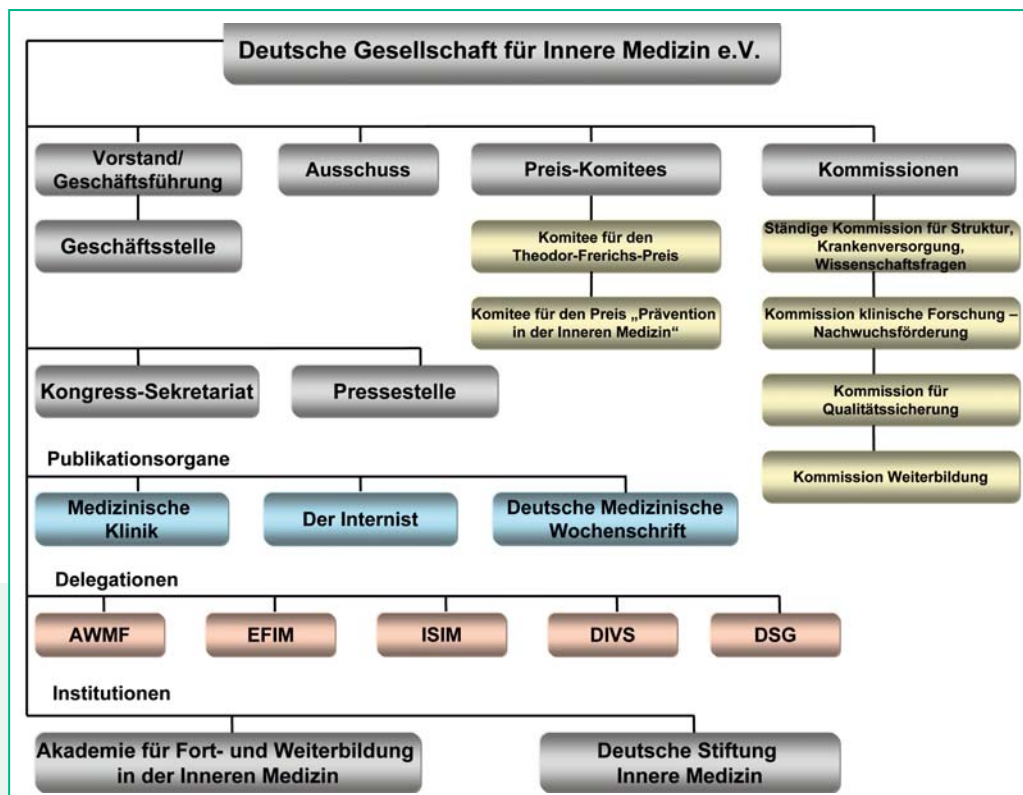


Abbildung 1: Struktur der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V.

AWMF = Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften,
 EFIM = European Federation of Internal Medicine
 ISIM = International Society of Internal Medicine
 DIVS = Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie
 DSG = Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft

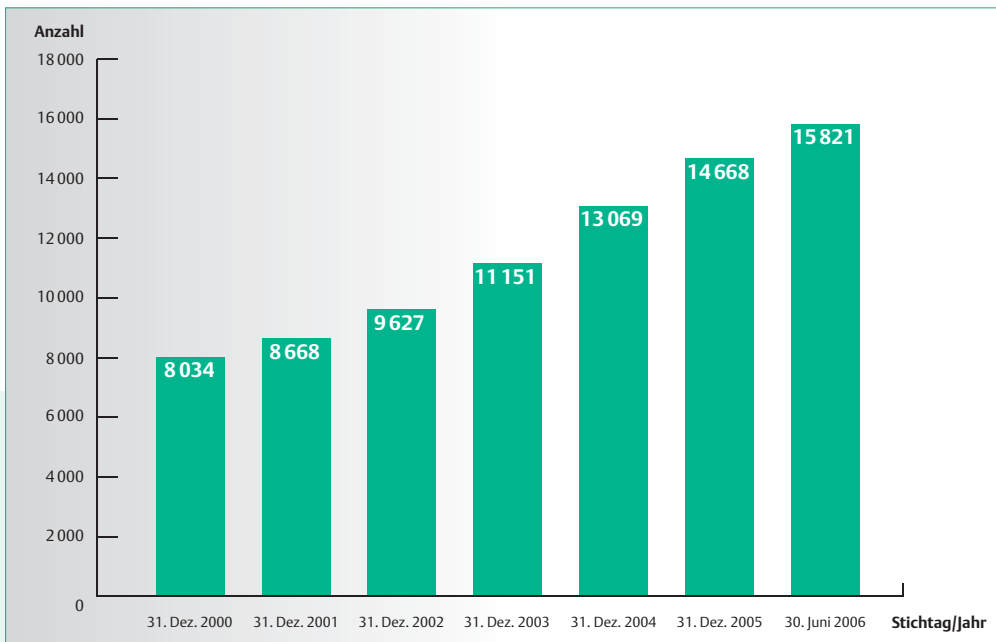


Abbildung 2: Entwicklung der DGIM-Mitgliederzahlen 2000 bis 2006

Im Einzelnen wurden die Strukturen und Funktionen der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin in den Jahresbroschüren 2001 bis 2004 ausführlich vorgestellt.

- Organisationsstruktur und Funktionen von Vorstand, Ausschuss, Mitgliederversammlung und Kommissionen der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.: Jahresbroschüre 2001
- Struktur der Funktionen und Tätigkeitsbereiche der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.: Jahresbroschüre 2002
- Kommissionen und Konferenzen der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.: Jahresbroschüre 2003
- Konferenz wissenschaftlicher Fachgesellschaften der Inneren Medizin: Jahresbroschüre 2004

Die Abbildung 2 zeigt die Entwicklung der Mitgliederzahl der DGIM, welche sich in den letzten 6 Jahren nahezu verdoppelt hat. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass sowohl der Vorstand als auch die Geschäftsführung permanent bestrebt sind, die Interessen ihrer Mitglieder zu wahren und das Leistungsangebot in Verbindung mit einer Mitgliedschaft in der Gesellschaft zu verbessern. In Abbildung 3 ist die Funktionsstruktur der DGIM-Mitglieder dargestellt. Dabei ist hervorzuheben, dass über die Hälfte der Mitglieder Ärzte in Fort- und Weiterbildung sind.

Konferenz wissenschaftlicher Fachgesellschaften der Inneren Medizin

Die Konferenz wissenschaftlicher Fachgesellschaften der Inneren Medizin ist ein gemeinsames Gremium der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und der wissenschaftlichen Fachgesellschaften ihrer Schwerpunkte. Der Konferenz gehören die Mitglieder des Vorstandes der DGIM sowie die Präsidenten/Vorsitzenden der Schwerpunktgesellschaften oder von diesen benannte Vertreter an. In dem Gremium soll aus wissenschaftlicher Sicht eine Diskussion und Beratung wichtiger, allgemein interessierender Fragen zu Wissenschaftspolitik, Strukturpolitik, Klinik und berufspolitischen Aktivitäten erfolgen. Die Diskussionen sollen, wenn möglich zu gemeinsamen abgestimmten, grundlegenden Stellungnahmen führen, die in den Organen der Gesellschaft sowie in der Jahresbroschüre der DGIM publiziert werden. Die Gründung der Konferenz wurde 2001 beschlossen. **Thema der 1. Konferenz im Jahr 2002** war die anstehende Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung durch die Bundesärztekammer. Dabei ging es im Wesentlichen um den Konsens über diejenigen Fähigkeiten, die in der gemeinsamen Weiterbildung in allgemeiner Innerer Medizin für alle künftigen Internisten gültig sind, gleich welcher späterer Schwerpunktspezialisierung und welchen späteren Arbeitsbereiches.

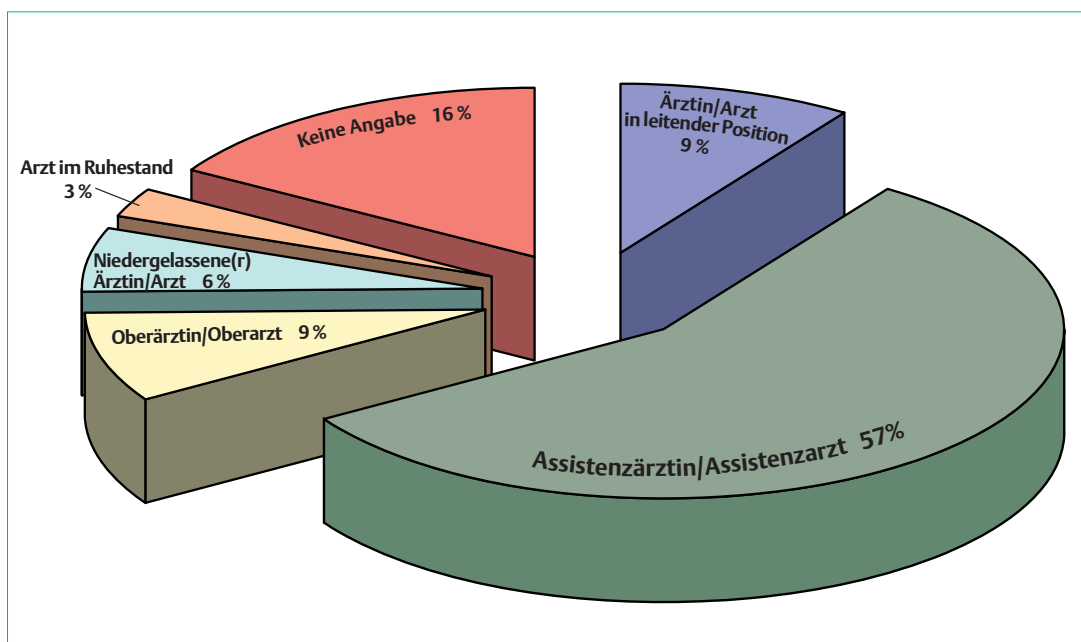


Abbildung 3: DGIM-Mitglieder nach Funktion

In der Jahresbroschüre 2005 wurde hierüber ausführlich berichtet.

Das **Thema der 2. Konferenz 2003** war die Qualitätssicherung in der Inneren Medizin, insbesondere in Fort- und Weiterbildung. Hierzu wurde eine gemeinsame abgestimmte Stellungnahme erstellt, die als Positionspapier in den Mitteilungen der Gesellschaft und in der Jahresbroschüre 2005 publiziert wurde.

Thema der 3. Konferenz 2004 war eine Stellungnahme aus wissenschaftlicher Sicht zu Inhalt und Qualitätssicherung einer allgemeinen, d. h. allen Internisten gemeinsamen Inneren Medizin. Die Konferenz kam zu der Auffassung, dass diese am besten in einem für alle gemeinsamen strukturierten Truncus communis sichergestellt werden können. Sie hält daher die Entwicklung eines krankheitsorientierten Curriculums für einen solchen Truncus communis für essenziell. Dabei darf es sich nicht um eine pure Aufzählung von Methoden und allgemeinen Kenntnissen handeln, wie sie Weiterbildungsordnungen in ihrer Systematik vorgeben, sondern um ein strukturiertes Curriculum mit Darstellung derjenigen Wissens- und Entscheidungsschritte, die in der Weiterbildung in allgemeiner Innerer Medizin übermittelt und gewusst werden sollen und eine Antwort auf die Frage „Was ist allgemeine Innere

Medizin?“ geben. In einer derartigen strukturierten Weise sollen die häufigsten Erkrankungen und Kardinalsymptome aus den einzelnen Schwerpunkten aufgearbeitet werden. Die Teilnehmer der Konferenz waren sich einig, dass hierfür kleine Arbeitsgruppen in den einzelnen Schwerpunkten gebildet werden müssen, die ein solches Werk vorbereiten, das dann im nächsten Schritt von der Konferenz koordiniert und realisiert wird. Die einzelnen Arbeitsgruppen haben diese Aufgabe in Angriff genommen.

Auch das **Thema der 4. Konferenz 2005** konzentrierte sich auf diese Aufgabenstellung und setzte die Arbeit an einem Truncus communis Innere Medizin fort, die sich als schwieriger erwies als ursprünglich angenommen. Die Teilnehmer der Konferenz beschlossen, dass der Truncus communis neben Kardinalsymptomen und häufigsten Erkrankungen auch einen dritten Teil erhalten muss, der auf die allgemeinen biologischen Prinzipien von Pathogenese und Pathophysiologie der unterschiedlichen speziellen Organerkrankungen eingeht.

Ein Verstehen der allgemeinen biologischen Grundmechanismen, die das verbindende Prinzip unterschiedlicher Organerkrankungen darstellen und damit die Innere Medizin als Einheit konstituieren, ein „biologisches Bescheidwissen“ sind unerlässlich für das Verständnis interner Erkrankungen.

Die Kenntnis der allgemeinen Krankheitsprinzipien der Inneren Medizin, die bei den verschiedenen Erkrankungen immer wieder gleich oder ähnlich auftreten, sind Grundlage für sachgerechte diagnostische und therapeutische Entscheidungen.

Sie sind unbedingte Voraussetzung für einen kompetenten Umgang mit dem im Einzelnen nachzuweisenden Faktenwissen und für die Bewältigung der Komplexität von Krankheitssituationen, die durch Multimorbidität und die Interdependenz verschiedener erkrankter oder in Mitleidenschaft gezogener Organe und die Interaktionen von Medikamenten bedingt ist.

Die DGIM im Internet – www.dgim.de

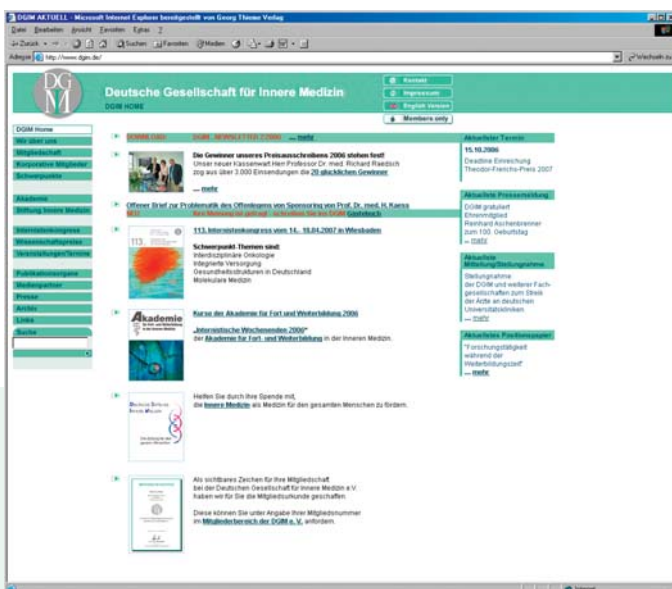
Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin hat den Informationsbedarf ihrer Zielgruppe in Zeiten des Onlinemarketings erkannt und ist permanent darauf bedacht, ihre Internetpräsenz in der Anwendung und der Aktualität der Inhalte zu optimieren. Durch aktuelle Fachinformationen rund um die DGIM und das Fach der Inneren Medizin ist die Gesellschaft bestrebt, die Zufriedenheit ihrer Mitglieder zu erhöhen. Ein weiteres Ziel ist es, den Besuchern der Homepage eine schnelle Informationsfindung zu ermöglichen. Seit dem Relaunch im vergangenen Jahr und auf-

grund der laufenden Überarbeitung und Aktualisierung der Homepage durch die Geschäftsstelle der DGIM verzeichnet die Seite mittlerweile bis zu 4000 Besucher pro Monat. Mit der Überarbeitung der Navigationsstruktur findet der Besucher jetzt in klar strukturierter Form unter anderem umfangreiche Hintergrundinformationen zur Gesellschaft, ihrer Organisationsstruktur, zu Vorstand und Ausschuss sowie zu den Kommissionen. Interessierte können sich auf der Homepage 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. Darüber hinaus sind umfassende Informationen zu den korporativen Mitgliedern und deren Veranstaltungen, wie etwa das Herbstsymposium, aufgeführt. Außerdem können sich juristische Personen über die korporative Mitgliedschaft informieren.

Auf der Homepage findet der Nutzer die Schwerpunktgesellschaften mit den Kontaktadressen der jeweiligen Präsidenten und Geschäftsstellen sowie die entsprechenden Links zu deren Homepages. Das umfangreiche Informations- und Serviceangebot rund um die DGIM enthält außerdem Links zur Jahrestagung, zur Akademie für Fort- und Weiterbildung der Inneren Medizin sowie zur Deutschen Stiftung für Innere Medizin. Interessierte finden auf der Homepage auch die aktuellen Bewerbungsbedingungen für die verschiedenen Wissenschaftspreise.

Unter der Rubrik Veranstaltungen/Termine erfährt der Besucher der DGIM-Website wichtige Termine der Gesellschaft, welche kalendarisch aufgeführt sind. Mit dem Relaunch wurde auch die Presserubrik ausgebaut und um Ansprechpartner, ein Pressearchiv und einen Infodienst ergänzt. Zu Letzterem können sich Journalisten, wenn sie regelmäßig Presseinformationen der DGIM beziehen möchten, über die Homepage anmelden. Die Internetseite bietet außerdem Wissenswertes zu den Organen der DGIM.

Mit der Einführung des DGIM-Newsletters (DGIM aktuell), welcher für Mitglieder und auch für Interessenten auf der Homepage zugänglich ist, hat die Gesellschaft ihr Onlineangebot weiter ausgebaut. Der Newsletter erscheint vierteljährlich und enthält aktuelle Informationen zum Kongress, zur Akademie, zu den korporativen Mitgliedern sowie die Stellungnahmen und Mitteilungen der Gesellschaft.



Im Archiv der Homepage findet der Besucher in chronologischer Reihenfolge Mitteilungen, Stellungnahmen und Positionspapiere der DGIM. Die Kongresseröffnungsreden wie auch Abschlussberichte können ebenfalls vom Nutzer heruntergeladen werden.

Wolfgang Hiddemann neuer Vorsitzender der DGIM

Neuer Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) ist **Professor Dr. med. Wolfgang Hiddemann**. Er löst Professor Dr. med. Werner Seeger im Amt ab. Professor Hiddemann ist auch Kongresspräsident des kommenden 113. Internistenkongresses – im 125. Jahr nach Gründung der DGIM. Sein Leitthema ist die „Hochleistungsmedizin mit Menschlichkeit“, mit dem er an Traditionen festhalten, gleichzeitig aber die Innere Medizin fortführen möchte.

Professor Hiddemann leitet seit 1998 die Medizinische Klinik III des Klinikums der Universität München-Großhadern. Der gebürtige Kölner studierte von 1968 bis 1974 Humanmedizin in Bonn und Münster. Er gastierte als Wissenschaftler am Memorial Sloan Kettering Cancer Center in New York, USA. Seine Facharztanerkennung als Arzt für



Professor Dr. med. Wolfgang Hiddemann,
Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für
Innere Medizin (DGIM)

Innere Medizin sowie später die Gebietsbezeichnung für Hämatologie erwarb Professor Hiddemann an der Universität Münster. Von 1992 bis 1998 war der Hämatologe Direktor der Abteilung für Hämatologie und Onkologie, Innere Medizin, an der Georg-

August-Universität Göttingen.

Zu seinen wissenschaftlichen Schwerpunkten gehören die Pathogenese akuter Leukämien und die Grundlagen maligner Transformation. Professor Hiddemann leitet multizentrische Studiengruppen zur akuten myeloische Leukämie und niedrig-malignen Lymphomen. Er war Sprecher von zwei Sonderforschungsbereichen in Göttingen und hat auch in München einen SFB zu „Molekularen Mechanismen der normalen und malignen Hämatopoese“ gegründet. Dies verdeutlicht, dass Professor Hiddemann darum bemüht ist, Grundlagenforschung und klinische Forschung miteinander zu verbinden.

Als Vorsitzender der DGIM ist Professor Hiddemann für das inhaltliche Programm des Internistenkongresses 2007 verantwortlich. Seinen Forschungsinteressen entsprechend werden die Schwerpunkte auf onkologischen und molekularmedizinischen Themen liegen. Außerdem wird er im Rahmen des Kongresses Versorgungsstrukturen in Deutschland und das Thema „Der ältere Patient“ betonen. Es sei notwendig, Gesundheitsstrukturen weniger vom ökonomischen Standpunkt, sondern verstärkt vom Inhalt her zu betrachten, so der Kongresspräsident. Dies gelte auch für die derzeitige demografische Entwicklung. Älteren Menschen würde oft nicht gerecht, weil die Besonderheiten des hohen Lebensalters nicht ausreichend berücksichtigt würden und ungenau definiert sind. Für den sehr relativen Begriff „Alter“ sei es wichtig, klare und transparente Kriterien zu definieren. Dem Leitthema „Hochleistungsmedizin mit Menschlichkeit“ entsprechend stellt Professor Hiddemann die interdisziplinäre Onkologie in den Vordergrund. Im Zusammenspiel der verschiedenen Fächer spiele unter anderem auch die Psychoonkologie eine bedeutende Rolle. Denn vor allem von Krebs betroffene Menschen brauchten mehr als Medikamente.

Ein besonderes Anliegen des 113. Kongresses ist der Kontakt zu Patienten und Angehörigen. Professor Hiddemann wird diese im kommenden Jahr verstärkt ansprechen und einbinden: Zum ersten Mal werden Interessierte im Rahmen eines „Patientenforums Innere Medizin“ vor dem Wiesbadener Rathaus die Möglichkeit haben, den Experten des Internistenkongresses ihre Fragen zu stellen.

Dem DGIM-Vorstand 2006/2007 gehört neben Professor Hiddemann Professor Werner Seeger, Direktor der Medizinischen Klinik II und Ärztlicher

Geschäftsführender Direktor der Universitätsklinik Gießen und Marburg GmbH (UKGM), als 1. stellvertretender Vorsitzender an. Generalsekretär bleibt Professor Dr. med. Hans-Peter Schuster aus Hildesheim, Kassensführer ist Professor Dr. med. Richard Raedsch aus Wiesbaden. Zudem ist Professor Dr. med. Georg Ertl aus Würzburg 2. stellvertretender Vorsitzender und wird den Internistenkongress 2008 ausrichten. Zum 3. stellvertretenden Vorsitzenden wurde Professor Dr. med. Reinhard Kolloch aus Bielefeld gewählt.

Neues aus der Akademie für Fort- und Weiterbildung in der Inneren Medizin



Die Akademie hat in den Jahren 2005 und 2006 sehr erfolgreich mehrere „Akademiekurse Innere Medizin“ veranstaltet. Diese einwöchigen Kompaktveranstaltungen sind zum einen für junge Kolleginnen und Kollegen konzipiert, die sich auf die Facharztprüfung zum Internisten vorbereiten (Crashkurse). Denn während der Weiterbildung, besonders aber unmittelbar vor der Prüfung benötigen diese fachlich und didaktisch hochwertige Vortragsveranstaltungen. Die „Akademiekurse“ wenden sich aber auch an fertige Internisten, die nach mehrjähriger Tätigkeit in Praxis oder Klinik ihr Wissen im Gesamtgebiet der Inneren Medizin komplett auffrischen wollen (Refresherkurse).

Vertragsärzte müssen seit dem 1. Juli 2004 ihre kontinuierliche Fortbildung nachweisen und dabei innerhalb von fünf Jahren 250 CME/CPD-Punkte erwerben. Anderenfalls ist mit Honorareinbußen und gegebenenfalls sogar mit dem Entzug der Kassenzulassung zu rechnen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 20. Dezember 2005 eine entsprechende Regelung auch für Fachärzte im Krankenhaus beschlossen. Sie lehnt sich eng an die der Vertragsärzte im ambulanten Bereich an. Zwei Drittel der Fortbildungsmaßnahmen müssen fachspezifisch sein, für Internisten also das Gebiet der Inneren Medizin betreffen. Die Akademiekurse basieren auf langjährigen Erfahrungen der lokalen Organisatoren. Die Referenten sind überwiegend Professoren, erfahrene Dozenten und Oberärzte, die ein sehr hohes fach-

liches und didaktisches Niveau garantieren. Die Veranstaltungsorte haben wir bewusst über das Bundesgebiet verteilt, um die Teilnahme möglichst wohnortnah zu ermöglichen. Vortragsthemen der „Akademiekurse“ umfassen das gesamte Gebiet der Inneren Medizin. Sie basieren auf den Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirates der Akademie, in dem unter anderem alle acht Schwerpunktgesellschaften der Inneren Medizin und die Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIM) vertreten sind. Die aktuellen Standards in Diagnostik und Therapie von der Angiologie bis zu den Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen werden referiert und mit den Teilnehmern diskutiert. Dabei beziehen die Referenten die aktuellen Leitlinien nationaler und internationaler Fachgesellschaften ein. Dazu werden wichtige Zusatzaspekte wie Klinische Infektiologie, Reisemedizin, Arzneimittelnebenwirkungen, akute Vergiftungen, Notfall- und Intensivmedizin sowie die Erstversorgung von Schlaganfallpatienten in eigenen Referaten behandelt.

Das wissenschaftliche Programm wird ausschließlich nach den Vorgaben der Akademie gestaltet, was sowohl die Themen als auch die Referenten betrifft. Basierend auf dem thematisch-inhaltlichen Grundkonzept der Akademie haben die lokalen Organisatoren in den Universitätskliniken beziehungsweise großen Lehrkrankenhäusern die Möglichkeit, zusätzlich eigene Akzente zu setzen. Die Industrie hat auf das Programm keinen Einfluss.

Bisher wurden Kurse in Wiesbaden, Stuttgart, Essen und Hamburg durchgeführt. Alle bisherigen Akademiekurse wurden von den Teilnehmern sehr gut angenommen und waren außerordentlich erfolgreich. Die Teilnehmerbefragung ergab, dass diese zu 92 bis 98 Prozent mit den Kursen zufrieden bzw. sehr zufrieden waren, 98,5 Prozent fanden die Themen sehr interessant und informativ, 90 bis 94 Prozent der Teilnehmer wollten die Kurse weiterempfehlen.

Bei den ersten Kursen wurde ein TED-System eingesetzt. Dieses kosten- und zeitaufwendige Verfahren stieß jedoch seitens der Teilnehmer auf wenig Interesse: 40 Prozent waren interessiert, die übrigen standen dieser Methode uninteressiert oder sogar ablehnend gegenüber. Ein TED-System kommt deshalb zurzeit nicht zum Einsatz.

Die Kursteilnehmer bekommen abschließend eine Urkunde der Akademie und eine CD-ROM mit den

Folien aller gehaltenen Vorträge, was die Nacharbeit zu Hause und die Vorbereitung auf die Facharztprüfung sehr erleichtert. Alle Akademiekurse sind von der zuständigen Landesärztekammer zertifiziert, die auch die entsprechenden CME/CPD-Punkte verbucht. In der Regel können die Teilnehmer bei einem einwöchigen Kurs etwa 46 CME-Punkte erwerben, also fast das komplette Kontingent eines Jahres. Alle Referenten und Vorträge werden von den Kursteilnehmern mit dem Computersystem der Akademie bewertet. Die Teilnehmer haben dazu die Möglichkeit, auf den Evaluationsbögen ihre eigenen, oft sehr pointierten Kommentare abzugeben. Wir werten alle Bemerkungen einzeln aus und nehmen Anregungen und Kritiken gerne in unsere weiteren Planungen auf. Jeder Referent bekommt das Ergebnis seiner Beurteilung. Das gesamte Auswertungsergebnis dient der Akademie und den Kursleitungen dazu, weniger gut beurteilten Referenten Verbesserungsvorschläge aus dem Teilnehmerkreis für ihr nächstes Referat zu geben und, wenn nötig, sogar nicht gut beurteilte Referenten beim nächstjährigen Kurs durch andere zu ersetzen.

Die Akademie ist bemüht, das Niveau der „Akademiekurse“ wie der „Internistischen Wochenenden“ im Interesse der Inneren Medizin ständig zu verbessern, und ist für konstruktive Vorschläge sehr dankbar.

*Prof. Dr. Jürgen Meyer, Direktor der Akademie
Prof. Dr. Malte Ludwig, stellvertretender Direktor der Akademie*

Stiftung etwas mehr als 300 000 Euro einwerben können. Zustiftungen und Spenden von Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, von Industrieunternehmen, von Patienten und Angehörigen sowie von Freunden, die auf ihre Geburtstagsgeschenke zugunsten der Stiftung verzichtet haben, haben dazu beigetragen, dieses Kapital aufzubauen.

Die Stiftung ist jedoch nach wie vor auf die Mithilfe aller angewiesen. Denn sie ist eine Mitgliederstiftung. Falls jedes Mitglied der DGIM einmalig 100 Euro spenden würde (Spendenquittungen sind steuerlich absetzbar), käme bei mehr als 15 000 Mitgliedern schnell ein Stiftungskapital von mehr als anderthalb Millionen Euro zusammen.

Deshalb meine Bitte an Sie: Denken Sie an die Deutsche Stiftung Innere Medizin sofort oder zu einem späteren Zeitpunkt des Jahres und ziehen Sie die Stiftung in Ihre Spendenüberlegungen mit ein. Verweisen Sie Patienten oder Angehörige auf die Stiftung, falls man sich bei Ihnen bedanken möchte. Wir freuen uns über jede Geburtstags- oder Kondolenzstiftung.

Die DGIM hält die Stiftung für wichtig, um das klassische ganzheitliche und integrative Denken und Handeln des Internisten zu stützen und zu fördern. Ab 2006 wird die Deutsche Stiftung Innere Medizin jährlich den Preis „Prävention in der Inneren Medizin“ verleihen. Er wird mit 5 000 Euro dotiert werden.

Prof. Dr. Manfred Weber, Köln

Neues von der Deutschen Stiftung Innere Medizin

Zum Jahreswechsel 2004/2005 wurde die Deutsche Stiftung Innere Medizin errichtet. Zweck der Stiftung ist die Förderung der Wissenschaft und Forschung auf dem gesamten Gebiet der Inneren Medizin. Die Stiftung soll die rückläufigen staatlichen Förderungen ergänzen. Sie wurde als Kapitalstiftung konzipiert. Das heißt: Die Stiftungsziele sollen nur unter Nutzung der Zinserträge gefördert werden. Dies bedeutet, dass nur vier bis fünf Prozent des Stiftungskapitals zur Förderung von Projekten zur Verfügung stehen können.

Ein großer Kapitalstock ist zur effektiven Förderung somit notwendig. Das Konzept ermöglicht andererseits eine langfristige Realisierung der Stiftungsziele. In den vergangenen etwa anderthalb Jahren hat die



Die Gremien der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. 2006–2007

Vorstand

Prof. Dr. W. Hiddemann (München), Vorsitzender
Prof. Dr. W. Seeger (Gießen), 1. stellvertretender Vorsitzender
Prof. Dr. G. Ertl (Würzburg), 2. stellvertretender Vorsitzender
Prof. Dr. R. Kolloch (Bielefeld), 3. stellvertretender Vorsitzender
Prof. Dr. H.-P. Schuster (Hildesheim), Generalsekretär
Prof. Dr. R. Raedsch (Wiesbaden), Kassenführer

Geschäftsführer

RA M. G. Broglie (Wiesbaden)

Ausschuss

Prof. Dr. M. Battagay (Basel)
Prof. Dr. R. Erbel (Essen)
Prof. Dr. H.-R. Figulla (Jena)
Prof. Dr. U. Frei (Berlin)
Prof. Dr. M. Hallek (Köln)
Prof. Dr. H. Haller (Hannover)
Prof. Dr. G. Hasenfuß (Göttingen)
Prof. Dr. G. Höffken (Dresden)
Prof. Dr. H. Kierdorf (Braunschweig)
Prof. Dr. H. Lehnert (Magdeburg)
Prof. Dr. H. Magnussen (Großhansdorf)
Prof. Dr. E. Märker-Hermann (Wiesbaden)
Prof. Dr. M.P. Manns (Hannover)
Prof. Dr. L. Pientka (Bochum)
Prof. Dr. N. Schmitz (Hamburg)
Prof. Dr. J. Schölmerich (Regensburg)
Prof. Dr. P.-M. Schumm-Dräger (München-Bogenhausen)
Prof. Dr. E. Stange (Stuttgart)
Prof. Dr. W. Vogel (Innsbruck)
Prof. Dr. H. Zeidler (Hannover)

Prof. Dr. C. Diehm (Karlsbad), Angiologie
Prof. Dr. K. Mann (Essen), Endokrinologie
Prof. Dr. J. Mössner (Leipzig), Gastroenterologie
Prof. Dr. G. Ehninger (Dresden), Hämatologie und Onkologie
Prof. Dr. Th. Meinertz (Hamburg), Kardiologie
Prof. Dr. H. Pavenstädt (Münster), Nephrologie
Prof. Dr. M. Pfeifer (Donaustauf), Pneumologie
Prof. Dr. W. Gross (Lübeck), Rheumatologie

Dr. W. Wesiack (Hamburg), BDI
Dr. O. Zierenberg (Haar), Korporative Mitglieder

Korporative Mitglieder

Abbott GmbH & Co. KG Medizin Deutschland
Altana Pharma Deutschland GmbH
AMGEN GmbH
Astra Zeneca GmbH
Bayer Healthcare AG
Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co KG
Dr. Falk Pharma GmbH
Elsevier GmbH
Fresenius Medical Care Deutschland GmbH
Georg Thieme Verlag KG
GlaxoSmith Kline GmbH & Co
Hofmann-La Roche AG
Karl Storz GmbH & Co KG
m:con
Medical Tribune Verlagsges. mbH
Medizinische Medien Informations GmbH
Merck KgaA
MSD Sharp & Dohme GmbH
Novartis Pharma GmbH
Novo Nordisk Pharma GmbH
Pfizer Pharma GmbH
Procter & Gamble Pharmaceuticals Germany GmbH
Sanofi-Aventis Deutschland GmbH
Schwarz Pharma Deutschland AG
Siemens medical Solutions
Springer Verlag GmbH & Co KG
UpToDate

Sprecher der Korporativen Mitglieder

Dr. O. Zierenberg (Haar)
Dr. A. Hertkorn (Biberach a. d. Riß)
Dr. U. Schiller (Stuttgart)

Komitee für den Theodor-Frerichs-Preis

Prof. Dr. H. Haller (Hannover), Vorsitzender
Prof. Dr. P. Galle (Mainz)
Prof. Dr. A.M. Zeiher (Frankfurt am Main)
Prof. Dr. M. Hallek (Köln)
Prof. Dr. M. Reincke (München)

Komitee für den Preis „Prävention in der Inneren Medizin“

Prof. Dr. H. Greten (Hamburg)
Prof. Dr. D. Klaus (Dortmund)
Prof. Dr. Dr. h. c. mult. H. G. Lasch (Gießen)
Prof. Dr. U. R. Fölsch (Kiel)

■ Ständige Kommission „Struktur, Krankenversorgung, Wissenschaftsfragen“

Prof. Dr. H. Lehnert (Magdeburg), Vorsitzender
 Prof. Dr. P.-M. Schumm-Dräger (München-Bogenhausen)
 Prof. Dr. J. F. Riemann (Ludwigshafen)
 Prof. Dr. W. Seeger (Gießen)
 Prof. Dr. M. Weber (Köln)
 Dr. G. Gertzen (Essen)

■ Kommission „Klinische Forschung – Nachwuchsförderung“

Prof. Dr. J. Schölmerich (Regensburg), Vorsitzender
 Prof. Dr. U. Hoffmann (München), Deutsche Gesellschaft für Angiologie
 Prof. Dr. M. Reincke (Freiburg), Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
 PD Dr. H. Martin (Frankfurt/Main), Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie
 Prof. Dr. G. Sybrecht (Homburg/Saar), Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin
 Prof. Dr. K. Werdan (Halle/Saale), Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
 Prof. Dr. T. O. F. Wagner (Frankfurt/Main), Deutsche Gesellschaft für Pneumologie
 Prof. Dr. E. Märker-Hermann (Wiesbaden), Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie
 Prof. Dr. Dr. h. c. M. V. Singer (Mannheim) Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten
 Prof. Dr. J. Floege (Aachen), Gesellschaft für Nephrologie
 Prof. Dr. J. Riemann (Ludwigshafen),
 Prof. Dr. N. Schmitz (Hamburg)
 Vertreter der Akademischen Lehrkrankenhäuser

■ Kommission Weiterbildung

Prof. W. Hiddemann, München (Vorsitzender der DGIM)
 Dr. W. Wesiack, Hamburg (Präsident des BDI)
 Prof. Dr. H.-P. Schuster, Hildesheim (Generalsekretär der DGIM)
 Prof. Dr. A. Creutzig, Hannover (Deutsche Gesellschaft für Angiologie)
 Prof. Dr. P.-M. Schumm-Dräger, München (Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie)
 Prof. Dr. W. Schmiegell, Bochum (Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten)
 Prof. Dr. V. Diehl, Köln

(Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie)

Prof. Dr. H. A. Katus, Heidelberg (Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz-Kreislauf-Forschung)

Prof. Dr. J. Mann, München (Gesellschaft für Nephrologie)

Prof. Dr. H. Teschler, Essen (Deutsche Gesellschaft für Pneumologie)

Prof. Dr. A. Krause, Berlin (Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie)

■ Kommission Korporative Mitglieder

Prof. Dr. U. R. Fölsch (Kiel), Vorsitzender und Ansprechpartner

Prof. Dr. Dr. h. c. mult. H.G. Lasch (Gießen)

Prof. Dr. Dr. h. c. M. Classen (München)

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

■ Kommission Qualitätssicherung

Prof. Dr. J. Meyer (Mainz), federführend

Prof. Dr. W. E. Fleig (Halle/Saale)

Prof. Dr. R. Dierkesmann (Stuttgart)

Prof. Dr. H. Heimpel (Ulm)

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

Prof. Dr. O. A. Müller (München)

PD Dr. Ch. Specker (Essen)

Prof. Dr. H. Heidrich (Berlin)

Prof. Dr. W. Kern (Freiburg)

■ Stiftungsbeauftragter

Deutsche Stiftung Innere Medizin

Prof. Dr. M. Weber (Köln)

■ Fortbildungsbeauftragter

Direktor der Akademie für Fort- und Weiterbildung in der Inneren Medizin

Prof. Dr. J. Meyer (Mainz)

■ Delegierte AWMF

Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften

Prof. Dr. P. von Wichert (Hamburg)

Prof. Dr. J. Mössner (Leipzig)

■ Delegierter EFIM

European Federation of Internal Medicine

Prof. Dr. J. Köbberling (Wuppertal)

Delegierte DIVS

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie

Prof. Dr. Ch. Baerwald (Leipzig)

Prof. Dr. Else Heidemann (Stuttgart)

Priv. Doz. Dr. Anne Rühl (München)

Delegierter DSG

Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft

Prof. Dr. R. E. Kollochow, Bielefeld

Ehrenmitglieder der DGIM

Prof. Dr. med. Felix Anschutz, Darmstadt

Prof. Dr. Dr. h. c. Reinhard Aschenbrenner, Hamburg

Prof. Dr. med. Eberhard Buchborn, München

Prof. Dr. Dres. h. c. mult. Meinhard Classen, München

Prof. Dr. Dr. h.c. Werner Creutzfeldt, Göttingen

Prof. Dr. med. Volker Diehl, Köln

Prof. Dr. Dres. h. c. Konrad Federlin, Giessen

Prof. Dr. med. Eugen Fritze, Bochum

Prof. Dr. Dr. h. c. Wolfgang Gerok, Freiburg i. Br.

Prof. Dr. med. Heiner Greten, Hamburg

Prof. Dr. Dr. h. c. Rudolf Gross, Köln

Prof. Dr. med. Fritz Hartmann, Hannover

Prof. Dr. med. Dieter L. Heene, Mannheim

Prof. Dr. med. Dietfried Jorke, Jena

Prof. Dr. med. Helmut Kewitz, Berlin

Prof. Dr. med. Karl Martin Koch, Hannover

Prof. Dr. Dr. h. c. Kurt Kochsiek, Würzburg

Prof. Dr. med. Johannes Köbberling, Wuppertal

Prof. Dr. med. Friedrich Krück, Bonn

Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Hanns Gotthard Lasch, Giessen

Prof. Dr. med. Dieter Lohmann, Leipzig

Prof. Dr. med. Jürgen van de Loo, Münster

Prof. Dr. Dr. h.c. Franz Loogen, Düsseldorf

Prof. Dr. med. Gustav Adolf Martini, Marburg

Prof. Dr. med. Hellmut Mehnert, München

Prof. Dr. med. Jürgen Meyer, Mainz

Prof. Dr. med. Dr. med. vet. Karl-Hermann Meyer zum Büschenfelde, Berlin

Prof. Dr. med. Klaus Miehlke, Wiesbaden

Prof. Dr. med. Karl-Heinz Rahn, Münster

Prof. Dr. med. Sotirios A. Rapis, Athen

Prof. Dr. med. Gerhard Riecker, München

Prof. Dr. med. H. Schmidt, Wiesbaden

Prof. Dr. Dr. h. c. Paul Schölmerich, Mainz

Prof. Dr. Dr. h. c. Peter C. Scriba, München

Prof. Dr. Dr. h. c. Konrad Seige, Halle

Prof. Dr. Dr. h. c. Walter Siegenthaler, Zürich

Prof. Dr. Konrad Spang, Stuttgart

Prof. Dr. Heribert Thaler Wien

Prof. Dr. s. c. med. Heinz Trenckmann, Leipzig

Prof. Dr. Dr. h. c. Wolfgang T. Ulmer, Bochum

Prof. Dr. med. Klaus-Henning Usadel, Frankfurt/Main

Prof. Dr. Jan G. Waldenström, Malmö

Prof. Dr. med. Hans-Dierck Waller, Tübingen

Dr. med. Hartmut Weinholz, Berlin

Prof. Dr. med. Egon Wetzels, Rosenheim

Prof. Dr. med. Peter von Wichert, Hamburg

Prof. Dr. med. Hanns P. Wolff, Mainz

Prof. Dr. med. Nepomuk Zöllner, München

Adressarium der Vorstandsmitglieder

Prof. Dr. med. W. Hiddemann

Vorsitzender der DGIM

Medizinische Klinik III

Klinikum Großhadern

Marchioninistraße 15

81377 München

Tel.: 089/7095-2551

Fax: 089/7095-5550

E-Mail:

sekrmed3@ned3.med.uni-muenchen.de

Prof. Dr. med. W. Seeger

1. stellvertretender Vorsitzender

Medizinische Klinik II

Zentrum für Innere Medizin

Klinikum der Universität

Klinikstraße 36

35392 Gießen

Tel.: 0641/99-42350

Fax: 0641/99-42359

E-Mail:

werner.seeger@innere.med.uni-giessen.de

Prof. Dr. med. G. Ertl

2. stellvertretender Vorsitzender

Medizinische Fakultät der Universität Würzburg

Innere Medizin

Josef-Schneider-Straße 2

97080 Würzburg

Tel.: 0931/201-36301

Fax: 0931/201-36302

E-Mail: ertl_g@klinik.uni-wuerzburg.de

Prof. Dr. med. R. E. Kolloch

3. stellvertretender Vorsitzender

Medizinische Klinik

Krankenanstalten Gilead GmbH

Burgsteig 13

33617 Bielefeld

Tel.: 0521/7727-7501

Fax: 0521/7727-7502

E-Mail: rainer.kolloch@evkb.de

Prof. Dr. med. R. Raedsch
 Kassenführer der DGIM
 St.-Josefs-Hospital Wiesbaden
 Medizinische Klinik II
 Solmsstraße 15
 65189 Wiesbaden
 Tel.: 0611/1771-1251
 Fax: 0611/1771-1252
 E-Mail: rraedsch@joho.de

Prof. Dr. med. H.-P. Schuster
 Generalsekretär der DGIM
 Klinikum Hildesheim
 Weinberg 1
 31134 Hildesheim
 Tel.: 05121/89-4364
 Fax: 05121/89-4781
 E-Mail: Dres.Schuster@t-online.de

RA M. G. Broglie
 Geschäftsführer
 Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin
 Irenenstraße 1
 65189 Wiesbaden
 Tel.: 0611/2 05 80 40-0
 Fax: 0611/2 05 80 40-46
 E-Mail: info@dgim.de

Geschäftsstelle
 Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.
 Irenenstraße 1
 65189 Wiesbaden
 Postfach 2170
 65011 Wiesbaden
 Tel.: 0611/2 05 80 40-0
 Fax: 0611/2 05 80 40-46
 E-Mail: info@dgim.de

Der neue Sitz der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Die Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) hat in Wiesbaden neue Räume bezogen. Seit ihrer Gründung im Jahr 1882 ist die DGIM in der Hessischen Landeshauptstadt angesiedelt. Mit mittlerweile 15 800 Mitgliedern gehört sie zu den größten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Deutschland. Dieser Entwicklung tragen auch die neuen Räumlichkeiten Rechnung.

Denn die DGIM hat das „Haus der Internisten“ aus Platzgründen verlassen und ist in einen modernen Neubau ebenfalls in Wiesbaden umgezogen. Der gemeinsame Sitz der DGIM mit dem Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) konnte den räumlichen Ansprüchen der Geschäftsstelle der DGIM nicht

länger gerecht werden: Das „Haus der Internisten“ in der „Schönen Aussicht“ in Wiesbaden beherbergte den Berufsverband und die wissenschaftliche Fachgesellschaft aller Internisten unter einem Dach – Ausdruck eines ideellen und berufspolitischen Programms von großer Bedeutung. Mittlerweile ist dieses gemeinsame Dach für die immer größer werdende Fachgesellschaft zu klein geworden.

Sämtliche Kommunikationsdaten der Geschäftsstelle bleiben unter der neuen Adresse unverändert. Die Mitarbeiterinnen sind nach wie vor unter den bisherigen Kontaktdaten täglich erreichbar und nehmen Anfragen entgegen: Tel: 0611/2 05 80 40-0; Fax: 0611/2 05 80 40-46; E-Mail: info@dgim.de. Die neue Postanschrift lautet: Irenenstraße 1, 65189 Wiesbaden.



Vorstandsbeschlüsse der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin 2005/2006

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

*Prof. Dr. H.-P. Schuster, Hildesheim
Generalsekretär der DGIM*

während der Jahrestagungen und nehmen damit an der Auswahl zu Posterpreisen und Young Investigators' Award teil.

■ Beschluss des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin am 5. Juli 2005 in Wiesbaden

Akademie für Fort- und Weiterbildung in der Inneren Medizin

Allen Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. wird die Teilnahme am Programm der Akademie für Fort- und Weiterbildung in der Inneren Medizin ohne zusätzliche Kosten ermöglicht.

■ Beschluss des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin am 7. Februar 2006 in Wiesbaden

Young Investigators' Award

Die Preise für den anlässlich der Jahrestagung der Gesellschaft vergebenen Young Investigators' Award werden wie folgt beschlossen: 1. Preis 3 000 Euro, 2. Preis 2 000 Euro, 3. Preis 1 000 Euro, ab dem 4. Preis je ein Jahresabonnement „Up-to-date“.

■ Beschluss des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin am 7. Februar 2006 in Wiesbaden

Einbindung von internistischer Intensivmedizin und Infektiologie in Aktivitäten der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Die Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN) und die Deutsche Gesellschaft für Infektiologie (DGI) können mit je einem Delegierten an der Konferenz wissenschaftlicher Fachgesellschaften in der Inneren Medizin teilnehmen, sie können je einen Vertreter in die Kommission Weiterbildung der DGIM entsenden, sie können je einen Fachvertreter für die Herausgabe des „Grünen Buches“ stellen und sie bilden Sektionen im Rahmen der Posterpräsentationen

Beschluss des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin am 22. April 2006 in Wiesbaden ■

Preis „Prävention in der Inneren Medizin“

Der Vorstand beschließt auf Vorschlag von Prof. M. Weber (Köln) und Prof. H.-P. Schuster (Hildesheim), den Preis „Prävention in der Inneren Medizin“ ab 2007 als Preis der Deutschen Stiftung Innere Medizin auszuschreiben in Höhe von 5 000 Euro jährlich zu verleihen.

Prof. Dr. Werner Seeger, Gießen

Innere Medizin im postgenomischen Zeitalter

Rede zur Eröffnungsfeier der 112. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin am 23. April 2006 in Wiesbaden

Die Eröffnungsveranstaltung gewährt dem Vorsitzenden unserer Gesellschaft traditionell das Privileg, seine Überlegungen zur Standortbestimmung der Medizin im Allgemeinen und der Inneren Medizin im Besonderen darzulegen. Wenn man die Eröffnungsvorträge seit dem Gründungskongress unter Leitung von Theodor Frerichs seit 1882 nachliest, erkennt man, welch langen Weg diese Gesellschaft vor dem Hintergrund der wissenschaftlichen Entwicklung, der medizinischen Innovationen, aber auch der allgemeinen gesellschaftlichen Veränderungen in Deutschland zurückgelegt hat. Phasen des Gleichklanges, scheinbar schwereloser Kontinuität, wechselten mit solchen, in denen rasche Anpassungen an sich verändernde innere und äußere Verhältnisse notwendig waren. Stellt man nun die gegenwärtige Situation der DGIM in diesen Kontext, wird rasch deutlich, dass wir angesichts von Strukturveränderungen und Veränderungen der wissenschaftlichen Basis unseres Faches in einer Phase des Umbruchs leben, wie sie nur selten zuvor zu bewältigen war. Dieses thematisierend möchte ich folgende Aspekte ansprechen:

- Die finanzielle Krise des Gesundheitssystems im Allgemeinen und der Universitätsmedizin im Besonderen
- Über- und Fehlregulierung als Bedrohung der Inneren Medizin
- Postgenomisches Zeitalter – Herausforderung und Chance
- Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin – der bleibende Auftrag

Insgesamt möchte ich meine Ausführungen unter die Überschrift „Innere Medizin im postgenomischen Zeitalter“ stellen.

Die finanzielle Krise des Gesundheitssystems im Allgemeinen und der Universitätsmedizin im Besonderen

Die Begrenzung der Ressourcen im Gesundheitssystem ist auf eine Weise deutlich geworden, wie wir uns dies in Deutschland noch vor ein bis zwei Jahrzehnten nicht hätten vorstellen können. Längere Lebenserwartung, der steigende Anteil älterer Menschen in Deutschland und die errungenen medizinischen Fortschritte werden nicht mehr gedeckt durch steigende Finanzmittel im Gesundheitswesen,



Professor Dr. Werner Seeger

sondern treffen sogar auf eine Verknappung der Ressourcen. Zwar ist bei Max Frisch nachzulesen, dass Krise ein produktiver Zustand sei, man müsse ihm nur den Beigeschmack der Katastrophe nehmen, doch versprüht das Management der Krise des Gesundheitssystems in Deutschland bislang nicht den Charme dieser Erkenntnis. Zahlreiche Gesundheitsreformen mit kurzen Halbwertszeiten haben versucht, des Problems Herr zu werden, und wir erwarten eine weitere große Anstrengung seitens der jetzt regierenden großen Koalition im Verlauf dieses Jahres. Aber ob Bürgerversicherung, Kopfpauschale oder Umschichtung auf Steuerfinanzierung mit Gesundheitsfonds, wie aktuell diskutiert: die Zielvorgabe einer maximalen Gesundheitsversorgung aller zu gleichbleibenden oder sinkenden Preisen kommt einer Quadratur des Kreises gleich und die Problemverschiebung allein auf die Seite der Ärzte kann keine Lösung darstellen. Ohne Experte auf diesem Sektor zu sein, scheinen mir doch folgende Aspekte unabweislich:

- Gesundheit ist ein hohes Gut und die Fortschritte der Medizin – gerade auch der Inneren Medizin – schaffen ein Mehr an Lebensqualität, das seinen Preis hat. Dieses zu akzeptieren, das Gesundheitssystem aus dem gegenwärtigen überstarren Finanz- und Regulierungskorsett zu lösen, und für die Finanzierung kreative und durchaus auch individuell unterschiedliche neue Lösungswege zu suchen scheint mir einerseits unerlässlich und andererseits auch die große Chance zu eröffnen, den Gesundheitsmarkt als Wachstums- und

Zukunftsmarkt mit großen volkswirtschaftlichen Perspektiven statt permanent zu drosselnde Unbill zu begreifen. Kaum jemandem ist bewusst, dass der Gesundheitssektor mit ca. 4,2 Millionen Beschäftigten der größte Arbeitgeber in Deutschland ist! In diesen Zusammenhang gehört auch die Forderung, den Trägern der Qualifikation in diesem System den Zugang zu adäquaten Einkommensverhältnissen zu ermöglichen, und dies trifft insbesondere auf unsere jungen Ärzte zu.

■ Die ökonomischen Notwendigkeiten zu akzeptieren ist ein Gebot der Ehrlichkeit, mit ihnen umzugehen eine Frage des Überlebens. Die Kunst besteht jedoch darin, das spezifische Moment der Arzt-Patient-Beziehung dennoch nicht zu einem allein wirtschaftlich ausgerichteten Kundenverhältnis degradieren zu lassen. Mein Vorgänger Manfred Weber zitierte in diesem Zusammenhang vor einem Jahr den verstorbenen Bundespräsidenten Rau mit den Worten, das „Krankenhaus keine Gesundheitsmaschine, Ärzte sind keine Anbieter und Patienten keine Kunden“. Wir dürfen uns nicht in die Alternative drängen lassen, ökonomisch zu handeln statt ärztlich zu handeln, sondern wir müssen – dem werden wir nicht entgehen – ökonomisch agieren, damit wir weiter ärztlich handeln können.

■ Letzteres verlangt – und davon lebte die DGIM seit ihrer Gründung – auch Flexibilität, Wagnis und Mut, neue Wege zu gehen. Und genau diese Überlegungen standen Pate bei der jetzt in Deutschland erstmals erfolgten materiellen Privatisierung eines Universitätsklinikums, des Universitätsklinikums Gießen und Marburg, und als hieran wesentlich Mitbeteiligter und gegenwärtiger Ärztlicher Geschäftsführer dieses fusionierten und privatisierten Universitätsklinikums kann ich nicht hier stehen, ohne auf diese Entwicklung einzugehen. Generell gilt, dass die Finanzkrise öffentlicher Einrichtungen in zunehmendem Maße die Frage einer Verlagerung bisher öffentlich wahrgenommener Aufgaben auf private Anbieter (Public Private Partnership) aufwirft. Dies trifft auch auf die Universitätsmedizin in Deutschland zu, die sowohl durch sinkende Ausgaben für Forschung und Lehre aufseiten der Landesträger als auch durch das DRG-Abrechnungssystem mit inadäquater Abbildung hoch spezialisierter universitätsmedizinischer Leistungen aufseiten der Krankenversorgung in eine besondere finanzielle Zwangslage geraten ist. Als Folge ist an den Universitätsklinikum in Deutsch-

land ein in der Summe auf Milliardenhöhe geschätztes Investitionsdefizit (Gebäudesubstanz, Geräteausstattung) aufgelaufen und werden – wenn man die Querfinanzierung durch Forschungs- und Lehre-Mittel herausrechnet – in nahezu allen Universitätsklinikum rote Zahlen geschrieben. Die vor diesem Hintergrund vollzogene mehrheitliche Veräußerung eines Universitätsklinikums an einen privaten Träger, die Rhön Klinikum AG, stellt dennoch für Deutschland einen „revolutionären“ Schritt dar. Dies, weil:

- die Universitätsmedizin geprägt ist durch die enge Verbindung von Krankenversorgung mit Forschung und Lehre, deren Freiheit Grundrechtstatus genießt, und
- die Freiheit der Wissenschaft und das notwendige Gewinninteresse von Privatunternehmen nicht notwendigerweise als komplementäre Ziele anzusehen sind, sondern eher in einem Spannungsverhältnis zueinander stehen.

Andererseits gibt es im Ausland zahlreiche Beispiele einer exzellent gelungenen Verbindung von privater Trägerschaft der Krankenversorgung und aus öffentlichen Mitteln finanzierter universitätsmedizinischer Forschung und Lehre, wie zum Beispiel Cambridge in England und Yale in den USA. Getrieben von dem Willen, auch für die Universitätsmedizin in Deutschland einen „neuen Weg nach Indien“ zu finden, haben die Hessische Landesregierung, die Medizinischen Fakultäten und Universitätsklinikum in Gießen und Marburg und die im Bieterverfahren engagierten privaten Krankenhauskonzerne in enger Abstimmung mit dem Wissenschaftsrat ein

■ **Letzteres verlangt – und davon lebte die DGIM seit ihrer Gründung – auch Flexibilität, Wagnis und Mut, neue Wege zu gehen.** ■

Gesetzes- und Vertragswerk geschaffen, welches die bestmögliche Basis für ein Gelingen dieser neuen

Partnerschaft im universitätsmedizinischen Bereich bilden soll. Das „Gütesiegel“ erhielt diese gemeinsame Anstrengung dadurch, dass der Wissenschaftsrat dem jetzt privatisierten Universitätsklinikum nach intensiver Prüfung den Status „HBFG-(Hochschulbauförderungs-Gesetz-)Fähigkeit“ verlieh, der nach der jetzt noch gültigen Bund-Länder-Vereinbarung die Zuerkennung des Status eines vollumfänglichen universitätsmedizinischen Standortes bedeutet. Wesentliche hierbei hinterlegte Komponenten sind:

- der Erhalt der Freiheit von Forschung und Lehre
- der Erhalt der Studienplätze und eines vollständigen universitätsmedizinischen Fächerspektrums
- die Einbindung des Dekans in die Geschäftsleitung mit Interventionsmöglichkeit bei Verletzung der Interessen von Forschung und Lehre

- die Betonung der Rolle eines auch wissenschaftlich ausgewiesenen Ärztlichen Geschäftsführers/ Direktors in dem Leitungsgremium

Welche Aspekte geben nun Grund zur Hoffnung, dass durch diese neue Partnerschaft eine Verbesserung des Managements, der Finanzierungslage, der Krankenversorgung und somit indirekt auch von Forschung und Lehre im universitätsmedizinischen Bereich gelingen könnte? Zum einen die Möglichkeit, notwendige Finanzmittel zur Überwindung von Engpässen und zur Tötigung zukunftsweisender Investitionen schnell und unkompliziert zum Einsatz zu bringen. Zum anderen die Erwartung, dass die an Behinderung grenzende Regulierungsstarre im öffentlichen Sektor zumindest partiell überwunden wird und dass aus dem Abbau von Dys- und Überregulierung neue Bewegungsfreiheit für rasches und marktangepasstes Management und somit Effizienzsteigerung resultiert. Und schließlich eine Veränderung auf mentaler Ebene, nämlich die erhoffte Bereitschaft aller, erfindungsreiches Entrepreneurship mit dem kreativen Potenzial der Universitätsmedizin zu einem Mehrwert zu verbinden.

Dennoch darf nicht verkannt werden, dass der Beweis für das Gelingen noch aussteht. Der Wissenschaftsrat wird bereits in drei Jahren erneut prüfen, welchen Einfluss der veränderte Status auf Forschung und Lehre genommen hat. Der absolute Lackmustest ist jedoch die Frage, ob es im Alltagsleben dieser neuen Partnerschaft gelingt, erfolgreiches Management mit Verbesserung der patientenzugewandten Krankenversorgung und Leistungssteigerung in klinischer Forschung und Ausbildung der zukünftigen Ärzte zu verbinden. Nur wenn dies gelingt, wird das privatisierte Universitätsklinikums Gießen und Marburg ein Modellprojekt sein, das Vorbildfunktion auch für andere universitätsmedizinische Standorte in Deutschland übernehmen könnte.

Über- und Fehlregulierungen als Bedrohung der Inneren Medizin

Die Verpflichtung gegenüber der Wissenschaft und die Verpflichtung gegenüber den uns anvertrauten Patienten gehören seit der Gründung unserer Gesellschaft zu den Grundsäulen ihres Selbstverständnisses. Ersteres bedeutet, dass der jeweilige Stand des medizinischen Wissens – kontinuierlich evaluiert und erneuert – Richtschnur des ärztlichen Handelns in der Inneren Medizin ist, und dass dieses Handeln nicht anderen Motivmustern folgen sollte. Letzteres bedeutet, primär das Wohl des individuellen Patienten im Auge zu haben und nicht individu-

umferne – z.B. staatliche – Vorgaben an ihm zu vollziehen. Beide Säulen dieses Grundverständnisses sind gegenwärtig durch schleichende Erosion bedroht:

Dokumentationsaufwand und Überbürokratisierung

Neben den finanziellen Bedingungen und der hohen Arbeitsbelastung wird insbesondere der gestiegene Dokumentationsaufwand an vorderster Stelle der Argumente genannt, aus denen heraus ein zunehmender Prozentsatz frisch approbierter Ärzte nicht mehr in den kurativen Bereich gehen möchte, mit Schätzungen die bereits 50 Prozent erreichen. Aus dem niedergelassenen Bereich ist uns diese Überfrachtung mit Regulationen, die zudem permanent wechseln, nur allzu gut bekannt. Neben der ärgerlichen Ressourcenverschwendung ärztlicher Kompetenz liegt hierin auch eine Gefahr der unmerklichen Zielverschiebung: Fast scheint es, dass das Sekundärziel der Erledigung aller Dokumentationspflichten wichtiger als das Primärziel, die optimale Versorgung des Patienten, wird. An dieser Stelle ist Widerstand gegenüber ständig zunehmenden Bürokratisierungswünschen ebenso gefragt wie Fantasie und Innovationsbereitschaft, um zum Beispiel durch Einbindung zusätzlicher Assistenzberufe im Bereich der Datenerfassung und Dokumentation die wesentliche ärztliche Arbeitszeit wieder den kurativen patientenzugewandten Kernaufgaben zuzuführen.

Leitlinienkompetenz

Auf der Basis des GKV-Modernisierungsgesetzes 2003 hat der Gesetzgeber mit der Kombination aus dem neuen „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)“ und dem sogenannten „Gemeinsamen Bundesausschuss“ ein Krankenkassenverband-finanziertes Instrumentarium geschaffen, welches Leitlinien für die epidemiologisch wichtigsten Krankheiten erarbeitet und dessen Vorgaben zur Erstattung erbrachter Leistungen verbindlich sein sollen. Damit wird in zweifacher Hinsicht eine bislang immer geltende Grundvereinbarung verlassen. Zum einen wird die Definitionshoheit des State of the Art in der Patientenbehandlung von den wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften wie der DGIM, gebündelt in der AWMF (Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich-medizinischer Fachgesellschaften), zu einer letztlich abhängigen Behörde verschoben. Zum anderen werden über die Hintertür der Verbindlichkeit für Leistungserstattung diese Leitlinien zu Richtlinien. Ist es überzogen, von einem Übergang von allein wissenschaftlich begründeter Evidence-

based Medicine in eine Control-based Medicine oder gar eine „Rechtsverordnungsmedizin“ zu sprechen, die den Boden der rein wissenschaftlich-medizinischen Begründung ihrer Vorgaben verlassen hat? Ist der Öffentlichkeit bewusst, welcher Qualitätsübergang sich hinter der geschickt gewählten Terminologie verbirgt? Für mich steht außer Zweifel, dass die DGIM und ihre Schwerpunktgesellschaften ohne Abstriche an dem

Primat der wissenschaftlichen medizinischen Gesellschaften zur Leitliniener-

stellung, basierend auf der in ihren Reihen gebündelten Expertise, festhalten sollten. Die AWMF hat in der Koordinierung und Begleitung dieser Aufgabe hervorragende Arbeit geleistet und es besteht kein Grund, hiervon Abstand zu nehmen. Und ebenso sollten wir nicht der Illusion Raum geben oder gar selbst an ihr arbeiten, man könne Diagnostik und Therapie der Inneren Medizin vollumfänglich in Leitpfade gießen, die dann ähnlich einem Fabrikationsband bei Serienproduktion abgespult werden, sobald das richtige Codewort des Leitsymptoms – am besten direkt durch den Pförtner – eingegeben ist. Leitlinien sind wertvolle Entscheidungshilfen für die Umsetzung des medizinischen Wissens in die konkrete Situation des individuell erkrankten Patienten, sie unterstützen ärztliche Entscheidungsfindung, umschreiben einen Gestaltungsrahmen, ersetzen aber nicht die ärztliche Entscheidungsfindung. Diese muss, gerade in der Inneren Medizin mit den vielfach multimorbid Erkrankten, immer den individuellen Patienten im Auge behalten, muss sich an dem nach bestem Wissen und Gewissen zu findenden Optimum für den Einzelfall ausrichten, und wird sich niemals in einer mechanischen Umsetzung von Leitpfadvorgaben erschöpfen.

Ärztliche Verordnungsfreiheit

Seit einigen Jahren begleitet uns die Debatte um den „Off-Label Use“, also den Einsatz von Arzneimitteln außerhalb des zugelassenen Indikationsgebietes. Öffentlichkeitswirksam verpackt wird vermittelt, dass Medikamente eben nur für die Zwecke eingesetzt werden, für die sie zugelassen sind. Die Sorge um den Schutz des Patienten vor Fehleinsatz von Arzneimitteln scheint hierbei führend zu sein. Dass es solchen Fehleinsatz gibt, steht außer Frage und niemand wird einem Wildwuchs an dieser Stelle das Wort reden. Ebenso aber steht außer Frage, dass z.B. im pädiatrischen Bereich der überwiegende Anteil der eingesetzten Pharmaka niemals für diese

Altersgruppe zugelassen wurde und dass auf dem Gebiet der „Orphan Diseases“, der seltenen Erkrankungen, aufwendige zulassungsorientierte Studien aus Rentabilitätsgründen häufig ganz unterbleiben. Zudem besteht oft eine mehrjährige Lücke zwischen weitgehend gesicherter medizinischer Erkenntnis der Wirksamkeit und Abschluss eines Zulassungsverfahrens, in der definitionsgemäß ein

Therapieeinsatz noch als „Off-Label-Use“ gilt. Wie manche von Ihnen wissen werden, haben wir in unserem Lungenzentrum in Gießen, unter meiner und der Leitung

meines Kollegen Friedrich Grimminger, den Einsatz von inhaliertem Iloprost sowie von Sildenafil (Viagra®) zur Behandlung des Lungenhochdruckes führend entwickelt und den Weg zur jetzt weltweiten Zulassung bereitet. Die langen Jahre zwischen schon dokumentierter Wirksamkeit und der schließlich erfolgten Zulassung waren geprägt von zahllosen persönlichen Dramen betroffener Patienten, bei denen wir angesichts dieser rasch lebensbedrohlichen Erkrankung die genannten Medikamente zur Therapie empfahlen, die dann aber einen langen zermürenden Weg der Erstretung der Übernahme der Behandlungskosten gegen regelmäßig negative Bescheide des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen gehen mussten. Ohne den großartigen Einsatz der Patientenselbsthilfegruppe „Pulmonale Hypertonie“ und deren auf Spenden beruhendem Rechtsbeistand wäre dies in aller Regel nicht möglich gewesen. Es wurde von dieser Patientengruppe sowie zahllosen weiteren Patienten mit lebensbedrohlichen seltenen Erkrankungen regelrecht als Segen erlebt, dass im Januar diese Jahres das Bundesverfassungsgericht in einem Grundsatzurteil feststellte: „Es ist mit den Grundrechten aus Art. 2 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip und aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG nicht vereinbar, einen gesetzlich Krankenversicherten, für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, von der Leistung einer von ihm gewählten, ärztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.“

Eine vergleichbare Problematik ist bei der avisierten „Bonus-Malus-Regelung“ des im noch Verabschiedungsverfahrens begriffenen „Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetzes“ gegeben. Malus

bedeutet persönliche Haftung als Arzt bei Überschreitung einer unabhängig von dem Diagnose-spektrum und dem Schweregrad der behandelten Patienten festgelegten Verordnungsmarge, Bonus die Zuerkennung von Vorteilen bei deren Unterschreitung. Wie, so muss man sich doch fragen, soll der Arzt unabhängiger Anwalt seines Patienten und seiner individuellen Behandlungsnotwendigkeiten bleiben, wenn er durch die Wahl der Therapie gleichzeitig sich selbst wirtschaftlichen Schaden zufügen oder sich bereichern kann? Wie sollen – falls diese Regelung kommt – insbesondere Internisten im niedergelassenen Bereich damit umgehen, dass gerade ihnen schwerkranke und multimorbide Patienten zugewiesen werden, sie aus wirtschaftlichen Gründen am besten jedoch nur leicht Erkrankte und somit für ihr persönliches Einkommen „rentablere“ Patienten behandeln sollten? Man möge sich doch einmal vorstellen, ein vergleichbares Gesetz würde deutschen Richtern vorschreiben, mit ihren Urteilen in einer bestimmten Marge zu liegen, mit persönlichen Vergünstigungen oder Regressforderungen bei Abweichung in die eine oder andere Richtung der Urteilsfindung! Ein Aufschrei angesichts des Verlustes der Freiheit und Unbestechlichkeit der Rechtsprechung würde durch das Land gehen, aber stellt denn die ärztliche Verordnungsfreiheit ein geringeres Gut dar?

Ich fasse diesen Teil zusammen: Es geht mir an dieser Stelle nicht um Berufspolitik, sondern um

Grundelemente der Arzt-Patient-Beziehung. Die finanziellen Engpässe im Gesundheitssystem haben ein Regulationswerk hervorgerufen, das durch Überbürokratisierung und zudem gravierende Fehlregulationen gekennzeichnet ist. Letztere sind geeignet, grundlegende Werte wie unabhängige Leitlinienkompetenz und ärztliche Verordnungsfreiheit auszuhebeln. Die DGIM sollte im Verbund mit den anderen wissenschaftlich medizinischen Fachgesellschaften alles ihr Mögliche tun, um dieser Erosion des unabhängigen und allein am Wohl des individuellen Patienten ausgerichteten Arzt-Patient Verhältnisses entgegenzutreten.

■ **Neue diagnostische und therapeutische Optionen werden erkennbar, welche das Gesicht der Inneren Medizin innerhalb der nächsten zwei Jahrzehnte dramatisch verändern werden.** ■

Themen des DGIM Kongresses 2006 gewählt. Die Regenerative Medizin befasst sich mit über Funktionsver-

Ära ist. War die zurückliegende Periode geprägt von dem zunehmenden Detaillierungsgrad des Erkenntnisgewinnes, dem Marsch in die Kleinteiligkeit, der Aufklärung molekularer Einzelstrukturen und -funktionen auf Gen- und Proteinebene sowie sekundär regulierter Kohlehydrat- und Lipid-domänen, so besteht die Herausforderung der Zukunft in dem integrierenden Gesamtverständnis, der Synthese zu einer Gesamtfunktion, die mehr ist als die Summe der Einzelteile. Systembiologie – unter Einschluss der Entwicklungsbiologie – und integrative Physiologie sind Begriffe, die versuchen, dieses auf der Ebene der biomedizinischen Grundlagenwissenschaften zu beschreiben. Der Brückenschlag zwischen Genotyp – oder etwas weiter gefasst Genom, Transkriptom, Proteom, Metabolom – und dem Phänotyp, das heißt der klinischen Ausprägung einer Erkrankung, stellt das Korrelat dieses Ansatzes im Bereich klinischer Forschung dar. Und aus diesem Brückenschlag zwischen dem integrierenden Funktionsverständnis molekularer Prozesse auf Zell- und Organebene und dem physiologischen und klinischen Erscheinungsbild ergeben sich Perspektiven, wie sie atemberaubender nicht sein könnten. Neue diagnostische und therapeutische Optionen werden erkennbar, welche das Gesicht der Inneren Medizin innerhalb der nächsten zwei Jahrzehnte dramatisch verändern werden und einige der Optionen haben die Schwelle der klinischen Realisation bereits überschritten. Zwei dieser Aspekte habe ich als schwerpunktübergreifende

besserung hinausgehende Strukturerneuerung und die individualisierte Therapie beschreibt eine jenseits der evidenzbasierten Durchschnittsnorm auf die individuelle Krankheitssignatur zielende Therapiestrategie. Die hier beleuchteten Entwicklungen machen in exemplarischer Weise deutlich, dass das tradierte Grundverständnis der Inneren Medizin – die integrative Sichtweise pathogenetischer Abläufe als Basis klinischen Handelns – nie richtiger war als jetzt bei Eintritt in die postgenomische Ära. Ich möchte auf alle drei Aspekte kurz eingehen:

Regenerative Medizin

Klassische Therapieziele in der Inneren Medizin umfassen die Prävention von Krankheiten, die Verhinderung einer weiteren Progression und die Verbesserung der Organfunktion bei gegebener struktureller Schädigung. Regenerative Medizin hat

Postgenomisches Zeitalter – Herausforderung und Chance

Das menschliche Genom ist aufgeklärt; wir kennen die Anzahl der Gene, wenn auch die Zuordnung der Funktionen vielfach noch offen ist; wir wissen jetzt, dass dies nicht das Ende, sondern der Anfang einer

darüber hinausgehend zum Ziel, den Wiederaufbau physiologischer Organstrukturen zu erreichen. Denkbar ist dies zum einen über den Weg des Tissue Engineering, welches nach allgemeinem Verständnis die In-vitro-Modellierung neuer Gewebestrukturen mit dem Ziel der nachträglichen Implantation/ Transplantation beschreibt. Eine zumindest ebenso große Herausforderung besteht jedoch darin, Prozesse der Strukturregeneration in vivo zu induzieren, sei es durch Stimulation physiologisch angelegter reparativer Mechanismen, durch Mobilisation oder externe Zufuhr knochenmarkständiger Stammzellen oder durch Aktivierung ortständiger Progenitorzellen/Stammzellen mit hoher regenerativer Potenz. Naheliegend – und gleichzeitig extrem herausfordernd in der Umsetzung – ist hierbei der Gedanke, entwicklungsbiologisch angelegte Programme der Organogenese im adulten Organismus zu reaktivieren, um hierüber das Ziel eines „in-vivo Tissue Engineering“ jenseits der natürlichen Wachstumsperiode zu erreichen. Wie anspruchsvoll solche Programme sein müssen, ergibt sich allein aus der Notwendigkeit, dass hinsichtlich der meisten Organe morphologisch hoch differenzierte Makro- und Mikrostrukturen entstehen müssen (Morphogenese), wohingegen die Ausbildung von „Zellklumpen“ ohne gesteuerte dreidimensionale Verteilung – ähnlich einer Tumorzellmasse – geradezu zum Verlust der Organfunktion führen würde. Ich will Ihnen ein Beispiel aus unserem eigenen Forschungsbereich schildern, welches Ihnen vermutlich unter der Themenüberschrift „regenerative Medizin“ wohl kaum als Erstes in den Sinn gekommen wäre. Es handelt sich um den Verlust von Alveolarepten und ganzen Alveolarregionen, wie sie das Emphysem kenn-

zeichnet, in Verbindung mit der oftmals zugrunde liegenden chronischen Bronchitis immerhin an dritter Stelle der weltweit häufigsten Todesursachen stehend. Zielen unsere heutigen Ansätze auf eine zumeist sehr moderate Funktionsverbesserung auf der Basis des nicht beeinflussbaren Strukturverlustes, steht als Vision die Alveoneogenese, die Neubildung von Septen und Alveolarstrukturen, im Raum. Das entsprechende entwicklungsbiologische Programm war bei uns allen um die Geburt herum aktiviert, führte ähnlich einem hochkomplexen Computerprogramm zu exakt gesteuerten endo- und epithelialen sowie mesenchymalen Wachstumsvorgängen, sodass die funktionell optimalen hauchzarten Alveolarepten als zentrale Gasaustauschstruktur der Lunge entstanden, und wurde dann abgeschaltet. Nicht so bei Mäusen, bei denen die Fähigkeit der

Bildung von Alveolarepten bis in das Erwachsenenalter erhalten bleibt. Entnimmt man einer erwachsenen Maus einen Lungenflügel, detektiert sie den Verlust an Gasaustauschoberfläche, aktiviert das Programm der Alveoneogenese erneut, regeneriert über neue Alveolareptenbildung neues Lungengewebe bis

100 +/- 5 Prozent der vormaligen Alveolaroberfläche erreicht sind, und schaltet das Programm dann erneut ab. Unnötig zu beschreiben, welche Revolution es bedeuten würde, gelänge es, die Reaktivierung des Alveoneogeneseprogramms auch in Lungen von Emphysepatienten zu induzieren. Und unnötig zu sagen, dass gegenwärtig alle verfügbaren Forschungsansätze darauf konzentriert werden, die an der Alveoneogenese in der Maus beteiligten Gene zu identifizieren, ihre Orchestrierung zu entschlüsseln und dann eine Übertragbarkeit auf den Menschen anzustreben. Dieses Beispiel macht auch deutlich, warum die Entwicklungsbiologie für die regenerative Medizin eine so faszinierende Disziplin darstellt, und unter dem Titel „Entwicklungsbiologie als Blaupause der regenerativen Medizin“ wird sich Prof. Thomas Braun vom Max-Planck-Institut für Herz- und Lungenforschung in Bad Nauheim in einem der Plenarvorträge dieser Thematik widmen. Weitere auf dem Kongress behandelte grundlegende Themenfelder zur regenerativen Medizin sind z.B. die „Potenzperspektiven“ adulter Stammzellen, ebenfalls ein Plenarvortrag, gehalten von Michael Peter Manns aus Hannover, sowie die Regeneration von Nierengewebe bei terminaler Niereninsuffizienz. Aber wir haben auch bereits die Schwelle erster erfolgreicher Anwendung am Patienten im Rahmen von klinischen Studien überschritten, z.B. mit Insel- und Stammzell-transplantation bei Diabetes mellitus und mit Stammzelltherapie zur Myokardprotektion bei Herzinfarkt – Themen mit atemberaubenden klinischen Perspektiven.

Individualisierte Therapie

Nach dem gegenwärtigen Stand der „Medizinischen Kunst“ beruhen die Einschätzung der Prognose eines erkrankten Individuums und die Festlegung der Therapieentscheidungen auf Evidenz-basierten Kriterien, als Ergebnis von Studien an mehr oder weniger großen Patientenkollektiven. Als solche stellen sie notwendigerweise eine „Mittelwertbe-trachtung“ dar, unterfüttert mit Daten zur Streubreite als Ausdruck individueller Heterogenität, liefern aber in der Regel keine Basis für eine „individualisierte Therapie“. Eine nicht allein auf den „Mittelwert“, sondern auf den Einzelfall bezogene

■ **Entwicklungsbiologie stellt für die regenerative Medizin eine faszinierende Disziplin dar.** ■

Betrachtungsweise wird schon jetzt klassisch-inter-nistisch umgesetzt, indem wir bei Therapieent-scheidungen Komorbiditäten, Komedikationen und andere, auf die individuelle Situation abhebende Aspekte einbeziehen. Bei optimierter Erfassung der molekularen Abläufe des Krankheitsgeschehens werden folgende Ebenen zunehmend Prognose und Therapiewahl mitbestimmen:

Der individuelle genetische Hintergrund. Es wird gefragt, welche Aspekte der genetischen Veran-lagung des Einzelnen bei der Einschätzung des Wirkungs- und Nebenwirkungsprofils berücksichtigt werden und in die Entscheidungsfindung einfließen sollten. Die

Erfassung relevanter Poly-morphismen steht hierbei im Vordergrund,

zum Teil schon in die Routine eingeführt, und sie wird durch das Werkzeug der Single-Nucleotide-Polymorphism-(SNP)Analyse noch einmal substan-ziell erweitert werden.

Die individuelle molekulare Signatur des Krank-heitsgeschehens. Gefragt wird, welche Gene im indi-viduellen Krankheitsverlauf aktiviert/supprimiert oder auch mutiert sind (Transkriptom Analyse) und welchen Niederschlag dies auf der Ebene der Proteinexpression und -funktion findet (Analyse von Proteom, Phosphoproteom, Metabolom usw). Neben die „Ex-vivo“-Ebene (Analyse von Blut- und Gewebeprobe) wird hierbei zunehmend die „In-vivo“-Bildgebung molekularer Prozesse treten.

Ziel dieser Ansätze ist es, eine „maßgeschneiderte“ – im besten Fall individualisierte – Therapie für den einzelnen Patienten zu entwickeln. Dieser Ansatz wird nicht nur bei chronischen Erkrankungen zunehmend Raum greifen (z.B. individualisierte Tumorthherapie in Abhängigkeit von der molekularen – sich möglicherweise im Krankheitsverlauf ändern- den – Signatur der malignen Zellen), sondern auch z.B. bei intensivmedizinischen Krankheitsbildern (z.B. Bedside-Tests auf Hochregulation relevanter Zytokine im Vorfeld der klinischen Detektierbarkeit einer Sepsis). Gegenüber der klassischen Evidence-based Medicine wird dieser Ansatz im kommenden Jahrzehnt einen Paradigmenwechsel bringen, aber nicht in Richtung Control-based Medicine, wie vor-hin diskutiert, sondern in Richtung einer Individual based Medicine, als modernes molekulares Korrelat des klassischen, auf das Individuum zielenden Ansatzes der Inneren Medizin. Und dieses leitet über zum dritten Gesichtspunkt unter diesem Thema,

■ **... wurde mir in vollem Umfang bewusst, dass uns von diesen unseren Vorgängern nur die Ebene der Detailkenntnisse und der Wimpernschlag der Geschichte, nicht aber der Denkanatz unterscheidet.** ■

Postgenomische Ära und das tradierte Grundverständnis der Inneren Medizin

In den Eröffnungsreden der Vorsitzenden dieser Gesellschaft tritt einem über mehr als ein Jahr-hundert immer wieder die unverwechselbare Mission der Inneren Medizin entgegen, das Grund-lagenverständnis der Krankheitsprozesse mit der auf den ganzen Menschen zielenden klinischen Um-setzung zu verbinden. H. E. Bock nannte es – und dieses Zitat ist berühmt geworden – „den diagnosti-schen Drang zur Überschau und den therapeuti-schen Imperativ für die Heilung des ganzen Menschen“. Als die technische Moderne kam, mit ihr

die zunehmende Differenzierung der Schwerpunkte und der kurzzeitige Anspruch, neue Techniken könnten

die Innere Medizin neu definieren, beherrschte über lange Zeit die unselige Antithese von Generalist ver-sus Spezialist die Diskussion, und zu denjenigen, die in dieser schwierigen Zeit den einenden Grund-gedanken der Inneren Medizin hochhielten, das Grundlagenverständnis der Krankheitsprozesse mit der auf den ganzen Menschen zielenden klinischen Umsetzung zu verbinden, gehörte in vorderster Linie mein verehrter Lehrer, Hanns Gotthard Lasch. Daran festzuhalten war nicht berufspolitischer Lobbyismus oder Beschwörung alter Traditionen, wie von man-chen unterstellt. Es war das klinische Wissen, dass wir in der Inneren Medizin zuallermeist mit Patienten befasst sind, die zahlreiche Komorbi-ditäten, wenn nicht Multimorbidität aufweisen, und deren Behandlung die Kenntnis der Interdependenz der verschiedenen in Mitleidenschaft gezogenen Organe ebenso verlangt wie die Kenntnis der Medikamentenwirkungen und Nebenwirkungen auf diesen verschiedenen Ebenen, wie Hans-Peter Schuster es nannte. Insbesondere aber war es die tiefe Überzeugung, dass wir es in der Inneren Medizin organübergreifend mit den gleichen grund-legenden Krankheitsmechanismen zu tun haben, und nichts leuchtet aus heutiger Sicht klarer als diese Erkenntnis. Denn geradezu lächerlich erschei-nen auf der Basis der uns jetzt verfügbaren molek-ulareren Kenntnisse Bestrebungen, die Innere Medizin in verschiedene Organe zerteilen zu wollen, als seien die pathogenetischen Abläufe dort jeweils anderer Natur. Gewiss benötigen wir die Spezialisierung der Schwerpunkte der Inneren Medizin, um den unter-schiedlichen differenzierten Techniken Rechnung zu tragen, aber jenseits des operationalen Ansatzes der jeweiligen technischen Entwicklung vereinigt sich auf der Ebene der molekularen Krankheitsprozesse

die gesamte Innere Medizin wieder mit einer Deutlichkeit, die sich uns erst heute vollständig erschließt. Erst in der Vorbereitung dieses Kongresses, in den Reden von Frerichs, von Leyden, Curschmann, Quincke, Naunyn und vielen anderen lesend, wurde mir in vollem Umfang bewusst, dass uns von diesen unseren Vorgängern nur die Ebene der Detailkenntnisse – damals das frische Wissen um Infektionserreger wie die Tuberkulose, heute die Entschlüsselung des genetischen Codes – und der Wimpernschlag der Geschichte, nicht aber der Denkansatz unterscheidet, pathogenetisches Verständnis für umfassende Diagnostik und Therapie der Inneren Medizin zu nutzen. Und ich schäme mich nicht, dass mir die Tränen kamen bei dem sich aufdrängenden Gedanken, welche Faszination es in ihnen, die nur kurze Zeit vor uns lebten, ausgelöst hätte, wenn sie nur einen Teil dessen geahnt hätten, was wir heute wissen. Und geradezu beschämend wäre es, wenn sie heute neben uns säßen und wir zugeben müssten, wie sehr wir uns von finanziellen und strukturellen Sorgen – so berechtigt sie sind, ich bin darauf eingegangen – absorbieren lassen und die Aura des Augenblicks dieses faszinierenden Wissensumbruches verpassen und wie sehr wir zwischenzeitlich in der Gefahr waren, dem *via falsa*, Spezialisierung in der Inneren Medizin mit Zerteilung der Inneren Medizin zu verwechseln, zu folgen. Nie war das tradierte einheitliche Verständnis der Inneren Medizin wissenschaftlich begründeter als in der heutigen postgenomischen Ära der Medizinentwicklung.

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin – der bleibende Auftrag

Die DGIM, als größte medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaft Deutschlands mit jetzt 15 500 Mitgliedern, muss sich zu ökonomischen Rahmenbedingungen sowie strukturellen Veränderungen und rechtlichen Vorgaben äußern, so diese den Kern internistischer Tätigkeiten beeinträchtigen. Ihre wesentliche Bestimmung erfüllt sie jedoch als wissenschaftlich fundierte Wissens- und Wertegemeinschaft; hieraus resultiert ihre ungebrochene Vitalität, und dies wird auch unverändert ihr Auftrag für die Zukunft bleiben.

Wissensgemeinschaft

Internist zu sein bedeutet, über ein solides Grundwissen in der gesamten Breite des Faches zu verfügen, zumeist komplettiert durch Spezialwissen auf den einzelnen Schwerpunktgebieten. Diese selbstverständlich anmutende Aussage ist – wie Ihnen allen bekannt ist – im Rahmen der neuen Weiterbildungsordnung des Ärztetages relativiert worden,

und deren Umsetzung auf Länderebene hat jetzt eine sehr unbefriedigende zersplitterte Landschaft der internistischen Weiterbildung ergeben. Trotz dieser formalen, nicht von uns verschuldeten Unzulänglichkeiten sollten wir der inhaltlichen Überzeugungskraft der Inneren Medizin vertrauen, auch diese Phase weiterbildungstechnischer Verwirrung unbeschadet zu überstehen, indem wir an folgenden Zielvorgaben festhalten:

- Ein ausreichender und sehr gut durchdachter Truncus communis gemeinsamen Wissens und gemeinsamer Fähigkeiten, den sich jeder Arzt in der Ausbildung zum Internisten mit welcher nachfolgenden Spezialisierung auch immer aneignen muss. Dieser Truncus communis sollte für alle Bundesländer gleich sein, er sollte abgeprüft werden und alle Schwerpunktgesellschaften der DGIM sollten möglichst qualifizierten Input in die Erstellung dieses Truncus communis liefern.
- Die Bereitschaft zu lebenslanger Fortbildung, um im Laufe des Berufslebens mit den sich ständig weiterentwickelnden Fertigkeiten Schritt zu halten. Die Akademie für Fort- und Weiterbildung der DGIM und des BDI, im Verbund mit den Akademien der Schwerpunktgesellschaften, ist ein wichtiges Modul auf diesem Sektor.
- Das Annehmen der Herausforderung, Anschluss an den grundlegenden Erkenntnisprozess der Inneren Medizin zu halten, um auf diesem komplexen Gebiet qualifizierter Ansprechpartner unserer Patienten zu sein. Diese Aufgabe wird durch die zunehmende Internetpräsentation medizinischer Wissensinhalte nicht an Bedeutung verlieren, sondern im Gegenteil gewinnen. Datenfülle ist nicht identisch mit gesicherter Erkenntnis als Basis für Schlussfolgerungen, sondern dazwischen liegen kritische Evaluation und die Fähigkeit zur synthetischen Zusammenführung. Genau dies ist aber für Patienten in der Regel nicht möglich, sondern sie gehen verloren in einem Meer von Datensätzen, deren Wertigkeit sich ihnen nicht erschließt. Es ist eine vornehme Aufgabe jedes Internisten, des in der Praxis niedergelassenen wie des universitär forschenden, den Erkenntnisprozess auf dem Gebiet der Inneren Medizin zu verfolgen, um die Funktion der Transmission zwischen aktuellem Wissensstand und den Bedürfnissen des individuellen Patienten wahrnehmen zu können.

Wertegemeinschaft

Die Werte, denen die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin verpflichtet ist, gehen jedoch über die einer Wissensgemeinschaft hinaus.

- Außer Zweifel steht der Auftrag, dem Patienten in seiner Ganzheit verpflichtet zu sein, Diagnose-

prozess und Behandlungsvorschlag am Optimum für den einzelnen uns anvertrauten Patienten auszurichten, in diesem Sinne und komplementär zu der sich weiterentwickelnden wissenschaftlichen Basis Individuum-based-Medicine zu betreiben. In diesen Zusammenhang gehört auch das Festhalten an ethischen Grundprinzipien ärztlichen und wissenschaftlichen Handelns, die hier auszuführen den Rahmen sprengen würde, die im Einzelfall umstritten sein können, wie zum Beispiel auf dem Gebiet embryonaler Stammzellen – auch auf diesem Kongress diskutiert –, die aber ebenso zu dem Fundament dieser Gesellschaft gehören wie ärztlicher Auftrag und wissenschaftliche Verpflichtung.

- Wir haben eine Verpflichtung gegenüber unseren Vätern, dies habe ich ausgeführt, aber auch eine ebensolche gegenüber unserem Nachwuchs. Die Innere Medizin hat immer wieder das Glück gehabt, Generationen begabter junger Ärzte und Wissenschaftler für ihre Ziele gewinnen zu können, und nie war dies wichtiger als heute, wo ein weltweiter Wettbewerb um die „besten Köpfe“ als entscheidende Ressource für die Zukunft eingesetzt hat. Gerade im Bereich der Universitäten sind wir hier gefordert, hinderliche Strukturen zu überwinden und neue, kreative Wege zu gehen, um international kompetitive Wissenschaft mit klinischen Funktionen in einer für den Nachwuchs realisierbaren Art und Weise zu verbinden, ein Problemfeld, das Ulrich Fölsch in seiner Eröffnungsrede 2004 thematisiert hat. Neben das klassische integrative Modell – Klinik und Forschung vereint jeweils in einer Person – muss zunehmend auch das kooperative Modell treten, integrierende Zusammenführung von Klinikern, klinischen Forschern und biomedizinischen Grundlagenwissenschaftlern unter dem Dach der großen Medizinischen Kliniken, gemeinsam auf das Ziel ausgerichtet, Klinik und Forschung auf höchstem Niveau zu betreiben. So realisierte „translationale Medizin“ ist nichts anderes als die klassische Verbindung zwischen Labor und Krankenbett, übertragen auf die komplexe Realität moderner biomedizinischer Forschung. Dieser Ansatz verlangt mehr Flexibilität zwischen den einzelnen Entwicklungswegen, frühere Selbstständigkeit der Nachwuchswissenschaftler mit Aufzeigen attraktiver Karriereoptionen, und mehr Gleichberechtigung zwischen Klinik und Wissenschaft sowohl auf institutioneller wie auch auf mentaler Ebene, als sie gegenwärtig in Deutschland zumeist gegeben sind. Hierarchien sollten nicht Selbstzweck, sondern am Ziel des funktionellen Optimums ausgerichtet sein und die hohe Funktion eines Ordinarius oder Chef-

arztes für Innere Medizin sollte international nicht als Synonym für überkommene Statussicherung, sondern für Führungengagement, Charisma und die im besten Sinne preußische Bereitschaft, erster Diener das Ganzen zu sein, wahrgenommen werden. Dies sind nur wenige Federstriche bei der Skizzierung der Aufgabe, den gegenwärtigen Brain Drain, den Verlust der begabtesten Nachwuchskräfte in das Ausland, in Brain Gain, die Gewinnung eben dieses führenden Nachwuchses für Deutschland, umzukehren.

- Deutsch im Namen, international in der Ausrichtung. Wissenschaft war schon immer weltumspannend und sie ist es heute im Zeitalter offener Grenzen und Internet-basierter Kommunikationsflüsse mehr denn je. International in der Ausrichtung und bemüht, den führenden Nachwuchs für Deutschland zu gewinnen, bedeutet auch, ihm faire Integrationschancen im deutschen Medizinsystem und darüber hinaus zu bieten, und die heutige Theodor-Frerichs-Preis-Trägerin ist ein gelungenes Beispiel hierfür. Und es bedeutet, einen hohen Anspruch nicht zu vergessen, der in den Gründungsjahren unserer Gesellschaft außer Zweifel stand. In der Eröffnungsrede im Jahr 1900, gehalten von Rudolf Ritter von Jaksch in Prag, stellte dieser fest: „Im 19. Jahrhundert hat die deutsche Medizin an der Spitze der Wissenschaft gestanden und ich will hoffen, dass sie im 20. Jahrhundert diese hohe Stufe behält.“ Sie hat es nicht und wir wissen alle, warum. Aber wir wissen auch, dass es mit gemeinsamer Anstrengung und der Bereitschaft, auf dem Boden unserer Tradition neue Wege zu gehen, gelingen kann, diese Position in Teilen zurückzugewinnen.

Ich komme zum Schluss. Die beste Antwort auf formale Bedrohungen sind inhaltliche Überzeugung und Strahlkraft. Es ist ein Adel, Internist zu sein, ein Adel, beruhend auf Wissen, Werten und der ganzheitlichen Verpflichtung unseren Patienten gegenüber. Dieses Selbstverständnis prägte die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin seit ihrer Gründung im 19. Jahrhundert und es war nie aktueller und richtiger als jetzt, am Beginn der postgenomischen Ära der Medizingeschichte.

Ich erkläre hiermit den 112. Internistenkongress für eröffnet!

Prof. Dr. Werner Seeger, Gießen

Patientensicherheit und Bereitschaftsdienst

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) zu einer EntschlieÙung des 108. Deutschen Ärztetages

Zu Recht erwarten Patientinnen und Patienten ein Vorhalten fachspezifischer Bereitschaftsdienste durch Ärztinnen und Ärzte, die über eine entsprechende Weiterbildung in ihrem Gebiet verfügen. Dies gilt in besonderem Maße auch für Notsituationen und Notfälle und für die stationäre ärztliche Versorgung zu Zeiten von Bereitschaftsdiensten. Für die präklinische Notfallmedizin ist dies durch einen verbindlichen Fort- oder Weiterbildungsdienst und Notfallmedizin sichergestellt. In der Organisation der stationären Versorgung verlangt dies ein Vorhalten fachspezifischer Bereitschaftsdienste durch Ärzte, die über eine entsprechende Weiterbildung in ihrem Gebiet verfügen.

Der 108. Deutsche Ärztetag hat fachübergreifende Bereitschaftsdienste in Kliniken im Interesse der Patientensicherheit generell abgelehnt und die medizinischen Fachgesellschaften dringend aufgefordert, hierzu klare Positionen zu beziehen.

Auch die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin sieht mit großer Sorge, dass der Bereitschaftsdienst häufig nicht mit Ärztinnen und Ärzten besetzt wird, die über ein adäquates Weiterbildungswissen in ihrem Gebiet verfügen. Derartige Rationalisierungsmaßnahmen gefährden unmittelbar die Patientensicherheit und erhöhen sowohl das Haftungsrisiko des Krankenhausträgers als auch der Klinikleitungen und der am Bereitschaftsdienst beteiligten Ärztinnen und Ärzte. Werden aus organisatorischen Gründen eine Ärztin oder ein Arzt mit noch nicht abgeschlossener Weiterbildung im Gebiet zum Bereitschaftsdienst eingesetzt, so geschieht dies unter der Voraussetzung, dass der verantwortliche leitende Arzt den Weiterbildungsgrad der betroffenen Ärzte für ausreichend fortgeschritten hält und ein Facharzt des Gebietes als Hintergrunddienst stets verfügbar ist.

Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung kann eine personelle ärztliche Unterversorgung, die den erreichbaren medizinischen Standard gefährdet, bei Verwirklichung dieser Gefahr zu einer Haftung des Krankenhausträgers führen. Der Krankenhausträger muss organisatorisch gewährleisten, dass er mit dem vorhandenen ärztlichen Personal seine Aufgaben auch erfüllen kann. Deswegen darf der Krankenhausträger keine Organisation des ärztlichen

Dienstes dulden, die die Gefahr mit sich bringt, dass die im Bereitschaftsdienst eingesetzten Ärzte den Patienten nicht den geforderten Facharztstandard gewähren können. Für alle Abschnitte eines diagnostischen oder therapeutischen Verfahrens muss ein qualifizierter Arzt bereitstehen, der das fachliche Gebotene veranlassen und überwachen kann. Der Standard muss beim Eingriff selbst wie in der postoperativen Phase gewährleistet bleiben. Diese Forderungen des BGH gelten nicht nur für die „operativen“ Fächer, sondern für alle Fachgebiete.

Die Einrichtung fachübergreifender Bereitschaftsdienste verletzt darüber hinaus die arbeitsrechtliche Fürsorgepflicht des Krankenhausträgers gegenüber den in diesem Dienst eingesetzten Ärztinnen und Ärzten, weil sie ihnen im Haftungsfall das Risiko eines Übernahmeverschuldens aufbürdet. Die Rechtsprechung erwartet von jedem Arzt, dass er seine Kenntnisse und Fähigkeiten bei Übernahme einer Behandlung prüft und einschätzt. Übernahmeverschulden ist immer gegeben, wenn die Kenntnisse und Fähigkeiten des Arztes den objektiven Standard medizinischer Versorgung, der stets der jeweilige Facharztstandard ist, nicht mehr gewährleistet. Übernahmeverschulden liegt bereits vor, wenn ein Arzt eine Behandlung übernimmt, obgleich er mit der neuesten Literatur des für ihn fachfremden Gebietes nicht vertraut ist. Die Anordnung fachüberschreitender Bereitschaftsdienste zwingt daher den für diese Dienste eingeteilten gebietsfremden gewissenhaften Arzt in eine von ihm unverschuldete Konfrontation mit der Klinikleitung, weil er aus seiner Verantwortung gegenüber den Patienten und in Wahrnehmung seiner eigenen berechtigten Interessen die Übernahme dieses Dienstes verweigern müsste. Dass eine solche konsequente Haltung das Dienstverhältnis unerträglich belastet, liegt auf der Hand.

Aus diesen Gründen ist dringend zu wünschen, dass der Beschluss des 108. Deutschen Ärztetages und die Warnungen der medizinischen Fachgesellschaften den Gesetzgeber veranlassen, den aufgezeigten Gefahren entgegenzusteuern.

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin weist weiterhin nachdrücklich darauf hin, dass aus den

gleichen Gründen der Patientensicherheit alle Internistinnen und Internisten unabhängig von einer späteren Subspezialisierung über entsprechende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der allgemeinen Inneren Medizin verfügen müssen. Dies kann über einen festgelegten, strukturierten, qualitätsgesicherten Truncus communis Innere Medizin

in der Weiterbildung im Gebiet Innere Medizin sichergestellt werden. Es gilt in gleicher Weise auch für den hausärztlichen Versorgungsbereich, insofern dort Patienten mit Erkrankungen der inneren Organe betreut werden.

Ärztliche Verordnungsfreiheit

Gemeinsame Stellungnahme der Vorstände der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI)

Der Entwurf des „Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetzes (AVWG)“, das am 15. Dezember 2005 in erster Lesung im Deutschen Bundestag beraten worden ist, enthält nicht akzeptable Eingriffe in die ärztliche Verordnungsfreiheit.

Bei allem Verständnis für notwendige Wirtschaftlichkeitsmaßnahmen haben die Patientinnen und Patienten Anspruch auf eine medizinische Versorgung, die dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht und den medizinischen Fortschritt berücksichtigt, wie es § 2 SGB V definiert. Das setzt voraus, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte ohne Druck vonseiten des Staates ihre Therapiefreiheit zum Wohle der kranken Menschen ausüben.

Strafandrohungen bei Überschreiten einer unabhängig vom individuellen Fall festgelegten Verordnungsmarge gefährden die Unabhängigkeit der Ärzte und die medizinische Versorgung der Patienten.

Die Aussage im Gesetzentwurf, durch die staatlichen Vorgaben solle die Arzneimittelversorgung besser als bisher an dem tatsächlichen medizinischen Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten ausgerichtet werden, ist in dieser Form nicht haltbar. Eine Folge wäre mit Sicherheit eine Verschlechterung der Qualität der Versorgung im hausärztlichen Bereich, in dem die meisten Verordnungen getätigt werden.

*Für den Berufsverband Deutscher Internisten e.V.
Dr. W. Wesiack, Präsident*

*Für die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin
Prof. Dr. W. Seeger, Vorsitzender*

Abgrenzung von Pädiatrie (Kinder- und Jugendmedizin) und Innerer Medizin

Stellungnahme des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM)

Die Definition der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer gemäß Beschluss des 106. Deutschen Ärztetages 2003 in Köln ordnet dem Gebiet Kinder- und Jugendmedizin die ärztliche Betreuung „des Säuglings, Kleinkindes, Kindes und Jugendlichen von Beginn bis zum Abschluss seiner somatischen Entwicklung“ zu. Jenseits dieser Altersgrenze wird für Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen innerer Organe das Gebiet der Inneren Medizin zuständig.

Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin geht davon aus, dass der Abschluss der somatischen Entwicklung in der Regel im 14. bis 16. Lebensjahr vollzogen ist. Jenseits dieser Altersgrenze beginnt damit prinzipiell der Versorgungsauftrag der Inneren Medizin. Allerdings liegen erhebliche individuelle Schwankungen vor, sodass eine absolute Altersgrenze für den Abschluss der somatischen Entwicklung und damit die Abgrenzung zwischen

Pädiatrie und Innerer Medizin biologisch nicht sinnvoll erscheint.

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin hält es für erforderlich, in der Altersphase von 14 bis 18 Jahren im Einzelfall darüber zu entscheiden, ob die

somatische Entwicklung abgeschlossen ist und ein Patient somit eher als Kind bzw. als Jugendlicher oder bereits als Erwachsener zu betrachten und zu behandeln ist. Dabei sind insbesondere auch spezielle angeborene Erkrankungsformen zu berücksichtigen.

Forschungstätigkeit während der Weiterbildungszeit

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

An Universitätskliniken und zunehmend auch an akademischen Lehrkrankenhäusern, die sich mit klinischer Forschung beschäftigen, gewinnt das Problem der Anrechenbarkeit von Forschungstätigkeiten auf die Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin, unabhängig von seiner alten oder neuen Form, zunehmend an Bedeutung. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin hält es für erforderlich, dass Tätigkeiten in der Forschung, sofern sie unter Anleitung oder Betreuung durch den Weiterbildungsbefugten erfolgen, auf die Weiterbildungszeit anrechenbar sind.

Besondere Aspekte der klinischen Weiterbildung an Universitätskliniken und akademischen Lehrkrankenhäusern:

1) An den genannten Kliniken für Innere Medizin erlaubt die strukturierte klinische Lehre eine intensive, patientennahe Weiterbildung in der Inneren Medizin und schafft damit einen Zeitgewinn für die Gesamtweiterbildung der Assistenten. Strukturierte klinische Lehre wird gewährleistet durch die in Weiterbildung befindlichen Assistenten selbst, den in Aus-, Fort- und Weiterbildung erfahrenen Weiterbildungsbefugten, unterstützt durch darin ebenso erfahrene klinische Oberärzte und die Zuhilfenahme häufiger klinischer Weiterbildungsveranstaltungen. An den Universitätskliniken für Innere Medizin und an der Mehrzahl der Lehrkrankenhäuser werden gezielt Weiterbildungskonzepte und Fortbildungsaktivitäten geleistet, durch welche die strukturierte und kontinuierliche Weiterbildung der internistischen Assistenten am Patienten koordiniert, überwacht und sicher intensiviert wird. Hierzu gehören nicht nur die regelmäßigen klinischen Fallvorstellungen, Journal Clubs, Seminarprogramme und Fortbildungsveranstaltungen, sondern auch die enge Vor-Ort-Betreuung der Assistenten bei ihrer klinischen Tätigkeit auf den Stationen, durch die

an Universitätskliniken in der Regel vergleichsweise hohe Zahl an lehrerfahrenen klinischen Oberärzten.

- 2) Angesichts des Charakters der Universitätskliniken und der akademischen Lehrkrankenhäuser als Krankenhäuser der höchsten Versorgungsstufe sind Quantität und oft auch Qualität der dem Internisten zur Verfügung stehenden technischen Untersuchungsverfahren in der Regel sehr hoch. Dies bedeutet einen erhöhten Zugang für die Assistenzärzte zu solchen Verfahren und damit wiederum Zeitersparnis und Intensivierung der Weiterbildung am Patienten.
- 3) Die Tätigkeiten in der klinischen Forschung, insbesondere in der patientennahen oder krankheitsorientierten Forschung, werden in zahlreichen Ländern der EU (so in Großbritannien, den Niederlanden und Italien) auf die Weiterbildungszeit zum Internisten bzw. zum internistischen Spezialisten angerechnet. Diese Rahmenbedingungen werden im Zuge der weitergehenden Anpassung der europäischen Strukturen auch in Deutschland zu berücksichtigen sein.
- 4) Die Tätigkeiten von Assistenzärzten in der vor allem patientenorientierten, aber auch in der krankheits- und grundlagenorientierten klinischen Forschung führt zu deutlich erweitertem pathophysiologischem Verständnis und zu besonders vertieften Kenntnissen im Bereich der Forschungsthematik. Es besteht kein Zweifel daran, dass die Forschungstätigkeit von Assistenzärzten in der Inneren Medizin neben ihrer Bedeutung für den medizinischen Fortschritt und damit für die bessere internistische Krankenversorgung auch eine wesentliche Rolle in der Schaffung klinischer und wissenschaftlicher Kompetenz zur Weiterbildung der nachfolgenden jüngeren Assistenzärzte spielt.
- 5) Zu den geforderten Inhalten und Zielen der Weiterbildung für Innere Medizin gehören „eingehende Kenntnisse, Erfahrung und Fertigkeiten zur

Ätiologie, Pathogenese und Pathophysiologie der internistischen Erkrankungen“. Die hier grundsätzlich bestehenden Defizite in der internistischen Weiterbildung ließen sich durch verschiedene Maßnahmen, am gezieltesten aber durch die persönliche Beteiligung der Ärzte in der Weiterbildung an klinischer Forschung ausgleichen, da hierdurch ein vertieftes Verständnis für die Pathophysiologie internistischer Erkrankungen zu gewinnen ist. Hierfür bestehen an den Universitäts- und akademischen Lehrkrankenhäusern besonders gute Voraussetzungen, da die entsprechende Forschungsinfrastruktur vorhanden ist und unmittelbar ausbildungsrelevant genutzt werden kann. Die Beurteilung der Eignung, die Strukturierung und die Leistungskontrolle dieser wissenschaftlichen Tätigkeit von Assistenzärzten müssen dem Weiterbildungsbefugten der jeweiligen Klinik obliegen.

- 6) Die Ausnutzung der Gesamtweiterbildungszeit an Universitätskliniken wird erhöht durch die Steigerung des Anteils von weiterbildungsrelevanten Arbeiten der Assistenten. Angesichts der größeren Zahl von ärztlichen Mitarbeitern und des Lehrauftrages und damit der aktiven Mitarbeit von Studenten im Praktischen Jahr ist der Anteil von Routineaufgaben an Universitätskliniken und großen akademischen Lehrkrankenhäusern in der Regel geringer, was Freiräume und Zugewinn für die strukturierte Weiterbildung schafft.

Aufgrund der genannten Argumente und Rahmenbedingungen schlägt die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin Folgendes vor:

- 1) In die (Muster-)Weiterbildungsordnung wird aufgenommen, dass bis zu 1 Jahr Forschungstätigkeit unter Anleitung oder Betreuung durch den Weiterbildungsbefugten für Innere Medizin, aber nicht zwangsläufig auf einer Stelle der von diesem geleiteten Institution, als Weiterbildungszeit anerkannt wird.
- 2) Dabei wird es sich in der Regel um patientenorientierte oder krankheitsorientierte klinische Forschung nach den Definitionen der Denkschrift der Deutschen Forschungsgemeinschaft für klinische Forschung von 1999 handeln. In geeigneten Fällen sind aber auch grundlagenorientierte Projekte, die zum Verständnis der Pathophysiologie beitragen, darunter zu subsumieren.
- 3) Die Qualifizierung dieser Forschungstätigkeit als Teil der Weiterbildung obliegt dem Weiterbildungsbefugten.
- 4) Das anrechenbare Jahr muss nicht zwangsläufig in Kontinuität in der Forschung abgeleistet werden, hier ist den inneren Notwendigkeiten des Forschungsthemas und der Struktur der Weiterbildungseinrichtung Raum zu geben.

Entschließung des Vorstandes der DGIM zur Weiterbildungsordnung

Die DGIM hält aktuell folgende Punkte zur Implementierung der neuen Weiterbildungsordnung für unabdingbar erforderlich:

1. Eine klare Strukturierung des für alle Facharzt-kompetenzen im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin verbindlichen Truncus communis in allgemeiner Innerer Medizin in Form eines Curriculums als Grundlage für:
 - die Anerkennung einer Weiterbildungsstätte
 - die Befugnis zur Weiterbildung
 - die Durchführung der Weiterbildung
 - die Qualitätskontrolle der Weiterbildung durch eine Prüfung
2. Eine Vereinheitlichung der Bildungsordnung zu einem Facharzt für Innere Medizin/Gesamte Innere Medizin/Allgemeine Innere Medizin ohne organspezifischen Schwerpunkt in denjenigen Landesärztekammern, die diese Facharztkompetenz zusätzlich zu den in der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer enthaltenen Facharztkompetenzen im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin beschlossen haben.
3. Eine zeitlich begrenzte Anerkennung von Forschungstätigkeit während der Weiterbildung, sofern sie unter der Verantwortung eines Weiterbildungsbefugten durchgeführt wird.

Begründungen

zu 1.:

Jeder Internist muss die allen gemeinsamen Grundlagen der Inneren Medizin, das Wissen um die biologischen Prinzipien der Pathogenese und Pathophysiologie verschiedener Organerkrankungen, die Eigenart internistischen Denkens und Handelns in der Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen der inneren Organe ebenso wie die allgemeinen Methoden der Diagnostik und Therapie in der Inneren Medizin erlernen und entsprechende Kenntnisse und Fähigkeiten in einer qualitätssichernden Prüfung nachweisen.

Die auf Naturgesetze und einen typisch internistisch-ganzheitlichen Ansatz ärztlichen Denkens und Handelns gegründete Einheit der Inneren Medizin muss im Truncus communis in Kenntnisse, Fertigkeiten und Erfahrungen für die praktische ärztliche Tätigkeit an Patienten mit Erkrankungen der Inneren Organe umgesetzt werden.

zu 2.:

Ein Internist mit breit gefächertem, nicht organspezifisch subspezialisiertem Wissen und Erfahrungen

muss zur Versorgung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich erhalten bleiben. Belastbare Erfahrungen hierzu werden sich umso eher einstellen, je einheitlicher eine solche Facharzt-kompetenz Innere Medizin/Gesamte Innere Medizin/Allgemeine Innere Medizin in den einzelnen Landesärztekammern gestaltet wird.

zu 3.:

Klinische Forschung vertieft die in der Weiterbildungsordnung geforderten Kenntnisse in Pathogenese und Pathophysiologie der Inneren Erkrankungen. Die Verbesserung der klinischen Forschung in Deutschland ist eine allgemeine Forderung. Eine Steigerung der Attraktivität einer praktischen ärztlichen Tätigkeit für zukünftige Internistinnen und Internisten wird zu Recht allgemein gefördert. Diese Attraktivität wird jedoch vermindert, wenn dem durch klinische Forschung besonders aktiven Nachwuchs die Forschungstätigkeit insofern zum Nachteil gereicht, als sich die Weiterbildungszeiten bis zum Facharzt Diplom dadurch verlängern.

Zum Ärztestreik an den deutschen Universitätskliniken

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) e.V. und weiterer Fachgesellschaften der Inneren Medizin

1. Solidarität mit den streikenden Klinikärzten

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin und weitere Fachgesellschaften stehen hinter den berechtigten Forderungen der Klinikärzte.

2. Hintergrund

Die Arbeitsbedingungen an deutschen Universitätskliniken haben sich innerhalb der letzten Jahre kontinuierlich verschlechtert:

- zunehmende Inanspruchnahme der Ärzte für verwaltungstechnische Aufgaben zulasten patientenorientierter Tätigkeit
- zunehmende Ausweitung der unbezahlten Überstunden bei gleichzeitiger Reduktion des Einkommens
- abnehmende Freiräume für Forschung sowie für Fort- und Weiterbildung

3. Folgen

Die Diskrepanz zwischen hoher Leistungsbereitschaft der ärztlichen Mitarbeiter und geringer Anerkennung ist nicht spurlos an der Leistungsfähigkeit deutscher Universitätskliniken vorbeigegangen. Sichtbare Folgen sind heute schon:

- zurückgehende Einreichung wissenschaftlicher Beiträge bei nationalen und internationalen Kongressen
- fehlende Medizinergeneration, die in der Lage wäre, Grundlagenwissen in Innovationen für den Patienten umzusetzen
- zunehmender „brain-drain“, das heißt Abwerbung der besten Köpfe der wissenschaftlichen Mitarbeiter ins europäische, aber auch ins außereuropäische Ausland. Die Honorierung der ärztlich wissenschaftlichen Tätigkeit übertrifft dort die aktuelle Situation in Deutschland um den Faktor 2 bis 5.

4. Notwendige Schritte

Diese Ärzte brauchen eine Vertretung, die diese Probleme kennt und versteht, um in dem derzeitigen Tarifkonflikt Gehör zu bekommen.

Wir werden diese junge Ärztegeneration nicht in Deutschland halten und motivieren können, wenn

- ihnen höhere Arbeitszeiten (42 Stunden) ohne vollen Lohnausgleich angeboten werden,
- ihre Gehälter bei finanziellen Notlagen der Kliniken um 10 Prozent gekürzt werden können,
- ihnen die Vorteile anderer Berufsgruppen (Einmalzahlungen, Gehaltsfortzahlungen im Krankheitsfall, Weihnachtsgeld) verweigert werden.

Zusammenfassung

Die DGIM sieht mit Sorge die weitere Entwicklung an den Universitätskliniken und in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und appelliert an alle Beteiligten, die Besonderheiten der Hochschulmedizin und der medizinischen Forschung in Deutschland stärker zu berücksichtigen, als dies in vielen Bereichen derzeit der Fall ist.

Deutsche Gesellschaft für Angiologie (DGA)

Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)

*Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und
Onkologie (DGHO)*

Deutsche Gesellschaft für Infektiologie e.V. (DGI)

*Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensiv-
medizin und Notfallmedizin (DGIIN)*

*Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und
Kreislaufforschung (DGK)*

Gesellschaft für Nephrologie (GFN)

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie (DGP)

Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)

*Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und
Stoffwechselkrankheiten (DGVS)*

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

Dr. Ottfried Zierenberg, Sprecher der Korporativen Mitglieder der DGIM

Tätigkeitsbericht 2005/2006 der Korporativen Mitglieder (KM)

der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)

Die Zusammenarbeit zwischen der DGIM und den KM wurde auch dieses Jahr mit der Veranstaltung von zwei gemeinsamen Symposia fortgesetzt (s. Tabelle). Im Mittelpunkt standen die Auswirkungen des Gesundheits-Modernisierungsgesetzes (GMG) auf die Arbeit von medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften bzw. auf die Arbeit des niedergelassenen Arztes sowie die Versorgung des Patienten. Am Beispiel der wissenschaftlichen Überprüfung von Leitlinien der Fachgesellschaften durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) sowie darauf basierender verbindlicher Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) wurden die Auswirkungen auf die Praxis des niedergelassenen Arztes während

des Herbstsymposiums der Korporativen Mitglieder unter dem Titel „Wer bestimmt die Leitlinien in der Medizin?“ diskutiert. Der Vorsitzende, Herr Prof. Seeger, machte deutlich, dass Leitlinien der Gesellschaften nach EBM-Kriterien erstellt sind und abweichende Interpretationen nur in der Diskussion mit der Fachgesellschaft möglich sind. Außerdem erstellt die Fachgesellschaft Leitlinien, die einen Behandlungskorridor beschreiben, und keine Richtlinien wie der GBA. Diese sind eine Einschränkung der Therapiefreiheit des Arztes bei der gegebenen individuellen Anamnese des Patienten. Diese Einschränkung lehnen DGIM und KM ab.

| Jahr | Jahrestagung (Kongress) | Herbsttagung mit Vorstand und Ausschuss |
|------|--|--|
| 1993 | | Good Clinical Practice „GCP“ |
| 1994 | | Pharmaökonomie |
| 1995 | | Outcomes Research |
| 1996 | | Gentherapie |
| 1997 | Akzeptanz klinischer Arzneimittelforschung in Deutschland – Probleme und Chancen | Medizin und ihre Fachmedien |
| 1998 | Der Einfluss von Evidence Based Medicine (EBM) auf die Medizinische Praxis | Wahrheit in der Medizin |
| 1999 | Arzneimittelsicherheit – Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Ihren Arzt ... – Sind Sie vorbereitet und kennen Sie Ihre Rolle? | Leitlinien in der Inneren Medizin |
| 2000 | Medien und Medizin – Wünsche, Forderungen, Zumutungen | Positivist, Negativist oder Dreiteilungsmodell? |
| 2001 | Pharmakogenetik: Neue Möglichkeiten und Entscheidungshilfen für die individualisierte Arzneimitteltherapie | Pharmasponsoring und klinische Forschung – („Notwendigkeit und juristische Fallstricke“) |
| 2002 | Internet, Arzt und Patient – neue Herausforderungen, neue Chancen | Anwendungsbeobachtungen (AWB) im Spannungsfeld von Wissenschaft und Marketing |
| 2003 | Gene und Medizin – Der Weg zur personalisierten Diagnostik und Therapie | Das Zentrum für Qualität in der Medizin – Chancen für unsere Patienten oder Wege in die Staatsmedizin? |
| 2004 | Standortvorteil Deutschland? Neue Trends in der klinischen Forschung | Wohin führt die Gleichschaltung von Innovation und Imitation? |
| 2005 | Verbessert die Versorgungsforschung die Versorgung? | Wer bestimmt die Leitlinien in der Medizin? |
| 2006 | Nutzenbewertung von Arzneimitteln – Chance oder Risiko? | Der sanktionierte Arzt – zum (Un-)Wohl des Patienten? |

Tabelle 1: Veranstaltungen der Korporativen Mitglieder (KM) der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) von 1993 bis 2006

Ein weiteres Beispiel für die Umsetzung des GMG und die Auswirkungen auf den praktizierenden Arzt wurde beim Symposium der Korporativen Mitglieder während des 112. Internistenkongress 2006 unter dem Thema „Nutzenbewertung von Arzneimitteln – Chance oder Risiko?“ diskutiert. Vertreter von Ärzteschaft, Industrie, Krankenkassen und Patienten diskutierten die Auswirkungen der „Nutzen“-Bewertung durch das IQWiG und deren Umsetzung durch den GBA. Hierbei wurden die noch unscharfen Grundlagen dieser jungen Wissenschaft der Nutzenbewertung beleuchtet und die Schwierigkeit ihrer Übertragbarkeit auf den individuellen Patienten. Insbesondere der Sprecher der Patientenorganisation verwies darauf, dass durch sehr hohe Hürden die Versorgung des Patienten mit neuen Arzneimitteln eingeschränkt werden könnte, bevor das Arzneimittel Wirksamkeit und Verträglichkeit in der täglichen Praxis bewiesen habe. Auch hierbei wurde der fließende Übergang zwischen Rationalisierung und Rationierung deutlich. Patient und Therapeut werden mit den Auswirkungen aber allein gelassen.

Ordentliche Mitgliederversammlung der KM

Im Rahmen der Jahrestagung wurde am 25. April 2006 die 12. ordentliche Mitgliederversammlung durchgeführt. 27 Firmen sind als KM in der DGIM vertreten.

Die anwesenden Mitglieder befürworteten eine weitere intensive Diskussion über der Erstellung von Bewertungen durch das IQWiG bzw. deren Umsetzung durch den GBA, da diese seit dem 1. Mai 06 durch das Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) erneut gesetzlich konkretisiert wurden. DGIM und KM werden sich an einem konstruktiven Diskurs beteiligen.

Die Sprecher und die Mitglieder danken Herrn Prof. Seeger, dem Präsidenten der 112. Jahrestagung, dem Generalsekretär Herrn Prof. H.-P. Schuster sowie Herrn Prof. U. R. Fölsch für die hervorragende Zusammenarbeit und Einbindung der KM bei der Realisierung der Symposien 2005/2006.

Theodor-Frerichs-Preis 2006



Nach einer Nierentransplantation bewirken Abwehrstoffe des Empfängers gegen den Angiotensin-II-Rezeptor häufig eine Abstoßungsreaktion. Für diese grundlegend neuen Erkenntnisse zeichnete die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)

Professor Dr. med. Duska Dragun aus Berlin auf

dem 112. Internistenkongress in Wiesbaden mit dem Theodor-Frerichs-Preis 2006 aus. Der Preis ist mit 20 000 Euro dotiert.

Die Internistin vom Center for Cardiovascular Research an der Charité untersuchte Patienten, die nach einer Nierentransplantation an Bluthochdruck litten. Es zeigte sich, dass deren Blut körpereigene Antikörper gegen den Angiotensin-II-Rezeptor aufwies. Dieses Eiweißmolekül sitzt in den Wänden der

Blutgefäße, reguliert die Gefäßweite und darüber Blutdruck und Salzhaushalt im Körper. Die Antikörper aktivieren diesen Rezeptor. Eine Überstimulation kann zu Bluthochdruck führen. Schließlich können auch die Blutgefäße Schaden nehmen. Völlig neu ist, dass dieser Mechanismus auch bei Abstoßungsreaktionen auf Spenderorgane eine zentrale Rolle spielt und die transplantierte Niere schädigen kann. Die Rolle des Angiotensinrezeptors erforschte Professor Dragun vorwiegend an Ratten.

Darüber hinaus konnte sie zeigen, dass eine Blockade des Rezeptors Organschäden verhindern kann. „Damit liefert ihre Arbeit nicht nur einen wichtigen Beitrag für das Verständnis der Transplantatabstoßung, sondern auch mögliche Behandlungsstrategien“, begründete das Preiskomitee der DGIM die Entscheidung. Denn der Anteil der Patienten, die trotz Dämpfung des Immunsystems die transplantierte Niere im ersten Jahr nach der Operation nicht annehmen, liegt noch immer bei 10 bis 15 Prozent. Diese Patienten sind erneut mitunter jahrelang auf eine Dialyse angewiesen.

Preis für „Prävention in der Inneren Medizin“ 2006



Fachübergreifende Interventionsprogramme können das Körpergewicht und den Blutdruck übergewichtiger Kinder bereits im Grundschulalter senken und ihre körperliche Leistungsfähigkeit steigern. Dies belegen Untersuchungen von **Dr. Christine Graf** von der Deutschen Sporthochschule in Köln. Im Rahmen

des 112. Internistenkongresses verlieh die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) der Wissenschaftlerin für ihre Studien den Präventionspreis. Der Preis ist mit 5 000 Euro dotiert.

Ziel der Arbeit war es herauszufinden, was das Bewegungs- und Ernährungsverhalten von Kindern verbessert. Denn Übergewicht, Bluthochdruck und Diabetes mellitus stellen bereits im Kindesalter bedeutende Risiken für Gefäßerkrankungen im Erwachsenenalter dar. Dazu wertete Dr. Graf die

Daten von 1 678 Grundschulern aus sieben deutschen Grundschulen hinsichtlich des Verhältnisses von Körpergewicht, Bauch- und Hüftumfang und Blutdruck aus. Die Leistungsfähigkeit der Kinder erfasste sie über einen 6-minütigen Dauerlauf. 17,8 Prozent der untersuchten Kinder waren übergewichtig und leistungsschwächer als normal- oder untergewichtige Kinder. Außerdem hatten diese Kinder einen höheren Blutdruck und erhöhten Bauch- und Hüftumfang.

40 übergewichtige Kinder nahmen daraufhin an einem 30-wöchigen Interventionsprogramm teil: Die Kinder kochten zweimal wöchentlich unter Anleitung und trieben 60 bis 90 Minuten Sport. Die Eltern konnten sich an Elternabenden über die Themen „Medizinische Hintergründe“, „Ernährung“, „Verhaltensmodifikation“ und „Familienangebote“ informieren. Nach neun Monaten zeigte sich, dass die übergewichtigen Kinder mithilfe des Interventionsprogramms weniger an Gewicht zunahmen als Kinder ohne Begleitprogramm. Darüber hinaus senkte das Programm den Blutdruck und verbesserte die Ausdauerleistung.

Young Investigators' Award



Für das beste Poster der unter 35-jährigen Autoren verlieh die DGIM **Julia Holle** vom Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, auf dem diesjährigen Internistenkongress den ersten Platz beim Young Investigators' Award. Mit dem Preis prämiiert die DGIM die Arbeit „PR3 induzierte Reifung dendri-

tischer Zellen mit Induktion eines Th1-ähnlichen CD4+-T-Zell-Phänotyps in der Wegener-Granulomatose“.

Auch in diesem Jahr nahm je eine Arbeit aus den jeweiligen Schwerpunktgesellschaften der DGIM am Young Investigators' Award teil. Die Vorauswahl erfolgte durch Gutachter der Schwerpunktgesellschaften.

Die endgültige Auswahl des preiswürdigen Beitrages fand im Rahmen einer Vortragsveranstaltung statt.

Prof. Dr. Werner Seeger, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin 2005/2006

Dr. André Althoff, wissenschaftlicher Sekretär des 112. Kongress der DGIM

Abschließender Kongressbericht

112. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) vom 22. bis 26. April 2006 in Wiesbaden

Der diesjährige 112. Kongress der DGIM, der vom 22. bis 26. April in Wiesbaden stattfand, setzte mit mehr als 8 100 Teilnehmern die Tendenz der vergangenen Jahre fort, dass das Fach Innere Medizin, nach den zurückliegenden Jahren der Hinwendung zu den Schwerpunkten, eine Renaissance als überspannendes Dach erfährt. Längst hat es das Bewusstsein der meisten Internisten erreicht, dass gerade dem Truncus communis dieses vielseitigen Faches eine besondere Bedeutung zukommt, wenn man den Patienten in seiner Gesamtheit erfassen und behandeln will. Ein Bewusstsein, welches sich offenbar auch in den wachsenden Besucherzahlen dieses Kongresses widerspiegelt.

Neben der Tradition brachte dieser Kongress aber sowohl für die Gesellschaft als auch für die Besucher einige Neuerungen mit sich. Unmittelbar nach der 111. Tagung 2005 entschied sich der Vorstand, zukünftig einen professionellen Partner zur technischen Kongressabwicklung zu verpflichten. Nach einem Ausschreibungsverfahren fand sich dieser in Gestalt der m:con – Vision into convention, eine Tochter der Stadt Mannheim, welche bereits seit Jahren sehr erfolgreich die Tagungen der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie betreut. Die Aufgabe von m:con bestand neben der Gestaltung des äußeren Erscheinungsbildes in der technischen Begleitung der Einzelveranstaltungen, der Akquise und Betreuung der unterstützenden Industrie und der Betreuung von Besuchern und Referenten. Trotz der Baumaßnahmen an den Rhein-Main-Hallen und der damit einhergehenden improvisierten Zugangsmöglichkeiten erschien der Eingangsbereich sehr ansprechend und professionell gestaltet.

Die Baumaßnahmen an den Hallen gehen unter anderem auf eine Initiative der DGIM zurück. Bereits seit einiger Zeit zeichnete sich ab, dass die Räumlichkeiten für die Sitzungen des zunehmend größer werdenden Internistenkongresses nicht genügend Kapazität bieten und – wie auch in diesem Jahr – überfüllte Säle zur Regel werden. Um diesem Problem zu begegnen, baut die Stadt Wiesbaden über dem eigentlichen Eingangsbereich

drei weitere Vortragsräume, welche auch der DGIM ab dem kommenden Jahr für den Kongress zur Verfügung stehen werden. Um den Ansprüchen der Zeit gerecht zu werden und auch in Zukunft ansprechende Kongresse gestalten zu können, war es erforderlich, diese Unbequemlichkeiten, ebenso wie die Umgestaltung des Vorplatzes des Kurhauses, unter welchem ein neues Parkhaus entsteht, zu akzeptieren.

Inhaltlich gab es ebenfalls einige Neuerungen. Zu den mehr als 250 Veranstaltungen (s. Tabelle) gehörten die neuen Kategorien Tutorial, Clinical Year in Review und pro/con-Debatte. Bei den 40 einzelnen Tutorials handelte es sich um Frühveranstaltungen (7.15–8.00 Uhr), in welchen jeweils ein für Deutschland exponierter Referent eine Übersicht zu einem speziellen Thema gab und sich im Anschluss den Fragen des Auditoriums stellte. Thematischer



Inhalt etwa der Hälfte dieser Sitzungen waren Leitlinien aus allen Bereichen der Inneren Medizin, welche zusehends den klinischen Alltag bestimmen und vielfach weiterer Erläuterung bedürfen. Der frühe Zeitpunkt stellte sicher, dass interessierte Teilnehmer erschienen und ein störender Saal-

wechsel während der Veranstaltung nahezu ausfiel. Durchschnittlich wurden diese Sitzungen von 50 Teilnehmern besucht, was angesichts der frühen Zeit sehr bemerkenswert ist. Herausragendes Merkmal dieser Tutorials waren die intime Atmosphäre, die Interaktion zwischen Referent und Auditorium und die meist sehr lebhafteste Diskussion.

Bei dem Clinical Year in Review handelt es sich um eine Modifikation der traditionellen Sitzungen am Mittwoch Neues aus den Schwerpunktgesellschaften. Von Montag bis Mittwoch wurde in der Halle 1 jeder Schwerpunktgesellschaft der Inneren Medizin die Gelegenheit gegeben, in einer 90-minütigen Sitzung dem schwerpunktfernen Publikum eine Übersicht der Entwicklungen des letzten Jahres einschließlich neuester „Hot Topic“-Themen aus ihrem Bereich zu geben. Dieses erfolgte in jeweils drei Referaten pro Bereich, in welchen die jeweils wichtigsten Kernthemen des Schwerpunktes herausgearbeitet wurden. Nahezu ausnahmslos wurde diese Veranstaltungsform sehr gut angenommen und die überdimensionierte Halle 1 erschien stets gut gefüllt. Innerhalb der pro/con-Debatten erhielten zwei Referenten jeweils die Gelegenheit, ihre konträren Standpunkte zu erläutern, mit einer konsekutiven Diskussion unter Einbeziehung des



Publikums eine gut besuchte Kategorie mit sehr lebhaften Diskussionen. Besonders hervorzuheben ist die Debatte unter Leitung von Prof. A. D. Ho, Heidelberg, und Herrn V. Stollorz von der FAZ zu dem Thema Stammzellen und Klonen – Biomedizinische Forschung am Standort Deutschland. Ausgewiesene Referenten wie Prof. J.-D. Hoppe von der Bundesärztekammer, Staatssekretär T. Rachel

vom BMBF, Prof. J. Taupitz aus dem Fachbereich Rechtswissenschaften der Uni Mannheim und Prof. O. D. Wiestler vom Vorstand des Deutschen Krebsforschungszentrums, Heidelberg, diskutierten ausgiebig die Facetten der Stammzellforschung und der ihr zugrunde liegenden Gesetzgebung vor großem Publikum.

Die Stammzellforschung gehörte als Teilbereich der regenerativen Medizin mit zu einem der zwei großen inhaltlichen Schwerpunkte des diesjährigen Kongresses. Klassische Therapieziele in der Inneren Medizin umfassen die Prävention von Krankheiten, die Verhinderung einer weiteren Progression und die Verbesserung der Organfunktion bei gegebener struktureller Schädigung. Regenerative Medizin hat darüber hinausgehend zum Ziel, den Wiederaufbau physiologischer Organstrukturen zu erreichen. Denkbar ist dies zum einen über den Weg des Tissue Engineering, welches nach allgemeinem Verständnis die In-vitro-Modellierung neuer Gewebestrukturen mit dem Ziel der nachträglichen Implantation/Transplantation beschreibt. Eine zumindest ebenso große Herausforderung besteht jedoch darin, Prozesse der Strukturregeneration in vivo zu induzieren, sei es durch Stimulation physiologisch angelegter reparativer Mechanismen, durch Mobilisation oder externe Zufuhr konchenmarkständiger Stammzellen oder durch Aktivierung ortständiger Progenitorzellen/Stammzellen mit hoher regenerativer Potenz.

Naheliegender – und gleichzeitig extrem herausfordernd in der Umsetzung – ist hierbei der Gedanke, entwicklungsbiologisch angelegte Programme der Organogenese im adulten Organismus zu reaktivieren, um hierüber das Ziel eines „in-vivo Tissue Engineering“ jenseits der natürlichen Wachstumsperiode zu erreichen. Wie anspruchsvoll solche Programme sein müssen, ergibt sich allein aus der Notwendigkeit, dass hinsichtlich

der meisten Organe morphologisch hoch differenzierte Makro- und Mikrostrukturen entstehen müssen (Morphogenese), wohingegen die Ausbildung von „Zellklumpen“ ohne gesteuerte dreidimensionale Verteilung – ähnlich einer Tumorzellmasse – geradezu zum Verlust der Organfunktion führen würde. Den zweiten inhaltlichen Schwerpunkt bildete die individualisierte Therapie. Nach dem gegenwärtigen

| Bereiche | 2006 [%] | 2005 [%] | 2004 [%] | 2003 [%] |
|-------------------------------|------------|------------|------------|------------|
| Angiologie | 2,0 | 2,6 | 3,3 | 2,0 |
| Endokrinologie | 11,3 | 17,1 | 13,0 | 17,0 |
| Gastroenterologie | 19,5 | 19,1 | 32,0 | 23,0 |
| Hämatologie/Onkologie | 4,2 | 9,0 | 6,5 | 8,0 |
| Intensiv-/Notfallmedizin | 2,3 | 7,0 | 6,0 | 5,0 |
| Kardiologie | 18,1 | 12,2 | 19,0 | 19,0 |
| Pneumologie | 16,7 | 10,7 | 5,4 | 4,0 |
| Rheumatologie | 5,9 | 7,2 | 4,1 | 8,0 |
| Nephrologie | 10,7 | 13,0 | 10,4 | 9,0 |
| Infektiologie | 2,8 | | | |
| Allgemeine Themen | 6,5 | 1,7 | | 2,0 |
| Posterbeiträge absolut | 354 | 345 | 289 | 304 |

Tabelle 1: Posterbeiträge (Anteile der einzelnen Schwerpunktgesellschaften in % (2003–2006))

Stand der „Medizinischen Kunst“ beruhen die Einschätzung der Prognose eines erkrankten Individuums und die Festlegung der Therapieentscheidungen auf evidenzbasierten Kriterien und sind Ergebnisse von Studien an großen Patientenkollektiven. Als solche stellen sie notwendigerweise eine „Mittelwertbetrachtung“ dar, unterfüttert mit Daten zur Streubreite, welche die individuelle Heterogenität reflektieren, liefern aber in der Regel keine Basis für eine „individualisierte Therapie“. Eine nicht allein auf den „Mittelwert“, sondern auf den Einzelfall bezogene Betrachtungsweise wird jetzt schon in Ansätzen umgesetzt, indem wir bei Prognoseabschätzungen und Therapieentscheidungen Komorbiditäten, Komedikationen und andere auf den jeweiligen einzelnen Patienten zutreffende Aspekte einbeziehen. Bei optimaler Nutzung molekularer Zugänge zum Krankheitsgeschehen werden folgende Ebenen zunehmend die Einschätzung des Krankheitsverlaufes und die therapeutische Entscheidungsfindung mitbestimmen: der individuelle genetische Hintergrund und die individuelle molekulare Signatur des Krankheitsgeschehens. Ziel der Berücksichtigung dieser Ansätze ist es, eine „maßgeschneiderte“ Therapie für den individuellen Patienten zu entwickeln, um dessen Therapieansprache zu optimieren und sein Nebenwirkungsprofil zu minimieren. Dieser Ansatz wird nicht nur bei chronischen Erkrankungen zunehmend Raum greifen (z.B. individualisierte Tumortherapie in Abhängigkeit von der molekularen – sich möglicherweise im Krankheitsverlauf ändernden – Signatur der malignen Zellen), sondern unter anderem auch bei intensivme-

dizinischen Krankheitsbildern (z.B. Bedside-Tests auf relevante Biomarker in der Sepsis).

Auf dem Internistenkongress nahmen diese zukunftsorientierten Thematiken einen wichtigen Stellenwert ein und fanden sich in Veranstaltungen fast aller Kategorien wieder. Zum Ausdruck kam dies außerdem durch die Plenarvorträge von Prof. T. Braun vom Max-Planck-Institut für Herz- und Lungenforschung zum Thema Entwicklungsbiologie – Blaupause der regenerativen Medizin, Prof. M. P. Manns von der Medizinischen Hochschule Hannover zum Thema Adulte Stammzellen und Zelltherapie – Nutzung für den Organersatz und Prof. M. Einhäupl, langjähriger Vorsitzender des Wissenschaftsrates zum Thema Zukunft des Wissenschaftsstandortes Deutschland.

Ein drittes und wichtiges Schwerpunktthema des Kongresses war der klinische und wissenschaftliche Nachwuchs in Deutschland und dessen Förderung. Nicht erst durch die Berichterstattung der Presse in der letzten Zeit zum Ärztemangel in den neuen Bundesländern und zur Unzufriedenheit des klinischen Nachwuchses über dem Umgang mit dem Arbeitszeitgesetz und den damit in Zusammenhang stehenden Einkommensverlust wird auch dem letzten Mediziner bewusst geworden sein, dass unsere Gesellschaft auf große Probleme zusteuert, wenn es diesbezüglich kein Umlenken geben wird. Eine Entwicklung, die auch an der Inneren Medizin nicht vorbeigehen wird. Der Kongress sollte insbesondere auch für die jüngeren Kolleginnen und Kollegen attraktiv sein und diese nach Wiesbaden führen.



Der wissenschaftliche Nachwuchs wurde angesprochen durch modifizierte Darstellung wissenschaftlicher Beiträge junger Erstautoren. Für die Postersitzungen wurden, eingebettet in die Industrieausstellung, zwei Posterinseln gestaltet. In jeder dieser runden, offen gestalteten, individuell beleuchteten „Boxen“ hingen 40 bis 50 thematisch gruppierte Poster (📄 Tabelle 1). In einer initialen Poster-Viewing-Time konnten die Poster eingehend studiert werden, um anschließend in strukturierten Poster-Discussion-Sessions besprochen zu werden. Zentraler Aspekt dieser Sitzung war, dass die Vorsitzenden durch eine gemeinsame Diskussion gleichzeitig mehrerer Poster den Austausch zwischen den jungen Wissenschaftlern stimulieren sollten.

Die Teilnehmer des Young Investigators' Award, das jeweils beste Poster eines Autors jünger als 35 Jahre eines jeden Schwerpunktbereiches, erhielten die Gelegenheit, in einem eigenen Symposium ihre Beiträge in einem Referat mit anschließender Diskussion zu präsentieren. Deutlich aufgewertet wurde auch die Ausstattung der Preise des Wettbewerbs. So erhielt in diesem Jahr Frau Dr. J. Holle aus Lübeck 3 000 Euro für den 1. Platz mit der Arbeit PR-3 induzierte Reifung dendritischer Zellen mit Induktion eines Th1-ähnlichen CD4+-T-Zell-Phänotyps in der Wegenerschen Granulomatose. Herr Dr. D. Zecher aus München erhielt 2 000 Euro für den 2. Platz mit der Arbeit Behandlung der Lupusnephritis mit DANN. Inhibition der Interaktion von endogener CpG-DANN mit Tolllike Rezeptor-9 mildert Endorganschäden beim SLE. Und Frau Dr. S. Herold aus Gießen erhielt 1 000 Euro für den 3. Platz mit der Arbeit Influenza A Virusinfektion von Alveolar epithelzellen induziert transepitheliale Mono-

zytenmigration: Einfluss von Chemokinen und Adhäsionsmolekülen.

Neben der Förderung des wissenschaftlichen sollte auch der klinische Nachwuchs durch ein neues Forum angesprochen werden, auf welchem speziell auf die Belange junger Ärzte zu Beginn des Berufslebens eingegangen wurde. Die Chances – Forum für junge Mediziner waren ein Markt der Möglichkeiten, auf dem kompetente Ansprechpartner für individuelle Fragen zu Bewerbung, Jobaussichten, Zukunftsplanung und Absicherung zu finden waren. Neben der eigentlichen Industrieausstellung stellten sich die großen Klinikverbände, die Partner aus der Wirtschaft und der Pharmaindustrie wie auch die

Hilfsorganisationen auf den Chances dar. An deren Ständen konnten die Fragen der Besucher in persönlichen Gesprächen erörtert werden. Themen von übergeordnetem Interesse, wie zum Beispiel die derzeitige Arbeitszeitdebatte, wurden darüber hinaus in einem zentralen Speaker's Corner ausgiebig diskutiert. Erwartungsgemäß erfuhr dieses Forum einen beachtlichen Zustrom.

Die Get-together-Party fand in diesem Jahr nicht in den Rhein-Main-Hallen statt, sondern im Kurhaus Wiesbaden. Die Veranstaltung, zum Teil in denselben Räumlichkeiten wie die Eröffnungsfeier, fand einen enormen Zuspruch. Es konnten 700 Teilnehmer empfangen werden. Eingebettet in die lebhafteste Veranstaltung mit verschiedenen Live-Acts, wurden sowohl die Posterpreise als auch die Preise des Young Investigators' Award in durchaus würdigem Rahmen verliehen. Neben diesen wurden noch weitere Preise im Rahmen des Kongresses verliehen (📄 Tabelle 2).

Zur Programmgenerierung sei noch erwähnt, dass die Ausgestaltung der verschiedensten Sitzungen unter Einbeziehung eines wissenschaftlichen Advisory Boards, aller Schwerpunktgesellschaften und der Kompetenznetze mit Bezug zur Inneren Medizin erfolgte. So wurde ein homogenes Programm geschaffen, welches alle Schwerpunkte der Inneren Medizin berücksichtigte.

Ein weiterer Höhepunkt war die Brennpunktsitzung am Dienstag Vormittag, in der der Präsident des Robert-Koch-Instituts, Prof. R. Kurth, zum Thema Die Renaissance der Infektionskrankheiten: kommt die Influenzapandemie? Stellung bezog.

| Preis | Titel der Arbeit | Preisträger |
|--------------------------------------|--|--|
| Posterpreis Angiologie | Akute Hyperhomocysteinämie nach oraler Methioninbelastung führt zur makro- und mikrovaskulären endothelialen Dysfunktion | Thomas Abahji, Klinikum der Universität – Klinikum Innenstadt, München |
| Posterpreis Endokrinologie | Die nicht-genomische Wirkung des Schilddrüsenhormonrezeptors β im Zytosol führt zur Induktion von Stanniocalcin 1 | Lars C. Möller, Universitätsklinikum Essen |
| Posterpreis Gastroenterologie | Rolle der Leberhilus-Lymphknoten bei Patienten mit Primär sklerosierender Cholangitis (PSC) mit und ohne Cholangiozellulärem Karzinom (CCC) | Gabi Kirchner, Universitätsklinikum Regensburg |
| Posterpreis Hämatologie/Onkologie | Hochdosis-Melphalan Chemotherapie mit autologer Stammzell-Transplantation bei 63 Patienten mit AL Amyloidose: Erfahrungen eines Zentrums | Stefan Schönland, Universitätsklinikum Heidelberg |
| Posterpreis Intensiv-/Notfallmedizin | Kardioprotektion durch Inhibition der Phosphodiesterase 5 in einem Modell der gramnegativen septischen Kardiomyopathie | Ulrich Grandel, Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Gießen |
| Posterpreis Kardiologie | Platypnoe-Orthodeoxie Syndrom nach Pneumonektomie – ein Fallbericht | Dora Kiss, Otto-Wagner-Spital, Wien |
| Posterpreis Pneumologie | Receptor of Activated C Kinase (RACK)1: Funktionelle Bedeutung als neuer Interaktionspartner des BMPRII bei Pulmonaler Hypertonie | Anka Zakrzewicz, Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Gießen |
| Posterpreis Rheumatologie | Betreuung von Schwangerschaften bei Patientinnen mit entzündlich-rheumatischen Systemerkrankungen: Prospektiver Verlauf in einer interdisziplinären Schwangerschaftssprechstunde | Rebecca Fischer-Betz, Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf |
| Posterpreis Nephrologie | Die Interaktion zwischen β-arrestin2 und Nephhrin wird dynamisch durch die Phosphorylierung von Nephhrin Y1193 reguliert und schwächt die Integrität der glomerulären Schlitzmembran | Ivo Quack, Katholisches Marienhospital, Herne |
| Posterpreis Infektiologie | Das am vakuolären Vesikeltransport beteiligte Protein Vac1p reguliert die Virulenz der humanpathogenen Hefe Candida albicans | Kathrin Franke, Fachhochschule Jena |
| Posterpreis Allgemeine Themen | In vivo mikroskopische Bildgebung mittels konfokaler Lasermikroskopie | Been Memadathil, Universitätsklinik Mainz |
| Posterpreis Allgemeine Themen | Modellprojekt – OntoDrug: Befundpräsentation Arzneimittelbewertung | Harald Dormann, Friedrich Alexander Universität, Erlangen |
| Young Investigators' Award, 1. Platz | PR-3 induzierte Reifung dendritischer Zellen mit Induktion eines Th1-ähnlichen CD4+-T-Zell-Phänotyps in der Wegenerschen Granulomatose (WG) | Julia Holle, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Lübeck |
| Young Investigators' Award, 2. Platz | Behandlung der Lupusnephritis mit DANN. Inhibition der Interaktion von endogener CpG-DANN mit Tolllike Rezeptor-9 mildert Endorganschäden beim SLE | Daniel Zecher, Klinikum der Universität München |
| Young Investigators' Award, 3. Platz | Influenza A Virusinfektion von Alveolarepithelzellen induziert transepitheliale Monozytenmigration: Einfluss von Chemokinen und Adhäsionsmolekülen. | Susanne Herold, Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Gießen |
| Theodor-Frerichs-Preis | Rolle des Angiotensin II-Rezeptors bei der vaskulären Rejektion von transplantierten Nieren | Duska Dragun, Charité Berlin |
| Präventionspreis der DGIM | Übergewicht und Adipositas im Grundschulalter – Intervention versus Screening | Christine Graf, Deutsche Sporthochschule Köln |
| Preis der Paul-Martini-Stiftung | Identifizierung und biologische Charakterisierung von neuartigen kardioprotektiven Sphingolipiden als Bestandteil von High-density Lipoproteins (HDL): Bedeutung für Diagnostik und Therapie kardiovaskulärer Erkrankungen | Bodo Levkau, Universitätsklinikum Essen |
| Springer CME-Award Der Internist | Aus der Rubrik „Weiterbildung/Zertifizierte Fortbildung“: Chronische Bronchitis, COPD | Hubertus R. W. Wirtz, Universitätsklinik Leipzig |
| Preis der Medizinischen Klinik | Inhibition des muskarinergen Kaliumionenstroms durch das neue Klasse-III-Antiarrhythmikum KB130015 im Vergleich zu Ibutilide | Rolf A. F. Borchard, Ruhr-Universität Bochum, Herne |
| Walter-Siegenthaler-Preis | Sterblichkeit bei über 75-jährigen Patienten mit akutem ST-Hebungsmyokardinfarkt im klinischen Alltag | Uwe Zeymer, Herzzentrum Ludwigshafen, Ludwigshafen |

Tabelle 2: Verlebene Preise zum 112. Internistenkongress

Ganz im Zeichen unseres langjährigen festen Partners, des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI), stand erneut die Gestaltung des Samstags und des Sonntags. Insgesamt haben 25 Sektionen, Arbeitskreise und Arbeitsgemeinschaften des BDI Ihre Arbeit vorgestellt und deren Inhalte gemeinsam mit dem Publikum vertieft. Parallel hierzu wurden am Wochenende noch Kurse der DGIM und Industrieveranstaltungen veranstaltet. Das wissenschaftliche Hauptprogramm fand mit den oben erwähnten Veranstaltungskategorien an den Kerntagen Montag bis Mittwoch statt.

Einen neuen Weg hat die DGIM auch in Hinsicht auf Promotion für die Gesellschaft und den Kongress eingeschlagen. In Zeiten von E-Commerce, Internetfortbildungen und E-Mail ist es mithilfe der Geschäftsstelle gelungen, über 10 000 E-Mail-Adressen unserer Mitglieder zusammenzutragen und über diese fortlaufend über den Kongress zu informieren. Insgesamt wurden vor dem Kongress zehn Newsletter versandt. Diese sind als Ergänzung der bereits seit einigen Jahren bestehenden Kongresshomepage, der Möglichkeit zur Online-registrierung und der Onlineübermittlung von Poster-Abstracts zu sehen.

Wichtiges Thema dieses Kongresses waren die zu erreichenden Zertifizierungspunkte (CME). Allein für den Besuch des Kongresses konnten bis zu 27 Punkte erreicht werden. Weitere Punkte gab es für den Besuch gesondert zu buchender Kurse und Industrieveranstaltungen. Erstmals erhielten die Besucher die Zertifikate nicht im Nachgang zum Kongress per Post, sondern hatten die Möglichkeit, sich die Bescheinigungen an zahlreichen Selbstbedienungsterminals unmittelbar nach Veranstaltungsbesuch auszudrucken.

Als Bindeglied zwischen der Gesellschaft und der ortsnahen Öffentlichkeit wurden auch auf dieser Tagung erneut die vorbekannten Arzt-Patienten-Seminare durchgeführt. Wie 2005 gab es wieder eine Veranstaltung am Samstag zur Transplantationsmedizin unter Leitung von Prof. H. Geiger, Frankfurt, und ein Seminar zu Diabetes - Update 2006 unter gemeinsamer Leitung von Frau Dr. C. Jaurisch-Hancke, Wiesbaden, und Dr. M. Eckhard, Gießen. Am Sonntag war die dritte Veranstaltung unter Schirmherrschaft der Deutschen Herzstiftung das Seminar Aktuelles zur Behandlung von Herzerkrankungen.

Unser besonderer Dank für die Vorbereitung und Durchführung des Kongresses gilt Frau C. Moog-Brübach, Assistentin des Kongresssekretariats, und den Herren M. Maugé und D. Metzler von m:con – Vision to Convention, die mit großem persönlichen Einsatz zum Gelingen der Veranstaltung beigetragen haben. Danken möchten wir auch der Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin für die tatkräftige Unterstützung in Wiesbaden und hier insbesondere Frau A. Emmel, welche im laufenden Jahr ausschied, Frau O. Menelaou, Frau S. Reintgen, Frau S. Meuser, Frau B. Metzler, Frau C. Luy. Ganz besonders hervorzuheben ist die kompetente und engagierte Unterstützung durch den Generalsekretär der DGIM, Herr Prof. H.-P. Schuster, und den Leiter der DGIM-Geschäftsstelle, Herrn M. Broglie. Mit der Erfahrung, den Kongress bereits erfolgreich durchgeführt zu haben, standen uns zum Austausch die Teams von Herrn Prof. U. R. Fölsch und Herrn Prof. M. Weber zur Verfügung, zu erwähnen sind besonders Herr PD Dr. E. Stüber, Frau B. Paetzold und Frau M. Bach. Ebenso danken möchten wir den Mitgliedern unseres wissenschaftlichen Advisory Boards, welche uns unter anderem bei der Bewertung und Auswahl der eingegangenen Programmvorschläge tatkräftig mit ihrer Expertise unterstützt haben. Namentlich sind dies: Prof. V. Diehl, Prof. H. Haller, Prof. U. Müller-Ladner, Prof. P. Nawroth, Frau Prof. E. Roeb, Frau Prof. R. Strasser, Prof. N. Suttorp und Prof. T. Welte.

Medienarbeit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin 2005/2006

Bericht der Pressestelle der DGIM

Über den Zeitraum der vergangenen zwölf Monate hat die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin den Austausch mit verschiedenen für sie bedeutenden Öffentlichkeiten – so auch mit den Medien – aktiv gepflegt. Im Rahmen ihrer Medien- und Öffentlichkeitsarbeit setzte die DGIM im Jahr 2005/2006 verschiedene, teils völlig neue Akzente. In Zusammenarbeit mit ihrer Pressestelle nahm die DGIM während dieser Zeit aktiv an der öffentlichen wissenschafts- und gesundheitspolitischen Debatte teil.

Vorrangig dabei verfolgtes Ziel blieb es auch 2005/2006, Aufmerksamkeit für den Auftrag der gesamten Inneren Medizin zu schaffen, mittelfristig Meinungen zu prägen und langfristig Einstellungen im Sinne der DGIM zu ändern: Dies betrifft Positionen und politische Entwicklungen aus der Inneren Medizin ebenso wie die medizinisch-wissenschaftliche Bedeutung der Inneren Medizin als integratives Fach. In kontinuierlichen Informationen klärte die DGIM die Medien über Ziele, Vorhaben und Aktivitäten der Gesellschaft auf. Mit Presseveranstaltungen zu speziellen Anlässen bezog sie die Journalisten aktiv in das direkte Gespräch mit den Experten der DGIM ein. Seit diesem Jahr engagiert sie sich außerdem verstärkt für noch mehr Nähe zu ihren Mitgliedern inklusive der Korporativen Mitglieder.

Seit Beginn des Jahres 2006 gibt die DGIM einen elektronischen Newsletter für ihre Mitglieder heraus: „DGIM aktuell“ erscheint quartalsweise und wird per E-Mail an alle Mitglieder versandt, deren E-Mail-Adressen die Geschäftsstelle im Mitgliederverzeichnis führt. Auf schnellem und direktem Weg hält die DGIM so ihre Mitglieder über aktuelle Entwicklungen und Projekte der Fachgesellschaft auf dem Laufenden. Die Konzeption, Koordination und Redaktion von „DGIM aktuell“ liegen in Abstimmung mit dem Generalsekretär bei der Pressestelle der DGIM. Der Newsletter enthält zeitnahe Themen des Präsidenten der DGIM, berichtet über Stellungnahmen, Aktivitäten und Initiativen – wie zum Beispiel die Akademie der Inneren Medizin welche die DGIM vorantreibt. Er informiert außerdem über den aktuellen und künftigen Internistenkongress und stellt fortlaufend Projekte aus dem Bereich der Korporativen Mitglieder der DGIM vor. Darüber hin-

aus erfahren die Leser von „DGIM aktuell“ personelle Neuigkeiten aus der Fachgesellschaft und können sich über DGIM-spezifische Termine auf den neuesten Stand bringen.

In enger Zusammenarbeit mit der Pressestelle bietet die DGIM ihren Korporativen Mitgliedern seit diesem Jahr erstmals die Möglichkeit, sich einmalig in den drei Organen der DGIM, „Der Internist“, „Deutsche Medizinische Wochenschrift (DMW)“ und „Medizinische Klinik“ zu präsentieren. Im Rahmen dieser Selbstdarstellungen erläutern die Firmen ihren Bezug zur Inneren Medizin, ihre Schwerpunkte und Entwicklung, stellen Produkte vor und zeigen Perspektiven für ihre Zukunft auf. Für die heute insgesamt 28 forschenden Arzneimittelfirmen, Geräte und Diätetika herstellenden Firmen und medizinische Fachverlage bietet dies eine neue, eng mit der DGIM verbundene Plattform. Die Pressestelle koordiniert den Austausch zwischen den Firmen und den Redaktionen und stimmt die Erscheinung in den einzelnen Organen ab.

Über ihre Pressestelle pflegt die DGIM beständig Kontakte zu Printredaktionen, Hörfunk, Fernsehen und Nachrichtenagenturen, um die Anliegen, Botschaften und Themen der Fachgesellschaft in die Öffentlichkeit zu transportieren. Vor diesem Hintergrund trat die DGIM im vergangenen Jahr über ihre Pressestelle erneut mindestens einmal im Monat mit Pressemitteilungen zu aktuellen Themen an die Öffentlichkeit. Diese Presseinformationen bezogen sich auf Publikationen der DGIM, neue Erkenntnisse oder neu startende Projekte. Die jeweiligen Meldungen verbreitete die Pressestelle über unterschiedliche Kanäle: sowohl per Post und Fax als auch über Informationsdienste im Internet. Zeitgleich wurden die Meldungen auf der Homepage der Gesellschaft in der Presserubrik eingestellt. Die Themen umfassten beispielsweise Mindestmengen oder die Weiterentwicklung des Truncus communis durch die Schwerpunktgesellschaften. Eine wichtige Rolle spielte dabei auch die konstruktive und klare Unterstützung der Positionen der Krankenhausärzte. Die Pressestelle der DGIM begleitete mit Pressemitteilungen sowohl die offizielle Stellungnahme der DGIM zu den Forderungen der Ärzte als auch die Stellungnahme der DGIM gemeinsam mit den Schwerpunktgesellschaften zum Streik der Ärzte an

deutschen Universitätskliniken. Die Pressestelle informierte aber auch ausgewählte Fachmedien und lokal bedeutsame Presseorgane über Jubiläen, Ehrungen, den Umzug der Geschäftsstelle oder auch das neue Kursprogramm der Akademie. Auch zu sämtlichen von der DGIM verabschiedeten Positionspapieren verbreitete die Pressestelle Meldungen an die Medien. Die Meldungen gaben in Kurzform die Inhalte und Positionen unter anderem folgender Papiere und Stellungnahmen der DGIM wieder: „Patientensicherheit und Bereitschaftsdienst“, „Ärztliche Verordnungsfreiheit“ (AVWG), Anerkennung von „Forschungstätigkeit während der Weiterbildungszeit“ und „Streik der Ärzte an deutschen Universitätskliniken“. Damit lenkte die Pressestelle verstärkt die Aufmerksamkeit von Journalisten und anderen Multiplikatoren auf die Inhalte dieser Stellungnahmen und die Anliegen der DGIM. Darüber hinaus thematisierte die DGIM-Pressestelle die wissenschaftlich-medizinischen Möglichkeiten individualisierter Therapie und evidenzbasierter Medizin sowie das Thema Off-Label Use. Vor allem Letzteres stieß bei den Journalisten auf großes Interesse.

Fester Bestandteil der Pressearbeit der DGIM war auch 2005 das Herbstsymposium der Korporativen Mitglieder. Die im Oktober 2005 direkt im Anschluss an das Symposium zum Thema „Wer bestimmt die Leitlinien in der Medizin?“ stattfindende Presseveranstaltung war sehr gut von Vertretern der Publikums- und Fachmedien aus den Bereichen Print, Hörfunk und Fernsehen besucht. Die Pressestelle der DGIM machte unter anderem durch Meldungen auf die Themenschwerpunkte des Symposiums aufmerksam (z. B.: Nutzen von Leitlinien am Beispiel der arteriellen Hypertonie, DGIM warnt vor Einschränkung der Therapiefreiheit). Mehr als 100 weitere Journalisten nutzten die von der Pressestelle aufbereiteten Unterlagen, was sich in umfassender Berichterstattung auf unterschiedlichen Medienkanälen widerspiegelte. Die Medienresonanz ist in Form von Ausschnittbelegen in einem gesonderten Pressespiegel dokumentiert.

Um die 112. Jahrestagung mit ihrer Themenvielfalt für die Redaktionen planbar zu machen, informierte die Pressestelle der DGIM die Vertreter der Medien bereits im Jahr 2005 über wichtige Termine, Organisatorisches und Highlights. In den Vormonaten des Kongresses wurde diese Arbeit intensiviert: Ab Februar 2006, vor und auch während des Kongresses, hat die Pressestelle die Journalisten in insgesamt 20 Pressemeldungen über ausgewählte Kongressthemen informiert. Dadurch konnte die

Pressestelle der DGIM die Aufmerksamkeit der Journalisten auf besondere, medienrelevante Aspekte des Kongressprogramms lenken und ausgewählte Themen aktiv platzieren. Im Vorfeld des Kongresses informierte die Pressestelle in diesem Jahr neben den wissenschaftlichen Themen der DGIM verstärkt auch über aktuelle organisatorische Neuerungen, die sich durch die neue Kongressorganisation der DGIM und moderne Kongresskonzepte ergaben.

Der 112. Internistenkongress wurde von der Presse außerordentlich intensiv wahrgenommen: Etwa 480 Medienvertreter besuchten die Tagung in den Rhein-Main-Hallen. Für die Schwerpunkte individualisierte Therapie und regenerative Medizin zeigten die Medien schon im Vorfeld des Kongresses reges Interesse. Dazu gehörten Journalisten der lokalen wie überregionalen Medien, von speziellen Fachzeitschriften, allgemeinen medizinischen Fachzeitschriften, von der Tagespresse und Publikumszeitschriften, Hörfunk, Fernsehen sowie Nachrichtenagenturen. Die DGIM veranstaltete im Rahmen des Kongresses insgesamt fünf Pressekonferenzen, die sehr gut besucht waren. Die Resonanz in den Medien spiegelt das große Interesse der Öffentlichkeit am Internistenkongress wider: Allein 42 Meldungen gingen über die Ticker der Nachrichtenagenturen. Leitmedien wie die Frankfurter Allgemeine Zeitung und DIE ZEIT griffen die Themen des Kongresses in mehreren Beiträgen auf. Darüber hinaus berichteten zahlreiche Hörfunk- und Fernsehsender. Fachzeitschriften wie die „Medical Tribune“ sowie die „Ärzte Zeitung“ dokumentierten den Kongress nahezu lückenlos. Außerdem nutzen zahlreiche in den Rhein-Main-Hallen ausstellende Firmen unter Koordination der Pressestelle die Präsenz so vieler wichtiger Medienvertreter auf dem Internistenkongress für ihre Medienarbeit und luden Journalisten zu zahlreichen Veranstaltungen ein.

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

Pressestelle der DGIM, Anne-Katrin Döbler, Stuttgart

Aus der Bundesärztekammer

Förderung der Versorgungsforschung durch die Bundesärztekammer

F. Bäsler, J. Berger, P. C. Scriba

■ Definition der Versorgungsforschung

Stark bestimmt durch die Entwicklung der Public-Health-Disziplinen und sozialwissenschaftlichen Methoden hat sich in Deutschland in den letzten Jahren die Versorgungsforschung als neuer Zweig der Gesundheitswissenschaften akademisch etabliert und zugleich in der Politikberatung an Einfluss gewinnen können.

Zum Begriff der Versorgungsforschung existieren inzwischen viele Definitionen. Eine kurze Definition lautet: „Versorgungsforschung ist die wissenschaftliche Untersuchung der Versorgung von Einzelnen und der Bevölkerung mit gesundheitsrelevanten Produkten und Dienstleistungen unter Alltagsbedingungen“. Gegenstand der Versorgungsforschung ist die „letzte Meile“ des Gesundheitssystems, also die Kranken- und Gesundheitsversorgung unter den tatsächlichen Bedingungen der täglichen ärztlichen Routine. Die Makroebene des Gesundheitswesens mit ihren gesundheitspolitischen und volkswirtschaftlichen Vorgaben wird als Rahmenbedingung dieser letzten Meile betrachtet. Die Versorgungsforschung nimmt für sich in Anspruch, einen wesentlichen Beitrag zur Entwicklung von Lösungskonzepten für die notwendige Umstrukturierung des Gesundheitssystems zu leisten. Hierbei ist eine auf das deutsche Gesundheitssystem ausgerichtete Forschung notwendig, da die Übertragbarkeit ausländischer bzw. internationaler Studien auf deutsche Verhältnisse wegen direkter struktureller Einflüsse von unterschiedlichen Gesundheitssystemen auf die Versorgungsrealität nur sehr eingeschränkt oder überhaupt nicht möglich ist.

Eine Versorgungsforschung im Sinne einer Gesundheitssystemforschung macht die durch politische Entscheidungen bestimmte Versorgungsrealität selbst zum Forschungsgegenstand. Auf Grundlage dieses Selbstverständnisses wird Versorgungsforschung zum Instrument der wissenschaftlichen Politikberatung.

■ Beschlusslage Deutscher Ärztetag

Der Deutsche Ärztetag hat schon frühzeitig die Bedeutung der Versorgungsforschung erkannt. So stellte schon der Außerordentliche Deutschen Ärztetag 2003 fest, dass eine Beschreibung der Versorgungsstandards im deutschen Gesundheitswesen zwingend geboten ist. Der Deutsche Ärztetag 2004 konkretisierte die Bereitschaft der Ärzteschaft, sich auf diesem Gebiet zu engagieren:

„Besonders, wenn Ressourcen knapp sind, braucht Gesundheitspolitik eine solide wissenschaftliche Grundlage. Der Deutsche Ärztetag bekräftigt den Willen der Ärzteschaft, sich am Aufbau einer wissenschaftlichen Versorgungsforschung zu beteiligen.“

Dieser Ankündigung folgten konkrete Taten: Auf dem 108. Deutschen Ärztetag 2005 wurde eine Förderinitiative zur Versorgungsforschung mit großer Mehrheit der Delegierten beschlossen. Zur Förderung der Versorgungsforschung wurden für einen Zeitraum von sechs Jahren Fördermittel in Höhe von jährlich 750 000 Euro zur Verfügung gestellt. Diese richtungweisende Entscheidung verdeutlicht die hohen Erwartungen der verfassten Ärzteschaft an die Versorgungsforschung. Der Beschluss hat Signalwirkung und soll nach Scriba eine „regelmäßige Finanzierungslawine von Seiten der Ministerien und Kassen“ auslösen.

■ Rahmenkonzept zur Förderung der Versorgungsforschung

Zur Vorbereitung einer eigenständigen Förderinitiative der Bundesärztekammer wurde im Juli 2003 eine erste Expertenanhörung durchgeführt. Wesentlich erschien eine direkte Projektförderung ohne die Implementierung zusätzlicher Strukturen zur Förderung der Versorgungsforschung. Ein rein indikationsbezogener Förderansatz wurde von den Experten als nicht nachhaltige Förderstrategie bewertet. Gleichzeitig wurde seit dieser Anhörung eine enge Kooperation mit der Arbeitsgemeinschaft der Medizinisch Wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF) etabliert.

Zur weiteren Konkretisierung der Förderinitiative wurde 2004 ein „Arbeitskreis Versorgungsforschung“ beim Wissenschaftlichen Beirat berufen.

| Projektarten | maximale Förderdauer | max. Fördersumme |
|---|----------------------|------------------|
| I. Projekte zu den drei Themenfeldern | 3 Jahre | € 200 000 |
| II. Querschnittsprojekte z. B. internationaler Vergleich, „Jahrbuch Versorgungsforschung“ | 2 Jahre | € 50 000 |
| III. kleinere Einzelprojekte/ Kurzgutachten/Expertisen z. B. zu spezifischen aktuellen Themen, zur Vorbereitung neuer Themenfelder | 1 Jahr | € 10 000 |

Tabelle 1: Projektarten der Förderinitiative

- Einfluss der Ökonomisierung der stationär und ambulant erbrachten ärztlichen Leistung auf die Patientenversorgung und die Handlungsfreiheit der ärztlichen Tätigkeit
- Implementierung von Leitlinien in den ärztlichen Alltag
- Wechselwirkung zwischen arztseitigen Faktoren und Versorgungsrealität (sog. „Physician factor“)

Tabelle 2: Themenfelder der „Förderinitiative Versorgungsforschung“ der Bundesärztekammer
Quelle: „Rahmenkonzept zur Förderung der Versorgungsforschung“ des Arbeitskreises Versorgungsforschung beim Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer (vgl. <http://www.bundesaerztekammer.de>)

Dieser erarbeitete das Rahmenkonzept zur Förderung der Versorgungsforschung als Beschlussgrundlage für den 108. Deutschen Ärztetag.

Das Rahmenkonzept sieht drei unterschiedliche Typen von Projekten vor. Neben Hauptprojekten mit einer Förderdauer von bis zu drei Jahren (Typ-I-Projekte) sollen auch Querschnittsprojekte bearbeitet werden (Typ-II-Projekte) und zusätzlich z. B. durch Kurzgutachten und Expertisen (Typ-III-Projekte) flexibel und kurzfristig auf aktuelle Entwicklungen reagiert werden. Die Charakteristika der einzelnen Projektarten sind in Tabelle 1 dargestellt.

Zur Eingrenzung des Fördergegenstandes wurden im Rahmenkonzept Themenfelder festgelegt. Fördergegenstand sind demnach grundsätzlich nur Projekte, die Fragestellungen auf diesen Feldern bearbeiten. Die Eingrenzung auf Themenfelder ermöglicht es einerseits, die Projektmittel so einzusetzen, dass nachhaltige Impulse zur Weiterentwicklung der Versorgungsforschung gegeben werden. Andererseits bieten sie einen hinreichend flexiblen Rahmen, um gegebenenfalls auch kurzfristig auftretende Fragestellungen in die Förderinitiative integrieren zu können.

Als initiale Themenfelder wurden nach der Dringlichkeit der zugrunde liegenden Problematik und der Erfolgswahrscheinlichkeit ihrer Bearbeitung ausgewählt (☞ Tabelle 2)

Das Themenfeld „Einfluss der Ökonomisierung der stationären und ambulanten ärztlichen Leistung auf die Patientenversorgung und die Freiheit der ärztlichen Tätigkeit“ beinhaltet die Beobachtung und Evaluation der aus der Umstellung der Finanzierung von Gesundheitsleistungen resultierenden Veränderungen hinsichtlich der Versorgungsangebote, der Versorgungsinhalte und insbesondere der Versorgungsergebnisse und stellt damit aktuelle Umstrukturierungen im deutschen Gesundheitswesen in den Fokus der Förderinitiative.

Das Themenfeld „Implementierung von Leitlinien in den ärztlichen Alltag“ stellt die Verbindung zur Qualitätssicherung ärztlicher Leistungen dar, bietet breite Anknüpfungspunkte an die Evidence Based Medicine und stellt den Transfer von Ergebnissen der Wissenschaft in die ärztliche Praxis in den Mittelpunkt der Betrachtungen. Der Praxisbezug der Versorgungsforschung wird durch die Wahl dieses Themenfeldes besonders herausgestellt.

Schließlich bietet das Themenfeld „Physician factor“ in besonderer Weise die Möglichkeit, die Beeinflussung der Behandlungsergebnisse durch arztseitige Faktoren (z. B. Berufszufriedenheit, nichtmonetäre und monetäre Leistungsanreize) zu untersuchen.

Konkretisierungsphase

Zur Umsetzung des Beschlusses des 108. Deutschen Ärztetags wurde als Steuergremium eine „Ständige Koordinationsgruppe Versorgungsforschung“ (SKV) eingesetzt, die eine Konkretisierung der Themenfelder des Rahmenkonzepts sowie die Auswahl, Begleitung und Erfolgskontrolle der einzelnen Förderprojekte näher bestimmte. Die Ständige Koordinationsgruppe Versorgungsforschung ist paritätisch mit Vertretern der Vertrags- und Klinikärzte besetzt. Die Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften ist durch mehrere Mitglieder in der SKV vertreten, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und u. a. das Bundesministerium für Bildung und Forschung haben in diesem Steuergremium Gaststatus.

Die SKV entschied sich im Einvernehmen mit dem Vorstand der Bundesärztekammer für ein zweistufiges Ausschreibungsverfahren zur Auswahl geeigneter Förderprojekte.

Zunächst wurden im September 2005 Antragsteller zur Einreichung von Projektskizzen aufgefordert. In einem aufwendigen Begutachtungsverfahren wurde im November 2005 aus den insgesamt 171 eingereichten Projektskizzen eine erste Auswahl getroffen. Daraufhin wurden In der zweiten Stufe des Auswahlverfahrens 36 Antragsteller aufgefordert, einen ausführlichen Projektantrag einzureichen, 6 Antragsteller erhielten aufgrund zu erwartender methodischer und inhaltlicher Synergien die Auflage, ihren ausführlichen Projektantrag mit einem der anderen Anträge zu verbinden.

Aus den 33 eingereichten ausführlichen Projektanträgen wurden im März 2006 die zu fördernden Forschungsvorhaben ausgewählt. Eine hohe methodische Qualität der Anträge war Grundbedingung für eine positive Auswahlentscheidung. Darüber hinaus war eine hinreichende Berücksichtigung der

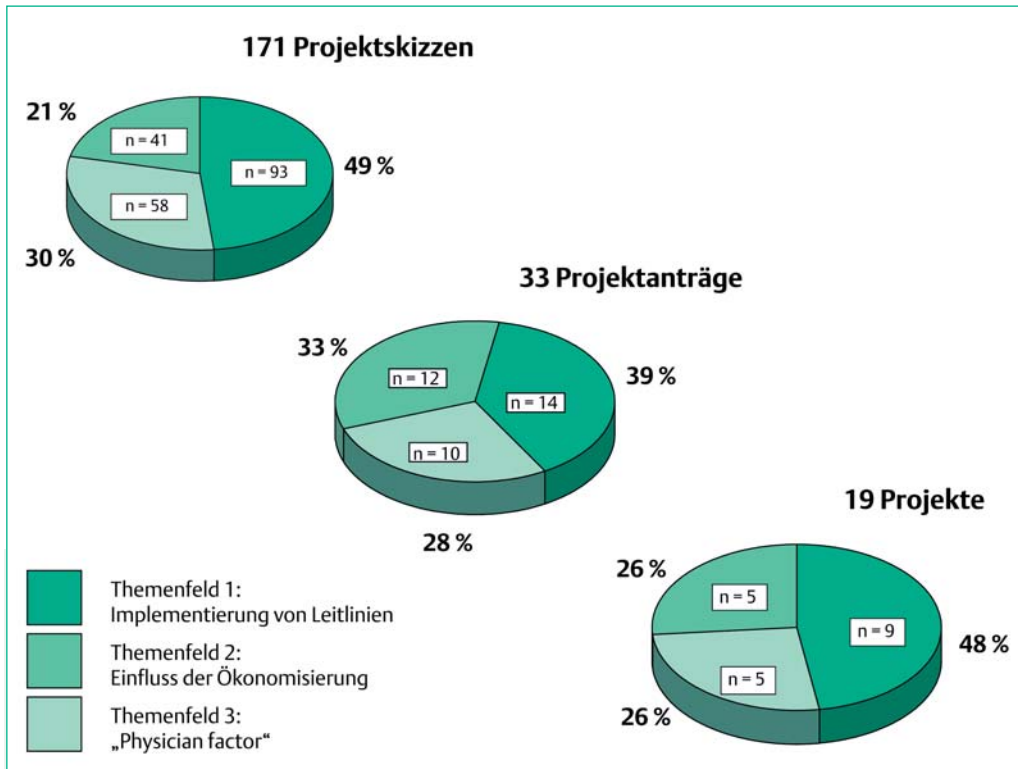


Abbildung 1: Verteilung der ausgewählten Projektskizzen, Projektanträge und zur Förderung empfohlenen Projekte auf die ausgeschriebenen Themenfelder [Mehrfachnennungen möglich]

Patientenorientierung bzw. der ärztlichen Perspektive das entscheidende Auswahlkriterium, um ein hohes Transferpotenzial der Ergebnisse zugunsten der Patientenversorgung zu gewährleisten. Nach Bestätigung der Auswahlentscheidung durch den Vorstand der Bundesärztekammer werden aktuell Vertragsverhandlungen mit den ausgewählten Antragstellern geführt.

Abbildung 1 gibt einen Überblick über die Verteilung der Anträge über die ausgeschriebenen Themenfelder im Verlauf der verschiedenen Auswahlsschritte.

Zielsetzung der Förderinitiative

Die Initiative der Bundesärztekammer hat das Ziel einer Impulssetzung zur Förderung der Versorgungsforschung unter Berücksichtigung der spezifischen ärztlichen Perspektive. Versorgungsforschung, die sich nicht schwerpunktmäßig dem konkreten ärztlichen, d. h. patientenorientierten Handeln widmet, wird den Erwartungen des Deutschen Ärztetages nicht gerecht.

Durch die Förderung von Projekten mit Modellcharakter sowie der Implementierung eines Netzwerkes von Forschergruppen, Forschungsförderern und Akteuren im Gesundheitswesen soll zur inhaltlichen Weiterentwicklung der Versorgungsforschung beigetragen werden.

Der Mehrwert eines finanziellen Engagements der Ärzteschaft im Bereich der Versorgungsforschung ergibt sich u.a. aus der Möglichkeit, durch eine qualitativ hochwertige Versorgungsforschung weniger unabhängige wissenschaftliche Beratung in ihre Schranken zu weisen.

Aus Sicht der Bundesärztekammer haben Erkenntnisse der Versorgungsforschung Einfluss auf alle Verantwortungsebenen im Gesundheitswesen. Neben stationär und ambulant tätigen Ärzten sollen die Partner der Selbstverwaltung und die politischen Entscheidungsträger in Bund und Ländern die Ergebnisse der Versorgungsforschung aufgreifen und als rationalen Beitrag für eine verbesserte Patientenversorgung einsetzen. Die Herausforderungen zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens machen Kooperationen mit allen Akteuren im Gesundheitssystem – insbesondere unter Einbeziehung der Selbstverwaltungspartner – zur Förderung der Versorgungsforschung notwendig.

Korrespondierender Autor

Dr. med. Frieder Bäsler
Bundesärztekammer
Dezernat VI
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin
E-Mail: Frieder.Baesler@baek.de

Impressum

Herausgeber

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

Redaktion

Georg Thieme Verlag
Rüdigerstraße 14
70469 Stuttgart

Grafik und Layout

Katja Wieland
Katja.Wieland@thieme.de

Titelbild

Christel Dern, „Verletzung“

Druck

Druckerei Raisch GmbH + Co. KG, Reutlingen

Preisausschreibungen 2007

Theodor-Frerichs-Preis 2007

Der Preis wird von der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin für die beste vorgelegte deutsche, möglichst klinisch-experimentelle Arbeit auf dem Gebiet der Inneren Medizin verliehen. Er ist mit 20 000 Euro dotiert. Die Arbeit in deutscher oder englischer Sprache darf in der vorliegenden Form nicht früher als 1 Jahr vor dem Jahr der Bewerbung 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.

Bewerber werden gebeten, ihre Arbeit in **fünffacher Ausfertigung** unter Angabe eines Kurztitels, Angabe der Anschrift und Angabe des Geburtsdatums **bis zum 15. Oktober 2006** an den

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin
Prof. Dr. med. H.-P. Schuster
Irenenstraße 1, 65189 Wiesbaden

unter Beifügung einer einseitigen Zusammenfassung einzureichen.

Die Verleihung des Preises erfolgt anlässlich der Eröffnungsfeier der 113. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin 2007 in Wiesbaden.

Preis für „Prävention in der Inneren Medizin“ 2007

Die Deutsche Stiftung Innere Medizin verleiht einen Preis für die beste aus dem deutschsprachigen Raum vorgelegte Arbeit auf dem Gebiet der Primär- und Sekundärprävention innerer Erkrankungen. Der Preis wurde von Herrn Prof. Dr. D. Klaus, Dortmund, gestiftet. Für den Preis werden Arbeiten über die Prävention innerer Erkrankungen berücksichtigt. Sowohl experimentell erzielte Ergebnisse als auch epidemiologisch interessante Fragestellungen, sofern sie die Prävention innerer Erkrankungen zum Inhalt haben, kommen für die Preisverleihung in Betracht.

Der Preis ist mit 5 000 Euro dotiert. Die Arbeit darf weder in der vorliegenden Form noch in ihrem wesentlichen Inhalt bisher veröffentlicht worden sein oder an einem ähnlichen Wettbewerb teilgenommen haben. Literaturbesprechungen sind auf das zum Verständnis des Themas unbedingt notwendige Maß zu beschränken.

Bewerber werden gebeten, ihre Arbeit in **dreifacher Ausfertigung** unter Angabe eines Kurztitels und Angabe des Geburtsdatums bis zum **15. November 2006** an den

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin
Prof. Dr. med. H.-P. Schuster
Irenenstraße 1, 65189 Wiesbaden

unter Beifügung eines kurzen Autorreferates einzureichen. 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.

Die Verleihung des Preises erfolgt während der 113. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin 2007 in Wiesbaden.





Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Irenenstraße 1 • 65189 Wiesbaden

Telefon: 0611/2 05 80 40-0 • Fax: 0611/2 05 80 40-46

E-Mail: info@dgim.de • Internet: www.dgim.de

Rückantwort



Deutsche Gesellschaft für
Innere Medizin e.V.
Postfach 21 70
65011 Wiesbaden



0611/2 05 80 40-46



www.dgim.de

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. zum

1. Januar 1. Juli (Halbjahresbeitrag)

Frau Herr Titel: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Privatanschrift:

Straße: _____

PLZ: _____

Wohnort: _____

E-Mail: _____

Telefon (privat): _____

Telefon (dienstl.): _____

Mobil: _____

Dienstanschrift:

Einrichtung: _____

Straße: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Anschrift für Aussendungen (DGIM e.V.)/Zeitschriften: Privatanschrift Dienstanschrift

Derzeitige Dienststellung **:

- Chefärztin/-arzt (€ 160,-)
- Oberärztin/-arzt (€ 160,-)
- Niedergelassene(r) Ärztin/Arzt (€ 160,-)
- Ärztin/Arzt in leitender Position (€ 160,-)
- Ärztin/Arzt in nicht leitender Position (€ 75,-)
- Assistenzärztin/-arzt (€ 75,-)

(* * Änderungen zu meinem Status teile ich der DGIM mit.)

FA für Innere Medizin

FA für Innere Medizin und Schwerpunkt:

- Angiologie
- Endokrinologie und Diabetologie
- Hämatologie und Onkologie
- Gastroenterologie
- Kardiologie
- Nephrologie
- Pneumologie
- Rheumatologie
- _____

FA für Allgemeinmedizin

Einzugsermächtigung (nur mit deutscher Bankverbindung möglich)

Ich ermächtige die DGIM e.V., die fälligen Mitgliedsbeiträge von folgender Bankverbindung einzuziehen:

Institut: _____

BLZ: _____

Konto-Nr.: _____

(Diese Ermächtigung hat so lange Gültigkeit, bis sie der DGIM gegenüber schriftlich widerrufen wird.)



Ort, Datum/Unterschrift

