



Editorial



Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, liebe Mitglieder,

in meinen „Presidential News“ habe ich mir erlaubt, Ihnen einige persönliche Gedanken zur

Einheit von Forschung, Lehre und Krankenversorgung an den Universitätskliniken Deutschlands vorzustellen. Der „Königsweg“ ist noch nicht gefunden, wie klinische Maximalversorgung, international kompetitive Forschung und praxisnahe Lehre unter Beachtung ökonomischer Zwänge zu meistern sind. Flache Hierarchien und Arbeitsteilung sind wichtig, um motiviert, engagiert und insbesondere gerne zur Arbeit zu gehen. Aber auch flache Hierarchien benötigen einen „Steuermann“.

Hendrik Lehnert hat die Jahrestagung unserer Gesellschaft mit seiner Lübecker Mannschaft sehr erfolgreich gestaltet. Sein Kongressmotto „Lebensphasen“ wird zweifelsfrei weiterhin für die innere Medizin aktuell bleiben. Die kompakte und übersichtliche Kongressstruktur hat sich überdies bewährt.

Mancher wird vielleicht kritisch fragen, ob durch Zertifizierungen, Zentrumsbildungen und Leitlinien die Qualität der medizinischen Versorgung so verbessert wird, dass sich der Zeitaufwand lohnt. Die Messung der Ergebnisqualität ist aberoft schwierig und die Ergebnisse sind komplex. Das Gespräch mit Günter Ollenschläger zur Qualitätssicherung in der Medizin ist daher lesenswert.

Der Vorstand der DGIM ist sich mit vielen insbesondere unserer jüngeren Mitgliedern einig, dass Frontalunterricht, Lehrbuch oder die gedruckte Fachzeitschrift allein den heutigen Wünschen nach Information und Fortbildung nicht mehr gerecht werden. Wir haben daher unter der Leitung unseres Generalsekretärs, Ulrich R. Fölsch, eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die sich der Umsetzung des „e-learning“ widmet.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Ihr

Professor Dr. med. Joachim Mössner
Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft
für Innere Medizin (DGIM)

Inhalt

3/2011

Editorial

DGIM – Presidential News

Ist die Einheit von Forschung, Lehre und Krankenversorgung noch zeitgemäß?

Dem Humboldt'schen Bildungsideal liegt die Einheit von Forschung und Lehre an Universitäten zugrunde. In der Medizin kommt zudem noch als dritte Säule die Krankenversorgung hinzu. Der neue DGIM-Vorsitzende

Professor Mössner diskutiert in diesen Presidential News die Schwierigkeiten, dieses Ideal heute an Unikliniken zu vereinen und spricht sich für Teamarbeit zwischen Spezialisten aus.

DGIM – aktiv

Im Gespräch: Professor Günter Ollenschläger über Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung

Seit 15 Jahren entwickeln das Ärztliche Zentrum für Qualitätssicherung (ÄZQ) und die Arbeitsgemeinschaft medizinisch-wissenschaftlicher Fachgesellschaften Leitlinien in der Medizin. Ob diese medizinischen

Standards die Qualität der Versorgung sichern und verbessern und wie Leitlinien entstehen, erläutert der Leiter des ÄZQ Professor Ollenschläger im Interview.

Ergebnisse der DGIM-Umfrage zu e-Learning

Das Ergebnis einer Online-Befragung der DGIM zum Thema e-Learning und anderen relevanten Aufgaben der Fachgesellschaft ist eindeutig: Die Mitglieder sind sehr zufrieden. Die DGIM verspricht sich von den Rück-

meldungen vor allem einen Mehrwert für die Teilnehmer selbst. Wie die DGIM dieses Feedback für ein erweitertes Mitgliederangebot nutzen möchte, kommentiert der neue Generalsekretär Professor Fölsch.

DGIM – Kongress

Rückblick auf den 117. Internistenkongress in Wiesbaden

Vom 30. April bis 3. Mai 2011 hat traditionell in Wiesbaden die wichtigste Veranstaltung der Fachgesellschaft stattgefunden: der Internistenkongress. An den vier Kongresstagen bildeten sich rund 8000 Internisten aus allen

Fachrichtungen fort und diskutierten neueste Forschungsergebnisse und Trends in der Therapie.

DGIM – Korporative Mitglieder

Frühjahrssymposium: Machen nicht interventionelle Studien Medikamente sicherer?

Ob Studien mit bereits zugelassenen Arzneimitteln sinnvoll sind, die Qualität medikamentöser Therapien erhöhen oder ob sie vor allem dem Pharma-Marketing Vorschub leisten, diskutierten Wissenschaftler und Vertreter aus

Gesundheitswesen und Industrie auf dem Frühjahrssymposium der Korporativen Mitglieder der DGIM.

Termine

Personalia

Presseschau

Impressum

DGIM – Presidential News

Ist die Einheit von Forschung, Lehre und Krankenversorgung noch zeitgemäß?

Kontakt:

Professor Dr. med. Joachim Mössner
 Universitätsklinikum Leipzig AÖR
 Department für Innere Medizin,
 Neurologie und Dermatologie
 Direktor der Klinik und Poliklinik
 für Gastroenterologie
 und Rheumatologie
 Liebigstr. 20
 04103 Leipzig
 Tel.: +49 (0)341 97-12200
 Fax: +49 (0)341 97-12209
 E-Mail: moej@medizin.uni-leipzig.de
 www.dgim2012.de

„Unter dem humboldtschen Bildungsideal versteht man die ganzheitliche Ausbildung der Künste in Verbindung mit der jeweiligen Studienfachrichtung. Dieses Ideal geht zurück auf Wilhelm von Humboldt, der in der Zeit der preußischen Rekonvaleszenz auf ein erstarken des Bürgertum setzen konnte und dadurch den Anspruch auf Allgemeinbildung förderte. Heutzutage bezeichnet der Begriff oft die zentrale Idee der Einheit von Forschung und Lehre an Universitäten und verschiedenen anderen Hochschulen (etwa im Unterschied zu reinen Lehrprofessuren ohne Forschungsaufgaben)“ (Wikipedia 2011).

Es ist unstrittig, dass ein aktiver Forscher auf seinem Gebiet seinen Studierenden aktuelleres Wissen lehren kann als ein Lehrer, der sein Wissen aus Publikationen in Zeitschriften oder Büchern bezieht. Ein Wissenschaftler mit didaktischen Fähigkeiten wird auch eher Studierende für sein Fach begeistern und wissenschaftlichen Nachwuchs für seine Arbeitsgruppe finden als ein zwar exzellenter Wissenschaftler, der sein Wissen jedoch nicht vermitteln kann. Das humboldtsche Bildungsideal impliziert die Freiheit von Forschung und Lehre ohne Einfluss des Staates. Die Einhaltung dieses Ideals ist in der Medizin sicherlich für die vorklinischen Fächer

einfacher als für die klinischen, weshalb Wissenschaftler an Instituten außerhalb medizinischer Fakultäten, zum Beispiel Max-Planck-Institute, oft erfolgreicher sind.

In der klinischen Medizin gibt es neben Forschung und Lehre noch eine dritte Säule „Krankenversorgung“ und seit schon geraumer Zeit eine vierte: „Bürokratie.“ Als interventioneller Kardiologe oder Gastroenterologe manuelle Geschicklichkeit mit optimaler DRG-Verschlüsselung der entlassenen „Fälle“ zu vereinbaren, Zeit zu haben für eine wirklich internistische Anamnese und klinische Untersuchung, zeitnahe Untersuchungstermine für seine Patienten zu finden, Krankenkassenanfragen zu beantworten, Zeit zu haben, um am Nachmittag mit seinen Doktoranden, Diplombiologen und medizinisch-technischen Assistenten im Labor Experimente zu besprechen, klinische Studien zu akquirieren und erfolgreich durchzuführen, Zeit zu haben für Kongressbesuche, informiert zu bleiben durch Lesen aktueller wissenschaftlicher Literatur ... und da war doch noch etwas, ach ja Zeit zu haben für Familie, das ist sicherlich eine Illusion.

Lernen Mediziner von anderen Fächern? Arbeitsteilung und Spezialisierung waren die Grundlagen für die Erfolge der technischen Revolution. Hat aber der Biochemiker, Zellbiologe, Molekularbiologe die richtigen Ideen zur Erforschung der Pathogenese einer Erkrankung, wenn er nie einen Patienten mit seinen Sorgen, weiteren Erkrankungen, die einander beeinflussen, gesehen hat? Neben Arbeitsteilung und Spezialisierung ist Teamarbeit unabdingbar. Nur die Zusammenarbeit und der Austausch der Kenntnisse von Spezialisten auf unterschiedlichen Gebieten mit einem gemeinsamen Forschungsziel sind Erfolg versprechend.

Der an deutschen medizinischen Fakultäten von jungen Forschungsbegeisterten eingeschlagene Weg, klinische Weiterbildung parallel mit Forschung und Lehre zu vereinbaren, erfordert hohe „Frustrationstoleranz“, eingeschränkte Freizeit und eine hervorragende „Organisiertheit“. Wissenschaftlich muss man sich fokussieren. Konzepte entwickeln und industrieunabhängige klinische Studien durchführen in



118. Internistenkongress 2012

Kongresspräsident:

Professor Dr. med.
Joachim Mössner

Kongressteam:

Dr. Stefan Karger
Dr. Jonas Rosendahl

Kongress-Sekretariat:

Cornelia Prüfer
Janet Herrmann
Universitätsklinikum Leipzig AöR
Department für Innere Medizin,
Neurologie und Dermatologie
Liebigstraße 20
04103 Leipzig
Tel.: +49 (0)341 9712-208/-200
Fax: +49 (0)341 9712-209
E-Mail: cornelia.pruefer@
medizin.uni-leipzig.de
E-Mail: janet.herrmann@
medizin.uni-leipzig.de

Kongress-Homepage:

www.dgim2012.de

hoch kompetitiven Feldern und parallel „Laborforschung“ ist unrealistisch. Aber welche Perspektive hat der „Laborforscher“, wenn er nicht mehr drittmittelfinanziert ist oder der klinische Forscher, wenn seine geplanten Studien nicht finanziert werden? Mittlerweile ist er vielleicht habilitiert, hat aber keine Dauerstelle an der Universität. Wird er dann guter Chefarzt eines kommunalen Hauses, welches einen Kliniker sucht, der die innere Medizin in ihrer Breite beherrscht? Der Ruf nach mehr Dauerstellen an den Universitäten ist nicht überhörbar. Doch wie kann sich eine Medizinische Fakultät im Wettbewerb mit anderen Universitäten behaupten, wenn Inhaber einer „Dauerstelle“ nicht mehr forschen und Lebensziele andere Inhalte bekommen? Wird es nur noch vom Bund finanzierte Eliteuniversitäten geben und werden die Medizinischen Fakultäten zu Fachhochschulen werden?

Aus meiner Erfahrung als Leiter einer Universitätsklinik ließe sich die Problematik nicht lösen, wenn Klinikleitungen aufgeteilt würden in „reine“ Kliniker, „Laborforscher“, „Ökonomen“ und „klinische Forscher“. Sind sogenannte flache Hierarchien die Lösung? Sicherlich muss ein Klinikdirektor seinen erfolgreichen Wissenschaftlern zeitliche Freiräume ermöglichen. Er muss ihnen die Freiheit der Forschung belassen, solange die wissenschaftlichen Ziele mit der Konzeption der Klinik vereinbar sind. Leitung und Forscher müssen aber auch erkennen, wenn der Erfolg einer langfristigen wissenschaftlichen Laufbahn unwahrscheinlicher wird. Vorteil der klinischen Medizin: bei mehrfach abgelehnter Drittmittelinwerbung kann man sich ganz der Klinik widmen.

Eine erfolgreiche Klinik benötigt Arbeitsteilung, Teamarbeit und motivierte Mitarbeiter. Es darf unter den Kollegen aber nicht der Eindruck entstehen, der reine Kliniker sei Mitarbeiter zweiter Klasse im Vergleich zum Weiterbildungsassistenten mit einem DFG-Projekt. Der wissenschaftlich aktive Weiterbildungsassistent muss aber eine attraktive Perspektive seines Engagements sehen. Nur von der Freude an neuen Erkenntnissen lässt sich nicht leben oder motivieren. Die Habilitation befähigt zur Lehre, einer medizinischen Lehre gegründet auf Wissenschaftlichkeit. Von erfolgreichen Konzernen geführte Lehrkrankenhäuser, die ihre Chefarztpositionen mit nicht habilitierten Kollegen besetzen, müssen eine Ausnahme bleiben. Trotz Ärztemangel



auf dem Land und der unstrittigen Aufgabe kommunaler Häuser, Ärzte für die Niederlassung weiterzubilden, darf dies nicht zu einer Inflation der Zahl der Lehrkrankenhäuser führen.

Leider kann ich keine einwandfreie Lösung der oben genannten Probleme der universitären Medizin anbieten. Ich glaube, die Medizinische Fachhochschule und den „Master“ in Medizin will (noch?) niemand. Aber den „Status idem“ zu pflegen wird dazu führen, dass Nichtmediziner über die Zukunft der auf Wissenschaftlichkeit basierten klinischen Medizin entscheiden. Die Medizin wird weiblich, ist ein oft gebrauchter Satz. Ich bitte alle Kolleginnen mir zu verzeihen, dass ich nur männliche Termini verwendet habe. Natürlich sind mit diesem Terminus beide Geschlechter gemeint. Es erleichtert aber vielleicht die Lesbarkeit.

Neben vielen anderen wichtigen Themen sind die angesprochenen Probleme von der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin bereits thematisiert worden und es gilt, weitere Lösungsvorschläge und -konzepte zu erarbeiten, weil die Aufteilung der Medizin in einzelne, stark umschriebene Sparten, gerade in der inneren Medizin aus meiner Sicht nicht die Lösung sein kann. ■

*Professor Dr. med. Joachim Mössner
Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft
für Innere Medizin, Leipzig*

DGIM – aktiv

Im Gespräch: Professor Günter Ollenschläger über Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung



Professor Günter Ollenschläger

leitet das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin in Berlin seit dessen Gründung im Jahr 1995. Der promovierte Pharmazeut und Internist ist zudem außerplanmäßiger Professor für Innere Medizin an der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln. Als Mitinitiator und Vorstandsmitglied des „Guidelines International Network“ und des „Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin“ setzt er sich national und international für die Verbreitung und Stärkung von Leitlinien und gesicherten Erkenntnissen aus Wissenschaft und Praxis ein.

Kontakt:

Prof. Dr. rer. nat. Dr. med.
Günter Ollenschläger
Leiter des ÄZQ
Ärztliches Zentrum für
Qualität in der Medizin
TiergartenTower
Straße des 17. Juni 106–108
10623 Berlin
Tel.: +49 (0)30 4005-2500
Fax: +49 (0)30 4005-2555
E-Mail: mail@azq.de
Internet: www.aezq.de

Leitlinien bieten Handlungsempfehlungen für Klinik und Praxis. Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) befasst sich seit 1996 mit deren Entwicklung, Methodik und Umsetzung. Professor Dr. rer. nat. Dr. med. Günter Ollenschläger, der das ÄZQ leitet, hat kürzlich angemerkt, dass die Berufsgruppe der Ärzte weltweit die meisten Schwierigkeiten hat, Standards für ihre Tätigkeit zu akzeptieren. Im Interview erläutert er, wie er trotzdem Verbreitung und Transfer wissenschaftlicher Evidenz in die Versorgung seit 16 Jahren vorantreibt.

Welche Anhaltspunkte gibt es dafür, wie viele Ärzte tagtäglich den Leitlinien entsprechend behandeln? Geben DMPs einen Einblick darin?

Prof. Ollenschläger: Anhaltspunkte zur Berücksichtigung von Leitlinien bei der Patientenversorgung ergeben sich für den stationären Bereich insbesondere aus Ergebnissen der externen stationären Qualitätssicherung, wie etwa der *Qualitätsreport 2009*¹. Zum Beispiel werden hier für bestimmte Versorgungsmaßnahmen Qualitätsindikatoren erhoben, die die leitlinienkonforme Indikationsstellung beschreiben – etwa bei der Herzschrittmacher-Implantation. Im ambulanten Bereich existieren vergleichbare Datenquellen aus den Auswertungen zu Disease-Management-Programmen und zwar insbesondere aus der Region Nordrhein². Eine weitere wichtige Initiative in diesem Bereich ist das Förderprogramm der Bundesärztekammer zur Versorgungsforschung.

Wie lange dauert es ab Veröffentlichung der Leitlinien bis diese in der Praxis weitgehend umgesetzt werden?

Prof. Ollenschläger: Generelle Aussagen sind hier nicht möglich. Umsetzung von Leitlinien bedeutet häufig Verhaltensänderung von Arzt und/oder Patient, bedeutet Organisationsänderung in Klinik und Praxis. In welcher Zeit und in welchem Umfang Leitlinienempfehlungen umgesetzt werden können, hängt von zahlreichen Faktoren ab – bis hin zu finanziellen Fragen.

Die Ziele eines aktuellen Vertrages zur interdisziplinären, leitlinienbasierten Versorgung von Patienten mit chronischem Rückenschmerz zeigen beispielhaft, wie Experten die Realisierung von Leitlinien-Empfehlungen einschätzen: „Reduzierung von Arzneimittel- sowie Heilmittel- und Hilfsmittelverordnungen im Bereich der von der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) Kreuzschmerz „nicht empfohlenen Maßnahmen“ um 30 Prozent bei Arzneimittel- und Heilmittel- und 50 Prozent bei Hilfsmittelverordnungen innerhalb eines Beobachtungszeitraums von 24 Monaten“³.

Selbst die Kurzfassungen der NVL sind mitunter 60 Seiten lang. Wie stellen Sie sicher, dass Ärzte Ihre sorgsam ausgearbeiteten Leitlinien beachten?

Prof. Ollenschläger: Zur Verbreitung der Nationalen Versorgungsleitlinien bieten wir – gemeinsam mit den kooperierenden Fachgesellschaften – eine Fülle unterschiedlicher Materialien an: Publikation der wichtigsten Inhalte im Deutschen Ärzteblatt sowie in Organen der Kooperationspartner, teils als CME-Artikel, Kitteltaschenversionen, Wartezimmerinformationen und Patientenbroschüren. Derzeit entwickeln wir kompaktere Leitlinien-Formate für Klinik- und Praxis-Informationssysteme sowie Applikationen für Internet und Telefone. Diese Publikationen und Technologien sind notwendig, aber sie sind nur Hilfsmittel. Von vorrangiger Bedeutung für die Leitlinien-Implementierung sind immer noch ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung. Hier werden Leitlinien unseres Erachtens noch immer zu zögerlich als Grundlagen genutzt.

In welchem Umfang sollten die „Empfehlungen“ idealerweise in Fortbildungen vermittelt werden?

Prof. Ollenschläger: Leitlinien-Empfehlungen müssen zielgruppenspezifisch vermittelt werden. Aus diesem Grund erarbeiten die Fachgesellschaften, die leitlinienbasierte Fortbildung anbieten, spezielle Dokumente für ihre Mitglieder

■ Fortsetzung auf Seite 5

¹ Qualitätsreport des Gemeinsamen Bundesausschusses 2009: <http://www.sqg.de/sqg/upload/CONTENT/Qualitaetsberichte/2009/AQUA-Qualitaetsreport-2009.pdf>

² Qualitätssicherungsbericht zu DMPs aus der Region Nordrhein: <https://www.zi-dmp.de/Documents/Publicationen.aspx>

³ Quelle: http://www.kvberlin.de/20praxis/6overtrag/1overtraege/kkh_ruecken_chronisch/vertrag11_lf.pdf

Interessante Links:

„Wartezimmer-Informationen“ zu wichtigen Krankheitsbildern finden Interessierte hier:

<http://www.arztbibliothek.de/kollektionen/wartezimmerinformation>

Auf dem Portal www.versorgungsleitlinien.de sind alle nationalen Versorgungsleitlinien, Patientenleitlinien, Checklisten für den Praxisalltag und methodische Materialien zu finden.



der, die die eigentliche Leitlinie interpretieren.

Wer entscheidet, zu welchen Erkrankungen es eine NVL geben soll?

Prof. Ollenschläger: Die Entscheidung über die Themenauswahl im NVL-Programm liegt ausschließlich bei den Vorständen der Träger dieses Programms. Die Spitzen der Bundesärztekammer (BÄK), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der AWMF entscheiden einstimmig nach einem öffentlich bekanntgemachten Priorisierungsverfahren. Jede interessierte Institution und Person kann begründete Vorschläge für NVL-Themen machen und sich an der öffentlichen Konsultation von Leitlinien-Entwürfen beteiligen.

Wann wird es eine Versorgungsleitlinie für multimore, ältere Patienten geben?

Prof. Ollenschläger: Es ist geplant, dass künftig in allen NVLn auf spezielle Versorgungsaspekte für verschiedene Zielgruppen eingegangen wird. Hierzu gehören unter anderem die Aspekte Geriatrie, Geschlechtsspezifika, Migration, Multimorbidität.

Wie gehen Sie bei der Leitlinienerstellung mit Lücken um, wenn es etwa keine gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnisse gibt?

Prof. Ollenschläger: Nationale Versorgungsleitlinien werden, wie dies bei allen S3-Leitlinien üblich ist, mithilfe eines systematischen, transparenten Expertenkonsenses auf der Grundlage der verfügbaren Erkenntnisse aus Wissenschaft und Praxis erstellt. Bei schwacher Evidenz werden die Unsicherheiten dargelegt und die so begründeten Leitlinienempfehlungen erläutert.

Die Erarbeitung von Leitlinien ist sehr aufwendig und kostenintensiv. Wie wird der Prozess finanziert, wie gehen Sie mit etwaigen Interessenkonflikten der Beteiligten um?

Prof. Ollenschläger: Das Programm für Nationale Versorgungsleitlinien wird durch die Träger und kooperierenden Fachgesellschaften finanziert: BÄK und KBV unterhalten für die wissenschaftliche Betreuung und Pflege des Leitlinien-Prozesses das ÄZQ als gemeinsame Institution. Alle an der Leitlinien-Entwicklung Beteiligten müssen ihre Interessenkonflikte schriftlich dar-

legen. Der Einfluss möglicher Interessenkonflikte wird in den Leitlinien-Gruppen diskutiert. Gegebenenfalls werden Betroffene teilweise oder vollständig vom Entwicklungsprozess ausgeschlossen.

Sie entwickeln auch Patientenleitlinien. Was ist darunter zu verstehen?

Prof. Ollenschläger: Patientenleitlinien übersetzen die Behandlungsempfehlungen ärztlicher Leitlinien in eine für Laien verständliche Sprache. Sie geben Hintergrundinformationen zu den Ursachen der Erkrankung, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie Hinweise zum Umgang mit der Erkrankung. Es werden alle Fachbegriffe erklärt und Links beziehungsweise Adressen zu weiterführenden Hilfsangeboten genannt. Seit Kurzem werden die recht ausführlichen Patientenleitlinien durch kompakte Kurzinformationen für Patienten, sogenannte „Wartezimmer-Informationen“ ergänzt.

Gibt es Parameter, die messen, ob sich durch die Versorgungsleitlinien die Versorgungsqualität verbessert hat?

Prof. Ollenschläger: Wie bereits erwähnt, werden Qualitätssicherungsmaßnahmen in der ambulanten und stationären Versorgung zunehmend auf der Grundlage von Leitlinien realisiert. Um die Nutzung leitlinienbasierter Qualitätsindikatoren zu fördern, entwickeln die Leitlinienautoren im Rahmen des NVL-Programms Vorschläge für Qualitätsindikatoren in Ergänzung zu den Empfehlungen.

Die Erstellung von Leitlinien ist geprägt durch die Zusammenarbeit mit Fachgesellschaften in der AWMF. Welche Rolle spielt dabei die DGIM als Vertreterin der Interessen aller Internisten?

Prof. Ollenschläger: Die DGIM ist seit Start des NVL-Programms, welches sich thematisch auf chronische Versorgungsprobleme konzentriert, im Jahr 2002 an allen Leitlinien beteiligt gewesen und somit Mitautor jeder NVL. Die Bedeutung der DGIM könnte weiter gesteigert werden, wenn die von ihr vertretenen Versorgungsleitlinien noch intensiver in den Informations- und Fortbildungsangeboten für Internisten verbreitet würden. ■

Vielen Dank für das Gespräch!

Freier Zugang zu aktuellem Fachwissen:

Mitglieder der DGIM haben auf der Mitgliederseite der DGIM-Homepage kostenlosen Zugang zu allen Ausgaben der Fachzeitschrift „Der Internist“ und zu den jährlichen sechs Gesellschaftsausgaben der „DMW Deutschen Medizinischen Wochenschrift“. Darin finden Leser neue Erkenntnisse, Updates und Kasuistiken aus allen Fächern der inneren Medizin, die über den Spezialisten hinaus von Bedeutung sind. Schauen Sie doch mal rein unter: www.dgim.de!

Die vollständigen Ergebnisse

der Umfrage finden Interessierte auf der Homepage der DGIM unter www.dgim.de.



Ergebnisse der DGIM-Umfrage zu e-Learning DGIM-Angebot entspricht in Vielem den Wünschen der Mitglieder

Das Ergebnis einer Online-Befragung der DGIM zum Thema e-Learning und anderen relevanten Aufgaben der Fachgesellschaft ist eindeutig: Die Mitglieder sind mit ihrer Fachgesellschaft sehr zufrieden. Die DGIM verspricht sich von den Rückmeldungen vor allem einen Mehrwert für die Teilnehmer selbst: Die zahlreichen Antworten nutzt sie, um ihre Leistungen für die Mitglieder weiter zu verbessern.

Insgesamt 3 121 Antworten auf die 42 Fragen der DGIM zeichnen ein eindeutiges Bild: Die Fachgesellschaft steht mit ihren Angeboten und Produkten für qualitativ hochwertige Leistungen. Auf die Frage: „Würden Sie ein Online-Fortbildungsangebot der DGIM gegenüber einem anderen Anbieter auf dem Markt vorziehen?“ antworteten 76,6 Prozent mit „ja“. Sie begründeten dies vor allem damit, dass die DGIM für Qualität und hohe Fortbildungsstandards steht.

Als ein gewichtiges Argument zählt hier außerdem ein eher intransparenter Markt. Die Ant-

worten zeigen zudem, dass die DGIM mit der geplanten E-Learning-Plattform auf dem richtigen Weg ist: Knapp 90 Prozent der Befragten würden die zertifizierte Online-Fortbildung der DGIM nutzen. Sogar 93 Prozent halten elektronische Fortbildung grundsätzlich für sinnvoll. Viele wünschen sich elektronische und Online-Instrumente – sowohl in der Mitglieder-Information als auch in der Fort- und Weiterbildung.

„Besonders aufschlussreich sind für uns die persönlichen Kommentare auf die Frage, was die DGIM besser machen sollte“, resümiert DGIM-Geschäftsführer Maximilian Broglie, Wiesbaden. Unter anderem ergab sich aus den Statements, dass Service und Angebote der DGIM sehr ausgereift seien. Über Kommentare wie: „Passt, hundertprozentig weiterzupfehlen“, „so weitermachen“ und „sehr zufrieden“ freut sich Broglie. Mit Ihrer Bewertung der Leistungen entschieden sich viele Teilnehmer für die bestmögliche Punktzahl. ■

DGIM-Generalsekretär Professor Ulrich R. Fölsch kommentiert in DGIM aktuell die Ergebnisse:

Was hat Sie an den Umfrageergebnissen besonders beeindruckt?

Mich hat beeindruckt, dass wir mit 3 121 Antworten so eine überzeugende Rücklaufquote hatten und dass die meisten Mitglieder mit der DGIM sehr zufrieden sind. Dies zeigt sich auch daran, dass die Motivation, dieser Gesellschaft beizutreten, überwiegend durch die Empfehlung von Kolleginnen und Kollegen geweckt wurde und viel weniger durch Flyer in medizinischen Zeitschriften oder Werbeschreiben der DGIM.

Worin sieht sich die DGIM bestätigt, welche neuen Anregungen bringt die Befragung?

Wir fühlen uns darin bestätigt, unsere Initiative in den elektronischen Medien aktiv zu werden, energisch voranzutreiben. Die Umfrage zeigt, dass die Mitglieder großes Vertrauen in die Inhalte von elektronischen Medien haben werden, die von der DGIM evaluiert und gestaltet wurden. Weiterhin hat sich gezeigt, dass wir in unserem Zeitschriftenangebot mit den dort enthaltenen CME-Artikeln völlig richtig liegen, sodass wir in nicht allzu weiter Ferne unseren

Mitgliedern ein ganzes Portfolio an Fortbildungsmöglichkeiten bieten werden, das sich aus gedruckten Zeitschriften und elektronischen Medien zusammensetzt.

Derzeit ist die e-Learning-Plattform der DGIM in der Ausarbeitung. Was möchten Sie dort aufgrund der Umfrage auf jeden Fall umsetzen?

Nach der sorgfältigen Evaluation der Online-Befragung unserer Mitglieder möchten wir die elektronischen Medien incl. der e-Learning-Plattform folgendermaßen nutzen: Wir möchten eine App schaffen, die tägliche Nachrichten aus der Inneren Medizin anbietet. Darüber hinaus entwickeln wir eine App, die Leitlinien in verkürzter Form (im „Kitteltaschenformat“) anbietet. Letztendlich werden wir für unsere aufgearbeiteten medizinischen Inhalte einen starken Partner suchen, der uns eine Plattform bietet, auf der die medizinischen Inhalte attraktiv angeboten werden können. Zur Erreichung und Durchsetzung dieser Ziele werden wir mit Sicherheit die Unterstützung und Hilfe unserer Mitglieder benötigen. Und darauf freuen wir uns schon!

DGIM – Kongress

Rückblick auf den 117. Internistenkongress in Wiesbaden

Die Abstracts zum 117. Internistenkongress 2011 sind in der Zeitschrift „Der Internist“, Ausgabe 52/2011 und im Internet zum freien Download veröffentlicht: www.dgim.de/Aktuelles



Vom 30. April bis 3. Mai 2011 hat traditionell in Wiesbaden die wichtigste Veranstaltung der Fachgesellschaft stattgefunden: der Internistenkongress. An den vier Kongresstagen bildeten sich rund 8 000 Internisten aus allen Fachrichtungen fort und diskutierten neueste Forschungsergebnisse und Trends in der Therapie. Mit dem Kongressmotto „Lebensphasen“ erweiterte Kongresspräsident Professor Lehnert dabei den stets fachübergreifenden Blick der Tagung: Mit der Erkenntnis, dass bereits frühe Lebensereignisse spätere chronische Erkrankungen beeinflussen, machte Lehnert auch auf die Bedeutung präventiver Maßnahmen aufmerksam.

So erhöht etwa ein zu niedriges Geburtsgewicht das Risiko, im Erwachsenenalter an Diabetes mellitus oder an einer koronaren Herzkrankheit zu erkranken, betont Lehnert in seiner Eröffnungsrede. Für den Internisten in der Praxis sei diese Information hilfreich, um die Diagnose „Adipositas“ entsprechend einzuordnen. Außerdem gewinnen präventive Maßnahmen nochmals mehr an Bedeutung, um spätere Erkrankungen zu verhindern. Unter dem Leitthema „Lebensphasen“ befassten sich Diskussionsrunden zudem mit steigender Lebenserwartung und deren gesundheitlichen und gesellschaftlichen Konsequenzen. Um sich den zukünftigen Herausforderungen und neuen Erkenntnissen stellen zu können, sei eine Überwindung der Spezialisierung nötig: „Auch in der Medizin ist die Verbindung des Spezialisten und des Generalisten in einer Person gefordert“, sagt Lehnert.

Neben individualisierter Krebstherapie, entzündlichen Immunerkrankungen und Epidemiologie thematisierte Internist Lehnert auf dem 117. Internistenkongress vor allem die Stoffwechselmedizin. Denn Erkrankungen wie Dia-

betes oder Adipositas betreffen Millionen von Menschen. „Eines der spannendsten und aktuellsten Themen in der Stoffwechselmedizin ist die Frage, in welchem Umfang und über welche Mechanismen das Gehirn das menschliche Essverhalten steuert“, sagt Professor Lehnert. Den Zusammenhängen von Gehirn, Hormonen und Verhalten widmete er deshalb ein Symposium, das er gemeinsam mit der Ärztin und Schauspielerin Dr. med. Maria Furtwängler moderierte. Der Stoffwechsel war außerdem Gegenstand einer gut besuchten Kochshow mit Spitzenköchin Cornelia Poletto und dem Ernährungsexperten Professor Dr. med. Andreas Fritsche aus Tübingen.

Als feste Programmpunkte haben sich in diesem Jahr erneut der „Sonowald“ mit seinen praktischen Übungen in der Bildgebung und das Forum für junge Mediziner „Chances“ sehr bewährt. Im Rahmen der Chances stellte sich der damalige Bundesminister für Gesundheit Dr. med. Philipp Rösler den Fragen und Anregungen des Ärztenachwuchses. Auf Augenhöhe diskutierte er mit den jungen Medizinerinnen Themen aus deren Alltag. Sowohl bei Chances als auch in seiner Rede am Festabend brachte Rösler viel Persönlichkeit gepaart mit Kompetenz und Sachlichkeit ein und konnte auf diese Weise viel Aufmerksamkeit, Interesse und sicherlich auch Sympathien für sich gewinnen.

Die Tagung bot mit 349 Sitzungen und 40 Fortbildungskursen ein breites Angebot, stellte die Teilnehmer aber auch vor die Qual der Wahl. Deshalb stehen nach dem Kongress nun rund 90 Vorträge online zur Verfügung. Gegen eine Gebühr von 25 Euro können Interessierte diese am Bildschirm ansehen. Welche Vorträge im Nachgang zu sehen sind, finden Sie auf der Kongresshomepage www.dgim2011.de/VirtuelleKongressteilnahme. ■



DGIM – Korporative Mitglieder

Überblick zu den Korporativen Mitglieder der DGIM:

<http://www.dgim.de/Mitgliedschaft/korporativeMitgliedschaft/>

Vfa-Register nicht interventioneller Studien:

<http://www.vfa.de/de/arzneimittel-forschung/>

Frühjahrssymposium der DGIM: Machen nicht interventionelle Studien Medikamente sicherer?

Ob Studien mit bereits zugelassenen Arzneimitteln sinnvoll sind, die Qualität medikamentöser Therapien erhöhen oder ob sie vor allem dem Pharma-Marketing Vorschub leisten, diskutierten Wissenschaftler und Vertreter aus Gesundheitswesen und Industrie auf dem Frühjahrssymposium der Korporativen Mitglieder der DGIM. Die Korporativen Mitglieder der DGIM tagten im Rahmen des 117. Internistenkongresses Wiesbaden.

Dienen Studien mit zugelassenen Medikamenten dazu, teure Medikamente in den Markt einzuführen? „Die Kritik an der Maßnahme war früher vielleicht gerechtfertigt, doch der Gesetzgeber hat viel getan und wird in den nächsten Jahren viel tun, um dieser Kritik entgegenzuwirken“, sagt der Fachanwalt für Medizin Claus Burgardt aus Bonn, und verweist auf die neuen EU-Regelungen. Diese sehen ab 2012 eine Genehmigungspflicht für die sogenannten nicht interventionellen Studien (NIS) vor – reine Marketing-Studien sind demzufolge unzulässig. Die Durchführung von NIS sei überdies inzwischen in vielen Punkten rechtlich genau geregelt.

Als ein unverzichtbares und wertvolles Instrument der Arzneimittelforschung bezeichnet Dr. Thorsten Ruppert vom Verband Forschender Pharma-Unternehmen (vfa) sogenannte Anwendungsbeobachtungen unter Alltagsbedingungen. Um mehr Transparenz zu schaffen, hat der

Verband 2007 Regeln für die Durchführung von NIS festgelegt. Danach sind vfa-Mitglieder verpflichtet, zum Beispiel die Studien in einem öffentlichen Register zu erfassen und die Ergebnisse nach Abschluss zu veröffentlichen. Dieses Register liefert somit einen wichtigen Erkenntnisgewinn, so Ruppert.

Dr. Jutta Krappweis vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte begrüßte das Register der vfa. Denn NIS können wichtige Informationen über Dosierung oder die Wirkung besonders bei Patientengruppen wie Kindern oder Schwangeren liefern. Sie müssen ihrer Meinung nach aber an Bedingungen geknüpft sein. Was die Bewertung der Ergebnisse angeht bleibt deren Aussagekraft begrenzt: „Da es keine Vergleichsgruppe gibt, wird es immer schwierig bleiben, Risiken und Wirksamkeit in verschiedenen Studienpopulationen zu bewerten“, so Krappweis.

Als Fazit der Veranstaltung findet Dr. Franz-Josef Wingen die heutige Kritik an den NIS angesichts zunehmender Regeln doch eher überraschend. Er hofft, dass die Maßnahmen zukünftig als das wahrgenommen werden was sie sind: „ein wichtiges Instrument, um Erkenntnisse über Arzneimitteltherapien zu gewinnen“, so Wingen abschließend. ■

Gekürzte Fassung aus der DMW 2011, 134 Nr. 4, S. 120–121.



DGIM – Personalia

Termine

Termine unter der Schirmherrschaft der DGIM:

2. Frankfurter Gerinnungssymposium

12. und 13. August 2011
Frankfurt/Main

40. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Angiologie

7. bis 10. September 2011
Frankfurt/Main

48. Kongress der Südwestdeutschen Gesellschaft für Innere Medizin

16. und 17. September 2011
Konstanz

28. InterPneu

7. und 8. Oktober 2011
Nürnberg

ICU-Beginner-Kurs 2011

31. Oktober bis 4. November 2011
Leipzig

Intensivkurse Innere Medizin unter der Schirmherrschaft der DGIM

Vorbereitung auf die Facharztprüfung und Refreshing

5. bis 9. September 2011
Dresden

5. bis 10. September 2011
Köln/Bonn

12. bis 17. September 2011
Bad Segeberg

19. bis 23. September 2011
München, Klinikum rechts der Isar

19. bis 23. September 2011
Erfurt

Joachim Mössner neuer DGIM-Vorsitzender



Vorsitzender der DGIM 2011/2012 ist ab sofort Professor Dr. med. Joachim Mössner. Der Internist und Gastroenterologe vom Universitätsklinikum Leipzig löst damit Professor Dr. med. Hendrik Lehnert im Amt ab.

Professor Mössner gestaltet als Kongresspräsident den 118. Internistenkongress in 2012.

1993 übernimmt Professor Mössner als Direktor die Leitung der damaligen Medizinischen Klinik und Poliklinik II, die später zur Klinik und Poliklinik für Gastroenterologie und Rheumatologie am Department für Innere Medizin, Neurologie und Dermatologie des Universitätsklinikums Leipzig, AöR, umstrukturiert wird. Im Jahr 1950 in Würzburg geboren, studiert Mössner von 1970 bis 1976 an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg Humanmedizin. Als Medizinalassistent arbeitet er an den Kliniken in Tauberbischofsheim und Würzburg, wo er anschließend als wissenschaftlicher Assistent und Arzt in Weiterbildung tätig ist. Ein Stipendium der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) führt ihn ab 1983 für mehr als zwei Jahre in die USA an das Department of Physiology der University of California, San Francisco. Im Jahr 1987 habilitiert sich Mössner und erhält die Venia Legendi, 1989 wird er zum C3-Professor berufen. Ab 1986 leitet er als Oberarzt in Würzburg den Fachbereich Gastroenterologie an der Universitätspoliklinik. Auf den Ruf nach Leipzig übernimmt er dort 1993 eine C4-Professur für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie. Diese ist verbunden mit dem Direktorat der oben genannten Klinik.

Zu den klinischen Forschungsschwerpunkten von Professor Mössner zählen chronische Pankreatitis, Pankreas- und Gallenwegskarzinom sowie interventionelle Endoskopie. Experimentell erforscht er die Regulation zellulärer Funktionen des Pankreas sowie die Pathogenese der Pankreatitis unter Berücksichtigung genetischer und Umweltfaktoren. ■

Ulrich R. Fölsch ist neuer Generalsekretär



Nach zehn Jahren als Generalsekretär der DGIM übergibt Professor Dr. med. Hans-Peter Schuster aus Hildesheim dieses Amt an Professor Dr. med. Ulrich Robert Fölsch, Kiel. Dem Vorstand der DGIM gehört Ulrich R. Fölsch seit dem

Jahr 2001 an. Als deren Vorsitzender in der Amtsperiode 2003/2004 gestaltet er den 110. Internistenkongress in Wiesbaden. Als Direktor leitet er von 1990 bis 2009 die Klinik für Allgemeine Innere Medizin, Medizinische Klinik 1 am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel.

Dem aktuellen DGIM-Vorstand 2011/2012 gehören außerdem neben Professor Mössner und Professor Fölsch auch Professor Lehnert als 1. stellvertretender Vorsitzender an. Weiterhin übernimmt Professor Dr. med. Elisabeth Märker-Hermann, Wiesbaden, das Amt der 2. stellvertretenden Vorsitzenden der DGIM. Als erste Präsidentin in der Geschichte der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin verantwortet sie damit den Internistenkongress im Jahr 2013. Professor Dr. med. Michael Manns, Hannover, wurde zum 3. stellvertretenden Vorsitzenden gewählt. Die Kassenführung bleibt unverändert bei Professor Dr. med. Richard Raedsch, Wiesbaden. Die Geschäftsführung der DGIM liegt bei Rechtsanwalt Maximilian Guido Broglie, ebenfalls Wiesbaden. ■

Termine

Intensivkurse Innere Medizin unter der Schirmherrschaft der DGIM

Vorbereitung auf die Facharztprüfung und Refreshing

5. bis 8. Oktober 2011
Augsburg

24. bis 29. Oktober 2011
Halle

Weitere Informationen zu den Intensivkursen finden Sie im Internet unter: [www.dgim.de/Veranstaltungen & Termine](http://www.dgim.de/Veranstaltungen_&_Termine).

Updates unter der Schirmherrschaft der DGIM

Intensiv Update

23. und 24. September 2011
Köln
www.intensiv-update.com

Rhythmio Update

17. November 2011
Wiesbaden

PCI Update

18. November 2011
Wiesbaden

Pneumo Update

18. und 19. November 2011
Wiesbaden

Drei herausragende Mediziner zu Ehrenmitgliedern ernannt

Für ihre Verdienste um die innere Medizin hat die DGIM auf ihrem 117. Internistenkongress drei Ehrenmitgliedschaften verliehen:

- Professor Dr. med. Ulrich R. Fölsch
- Professor Dr. med. Dr. h. c. mult. Harald zur Hausen
- Professor Stephen O’Rahilly, M.D.

Professor Fölsch leitet bis zum Jahr 2009 als Direktor die Klinik für Allgemeine Innere Medizin am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein/ Campus Kiel. In den vergangenen Jahren hat der Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie mehrere wissenschaftliche Arbeitsgruppen aufgebaut, die von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) gefördert werden. 1999 wirbt Fölsch erfolgreich das Kompetenznetz für chronisch-entzündliche Darmerkrankungen ein – über ein Gesamtvolumen von 25 Millionen DM. Seit 2003 sitzt er der Telematikplattform für Medizinische Forschungsnetze (TMF) e.V. vor. In seiner Funktion als Beauftragter der Korporativen Mitglieder der DGIM prägt er maßgeblich die Zusammenarbeit in diesem Bereich. Professor Fölsch löst in diesem Jahr Professor Dr. med. Hans-Peter Schuster im Amt des Generalsekretärs der DGIM ab.



Professor zur Hausen prägt zwei Jahrzehnte lang, von 1983 bis 2003, als Vorsitzender und wissenschaftliches Mitglied des Stiftungsvorstands das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) in Heidelberg. Sein

Engagement gilt stets der Vernetzung von

Grundlagenforschung und klinischer Medizin mit dem Ziel, Forschungsergebnisse schnell dem Patienten zugute kommen zu lassen. Sein wissenschaftliches Interesse liegt auf dem Gebiet infektionsbedingter maligner Erkrankungen. Im Jahr 2008 erhält zur Hausen den Nobelpreis für Medizin für seine Erkenntnisse zur Pathologie des Gebärmutterhalskrebses. Harald zur Hausen ist zudem Träger des Großen Bundesverdienstkreuzes und der Verdienstmedaille des Landes Baden-Württemberg. Zwölf Universitäten haben ihm die Ehrendoktorwürde verliehen.

Professor O’Rahilly leitet seit 2007 als Direktor das Institute of Metabolic Sciences der Universität Cambridge. Er hat sich in herausragenden Arbeiten mit den genetischen Ursachen von Adipositas und Diabetes beschäftigt. Mit der Aufschlüsselung seltener Krankheitsbilder verbindet der Lehrstuhlinhaber für Endokrinologie und Diabetes der Universität Cambridge einen großen Erkenntnisgewinn für die häufigen Krankheiten. Zahlreiche Nachwuchswissenschaftler aus Deutschland haben ihre wissenschaftliche Ausbildung in seinem Labor absolviert. Um ein breites Publikum und die von Adipositas und Diabetes betroffenen Bevölkerungsgruppen an seinen wissenschaftlichen Erkenntnissen teilhaben zu lassen, ist er mit öffentlichen und gesundheitspolitischen Beiträgen präsent und hoch engagiert, ein Bewusstsein für diese Volkskrankheiten zu schaffen. ■



Der **Theodor-Frerichs-Preis** ist nach dem Präsidenten des ersten Deutschen Kongresses für Innere Medizin – dem Internisten Friedrich Theodor von Frerichs – benannt. Mit dem Preis würdigt die DGIM jährlich die beste zur Bewerbung eingereichte, möglichst klinisch-experimentelle Arbeit auf diesem Gebiet im deutschsprachigen Raum.

Die DGIM verleiht den **Präventionspreis** der Deutschen Stiftung für Innere Medizin jährlich für herausragende Publikationen aus dem deutschsprachigen Raum über Themen der Primär- und Sekundär-Prävention innerer Erkrankungen. Sowohl experimentelle Ergebnisse als auch epidemiologisch interessante Fragestellungen kommen für die Preisverleihung in Betracht.

Bewerbungsfristen:

- Theodor-Frerichs-Preis 2012: 15. Oktober 2011
 - Präventionspreis 2012: 15. November 2011
- Ausführliche Informationen zu den Ausschreibungen: www.dgim.de/PreiseEhrungen

Theodor-Frerichs-Preis 2011 für Leukämieforscher



Leukämie oder Lymphknotenkrebs behandeln Ärzte seit Jahrzehnten erfolgreich mit Stammzellen aus Knochenmarkspenden. Doch die Spenderzellen – Graft – vernichten nicht nur die Krebszellen, sie greifen

auch gesunde Zellen des Empfängers an. Warum diese sogenannte Graft-versus-Host-Erkrankung (GvHD) mitunter lebensbedrohlich verläuft, haben Freiburger Wissenschaftler jetzt erforscht. Für die in der Zeitschrift Nature Medicine veröffentlichten Erkenntnisse zeichnet die DGIM Privatdozent Dr. Robert Zeiser vom Universitätsklinikum Freiburg mit dem Theodor-Frerichs-Preis 2011 aus. Die DGIM verlieh den mit 30 000 Euro dotierten Preis im Rahmen der festlichen Abendveranstaltung ihres 117. Kongresses am 1. Mai 2011 in Wiesbaden.

Die ausgezeichnete Studie: *Wilhelm K, Ganesan J, Müller T, Dürr C, Grimm M, Beilhack A, Krempel CD, Sorichter S, Gerlach UV, Jüttner E, Zerweck A, Gärtner F, Pellegatti P, Di Virgilio F, Ferrari D, Kambham N, Fisch P, Finke J, Idzko M, Zeiser R. Graft-versus-host disease is enhanced by extracellular ATP activating P2X7R. Nature Medicine 2010; 16(12):1434–8 ■*

Präventionspreis 2011 für Forschung zum Hepatitis-C-Virus



Hepatitis-C-Viren bleiben außerhalb des Körpers wesentlich länger infektiös als bisher angenommen. Dies konnte Dr. med. Sandra Ciesek von der Medizinischen Hochschule Hannover jetzt

mit einem neuen Zellkulturmodell zeigen. Ihre Tests ergaben außerdem, dass die verdünnte Anwendung verschiedener Desinfektionsmittel nicht zu einer vollständigen Inaktivierung der Viren führt. Für ihre Erkenntnisse zeichnete die Deutsche Stiftung Innere Medizin (DSIM) die Medizinerin auf dem 117. Internistenkongress mit dem Präventionspreis aus. Der Preis ist mit 10 000 Euro dotiert.

Die ausgezeichnete Studie: *Ciesek S, Friesland M, Steinmann J, Becker B, Wedemeyer H, Manns MP, Steinmann J, Pietschmann T, Steinmann E. How Stable Is the Hepatitis C Virus (HCV)? Environmental Stability of HCV and Its Susceptibility to Chemical Biocides. J Infect Dis. (2010) 201 (12): 1859–1866. doi: 10.1086/652803 ■*

Young Investigator Award 2011

Mit dem Young Investigator Award zeichnet die DGIM die besten zum Jahreskongress eingereichten Poster junger Erstautoren aus. Der Preis ist je nach Platzierung mit 3 000 bis 1 000 Euro dotiert. Zusätzlich erhalten alle Endrundenteilnehmer einen Reisegutschein in Höhe von 250 Euro, ein Jahresabonnement einer medizinischen Fachzeitschrift und ein Internisten-Update-Handbuch. Die ersten drei Plätze haben in diesem Jahr belegt:

1. Platz YIA: Dr. med. Stefan Kasper, Essen „Pharmakologische Inhibition von NF-κ und PLK-1 zur Durchbrechung der RAS-vermittelten

Resistenz gegenüber anti-EGFR Antikörpertherapien beim kolorektalen Karzinom“

2. Platz YIA: Dr. Malgorzata Wygrecka, Gießen „Low density lipoprotein receptor-related protein-1 (LRP-1) – pathogenetische und prognostische Signifikanz beim akuten Lungenversagen des Erwachsenen (ARDS)“

3. Platz YIA: Beatriz Calle Serrano, Hannover „Langzeitverlauf von Hepatitis-Delta- im Vergleich zur Hepatitis-B-Virus-Monoinfektion: Ist die HDV-Infektion wirklich schlechter?“ ■



Presseschau

Termine

Sonstige Termine

6. Deutscher Allergiekongress

8. bis 10. September 2011
Wiesbaden

10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung

20. bis 22. Oktober 2011
Köln

19. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin

10. bis 12. November 2011
Mannheim

Impressum

Herausgeber:

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

Geschäftsstelle:

Hausanschrift:
Irenenstraße 1, 65189 Wiesbaden

Postfachadresse:
Postfach 2170, 65011 Wiesbaden

Tel.: +49 (0)6 11 2 05 80 40 - 0
Fax: +49 (0)6 11 2 05 80 40 - 46
E-Mail: info@dgim.de

Redaktion:

Pressestelle DGIM
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: +49 (0)7 11 89 31 - 115
Fax: +49 (0)7 11 89 31 - 167
E-Mail:
info@medizinkommunikation.org

Online-Umfrage zu Nadelstichverletzungen

Der Verband medizinischer Fachberufe startet zusammen mit der Initiative Safety First eine Online-Umfrage zum Thema Nadelstichverletzungen und deren Vorbeugung.

Gemeinsam wollen sie sich dafür einsetzen, dass der Schutz vor diesen Verletzungen verbessert wird und verletzungssichere Blutentnahme-, Injektions- und Venenverweilkanülen Verwendung finden. „Nadelstichverletzungen gehören zu den gefährlichsten Arbeitsunfällen in medizinischen Berufen“, hieß es aus dem Verband.

Wenn die Nadel oder Kanüle zuvor mit Blut des Patienten in Kontakt gekommen sei, könnten schon kleinste Verletzungen Krankheitserreger wie Hepatitis C oder HIV übertragen.

Die Beantwortung der Fragen in der Online-Umfrage dauere nur wenige Minuten, alle Angaben würden anonym ausgewertet, hieß es aus dem Verband. Ziel sei zu eruieren, wie der Sicherheitsstandard in den Praxen tatsächlich sei. Hier geht's zur Umfrage: www.vmf-online.de

Quelle: *Deutsches Ärzteblatt Online* ■

Arzneimittelreport

Ein Krankenkassenbericht zeigt: Frauen erhalten häufiger moderne Antibabypillen – mit höherem Thrombose-Risiko. Auch Demenz- und Suchtkranke werden oft falsch behandelt.

Moderne Antibabypillen bergen ein mehr als doppelt so hohes Risiko gefährlicher Nebenwirkungen wie ältere Mittel, werden von Ärzten aber inzwischen weit häufiger verordnet als die risikoärmeren Vorgängerpräparate. Darauf hat der Arzneimittelexperte Gerd Glaeske im neuen Arzneimittelreport der Barmer GEK hingewiesen. Als Grund vermutet er die gezielte Werbung und Vermarktung durch die Pharmaindustrie, die mit neuen, noch patentgeschützten Medikamenten höhere Gewinne erzielt als mit ihren bewährten Mitteln. (...)

Glaeske kritisierte auch die Arzneiversorgung demenzkranker und alkoholabhängiger Menschen. Altersverwirrte würden trotz erhöh-

ten Sterblichkeitsrisikos sechsmal so häufig wie andere Patienten mit Neuroleptika ruhig gestellt. Und zahlreiche Alkoholranke bekämen Schlafmittel, die zusätzlich süchtig machen.

Quelle: *Zeit Online/Tagesspiegel* ■

Behinderten soll Zugang zu Ärzten erleichtert werden

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat zum ersten Mal einen „World report on disability“ verfasst, in dem sie Regierungen weltweit heftig für den geringen Einsatz für Behinderte kritisiert. Der Zugang zur medizinischen Versorgung ist weltweit oftmals nicht ausreichend – egal, ob es um Länder wie Deutschland oder Entwicklungsländer geht. (...)

Beim Blick in den WHO-Bericht ist es interessant, welche Gründe Behinderte weltweit angeben, die sie am Zugang zur medizinischen Versorgung hindern. Laut den Statistiken aus dem „World Health Survey“, in dem die WHO Gesundheitsdaten zwischen 2002 und 2004 analysiert hat, haben besonders in den Industrieländern Betroffene zwar versucht, einen Arzt aufzusuchen, die Versorgung wurde aber abgelehnt. Laut dem Report haben in Industrieländern 44,3 Prozent der Männer und 54,6 Prozent der Frauen diese Erfahrung gemacht. In der Vergleichsgruppe der Nichtbehinderten waren es 18,7 Prozent bei Männern und 19,6 Prozent bei Frauen. Dieses Problem gibt es in den Entwicklungsländern laut der Studie kaum – hier fehlt es bei über der Hälfte der Betroffenen am Geld für den Arztbesuch. Der WHO-Bericht zeigt auch, dass Menschen mit einer Behinderung auch deutlich öfter weitere chronische Erkrankungen entwickeln als Menschen ohne Behinderung. (...)

Quelle: *Ärzte Zeitung Online* ■