



Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, liebe Mitglieder der DGIM,

die unterschiedliche Bezahlung von Weiterbildungsassistenten und

die „Bezahlung“ von Studierenden im praktischen Jahr ist problematisch – diesem Thema widme ich mich in den Presidential News. Ferner bewegen mich Überlegungen seitens der Politik, den medizinischen Fakultäten das Recht zu entziehen, darüber zu entscheiden, welches Krankenhaus und welche Abteilung den Status eines „Lehrkrankenhauses“ erhält. Der Schritt weg von der akademischen, wissenschaftlich fundierten Ausbildung hin zur medizinischen Fachschule wäre nicht mehr weit. Das Interview mit den Generalsekretären der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und unserer Gesellschaft gibt wichtige Aufschlüsse über Gemeinsamkeiten und Unterschiede der beiden großen Fächer.

Ich freue mich, wenn sich zahlreiche Studierende für ein Reisestipendium zum Internistenkongress im April 2012 in Wiesbaden bewerben.

Für die kommenden Weihnachtsfeiertage wünsche ich Ihnen und Ihren Familien erholsame Stunden und einen guten Start in das Jahr 2012!

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Ihr

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

Editorial

DGIM – Presidential News

Entlohnung von Weiterbildungsassistenten, PJlern und die Debatte um Lehrkrankenhäuser

Für Weiterbildungsassistenten (WBA) existieren an Unikliniken bis zu drei verschiedene Tarifverträge. Dies benachteiligt insbesondere WBAs, die in der Forschung tätig sind. Eine Entlohnung von Studierenden im praktischen Jahr könnte den Wettbewerb um gut strukturierte Curricula

fördern und die Qualität der Lehre wieder in den Mittelpunkt rücken. Aktuell diskutiert die Politik, allen Krankenhäusern den Status eines Lehrkrankenhauses zu erteilen. Zu diesen drei Problembereichen nimmt Professor Mössner in den Presidential News Stellung.

DGIM – aktiv

DGIM aktuell im Gespräch mit den Generalsekretären von DGCH und DGIM

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) zählen zu den größten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Deutschland. Sie verbindet unter anderem, dass sie beide jeweils ein großes gemeinsames Dach für die aus ihnen hervorgegangenen internistischen beziehungsweise chirurgischen Schwerpunkte bilden. Die

beiden Generalsekretäre von DGIM und DGCH – Professor Ulrich R. Fölsch und Professor Hartwig Bauer – tauschten sich jetzt zusammen mit DGIM-Geschäftsführer Maximilian Broglie persönlich aus: Dabei ging es um Gemeinsamkeiten und Unterschiede, Aufgaben und Ziele und auch darum, was die beiden großen Gesellschaften vielleicht voneinander lernen können.

Jahresrückblick 2011

Ein ereignisreiches Jahr geht für die DGIM und ihre Mitglieder zu Ende. Rückblickend fasst Professor Fölsch, Generalsekretär der DGIM, die wichtigsten Ereignisse und Themen in 2011 zusammen. Dazu gehören die neuen

Mitgliedsbeiträge und Leistungen der DGIM, der 117. Internistenkongress und schließlich der Wechsel des Generalsekretärs.

Termine

Impressum

Kontakt:

Professor Dr. med. Joachim Mössner
 Universitätsklinikum Leipzig A.ö.R.
 Department für Innere Medizin,
 Neurologie und Dermatologie
 Direktor der Klinik und Poliklinik
 für Gastroenterologie
 und Rheumatologie
 Liebigstr. 20
 04103 Leipzig
 Tel.: +49 (0)341 97-122 00
 Fax: +49 (0)341 97-122 09
 E-Mail: moej@medizin.uni-leipzig.de
 www.dgim2012.de

Unterschiedliche Gehälter für Weiterbildungsassistenten: Demotivation für wissenschaftliches Engagement?

Drei Probleme bewegen mich seit längerem, zu denen ich aus meiner Sicht eine klare Position beziehe. Dazu gehören die abweichenden Gehälter der Weiterbildungsassistenten, insbesondere der in der Forschung tätigen, zudem die Notwendigkeit, Studierende im praktischen Jahr zu entlohnen, und die aktuelle politische Diskussion, allen Krankenhäusern den Status eines Lehrkrankenhauses zu erteilen.

1) An etlichen Universitätskliniken mit neuen Rechtsformen existieren parallel drei verschiedene Tarifverträge: Haustarifvertrag, Tarifvertrag für Ärzte (TV-Ä), Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder (TV-L), der auch für Wissenschaftler gilt. Dieser Tarif-Dschungel ist auch davon abhängig, ob das Verhältnis des Universitätsklinikums zur medizinischen Fakultät und Universität als Integrations- oder Kooperationsmodell geregelt ist oder ob sich das Universitätsklinikum in privater Trägerschaft befindet. Es obliegt den Vorständen eines Universitätsklinikums, ihren Haustarifvertrag dem TV-Ä gleichzusetzen. Sie könnten auch, je nach Verhandlungen mit dem Marburger Bund, mehr oder weniger zahlen. Die Entlohnung nach TV-L ist für den nicht ärztlich tätigen Wissenschaftler

in der Regel niedriger. Wie wollen wir einen klinisch tätigen, engagierten Weiterbildungsassistenten motivieren, für eine gewisse Zeit im Labor „nicht ärztlich“ tätig zu sein, wenn er als Belohnung für wissenschaftliches Engagement, welches sich nicht nach einem 8-Stunden-Tag richtet, weniger bezahlt bekommt? Diese „Geringschätzung“ des wissenschaftlichen Fortschritts wird von jenen Ärztekammern noch unterstützt, die sich weigern, wenigstens eine gewisse Zeitperiode in der „Labor“-Forschung für die Weiterbildungszeit anzurechnen. Es dürfte unmöglich sein, unterschiedliche Entlohnungen für Weiterbildungsassistenten festzulegen, je nachdem, ob sie klinisch mittelmäßig oder exzellent sind, ob sie klinisch oder wissenschaftlich erfolgreich sind oder ob sie während reiner Forschungszeit mittelmäßig oder exzellent sind. Aber nicht unmittelbare ärztliche Forschungsleistungen geringer zu entlohnen ist einer der führenden Wirtschaftsnationen unwürdig.

2) Es dürfte unbestritten sein, dass Studierende, die auf BAföG (Bundesausbildungsförderungsgesetz) angewiesen sind, davon allein nicht leben können. „Jobs“ parallel zum Studium und dazu noch außerhalb der Medizin sind für die ärztliche Ausbildung und Wissenschaft jedoch kontraproduktiv. Es ist meiner Ansicht nach legitim, wenigstens im „praktischen Jahr“ auf sozialversicherungs- und steuerfreier 400-Euro-Basis eine Unterstützung zu gewähren. Der Medizinische Fakultätentag lehnt unter Berufung auf den Studierendenstatus eine Bezahlung des PJ ab. Der Studierende im praktischen Jahr sollte seine Wahl des Ausbildungsplatzes nach der Qualität eines strukturierten Curriculums treffen und nicht nach der Frage, ob und wie hoch eine Entlohnung erfolgt. Sind Fakultäten beziehungsweise Universitätsklinika nicht bereit, ihren PJ-Studierenden eine finanzielle Anerkennung zu zahlen, dann sollten die Fakultäten auch Lehrkrankenhäusern untersagen, Zahlungen zu leisten. Gegen eine kostenlose Unterkunft bei Ausbildung in Lehrkrankenhäusern außerhalb des Universitätsstandorts ist natürlich nichts einzuwenden. Es sollte keiner Diskussion Raum gegeben werden, ob die Entlastung der Stationsabläufe durch Blutabnahmen, Anamnese-



Weitere Informationen zum praktischen Jahr

Positionspapier des Marburger Bundes zum praktischen Jahr:
www.mb-studenten.de

Unter www.pj-ranking.de können PJler ihr Ausbildungsjahr bewerten. Einsehbar sind die einzelnen Berichte sowie die Rankings der Kliniken.

Interessante Webseiten:

Medizinischer Fakultätentag mit seinen aktuellen Stellungnahmen:
www.mft-online.de/presse-standpunkte

Eine Übersicht der Tarifverträge des Marburger Bundes finden Sie hier:
www.marburger-bund.de/tarifpolitik/tarifvertraege.php

Informationen zum Tarifvertrag der Länder / Wissenschaft:
www.gew.de unter Tarif/TV-L



erhebungen etc. mit der Zeit, die Ärzte für die PJ-Ausbildung aufwenden, gegengerechnet werden soll oder kann. Aus dem Landeszuschuss für Forschung und Lehre wird ja „Lehre“ finanziert. In manchen Bundesländern erhalten Lehrkrankenhäuser aus diesem Landeszuschuss von der Fakultät einen gewissen Betrag und in anderen nicht. Mein Fazit: Ökonomische Anreize dürfen die „PJ-Ströme“ nicht steuern, sondern einzig die Qualität der Lehre.

3) Es gibt politische Überlegungen, dem Hausarztmangel zu begegnen, indem nahezu jedes Krankenhaus den Status eines Lehrkrankenhauses erhält. Es ist als derzeitiger Präsident einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft nicht meine Aufgabe, über die Qualität der Krankenversorgung in Praxen oder Krankenhäusern zu urteilen, die in der Regel in Deutschland sehr gut ist. Der „PJler“ ist allerdings Studierender. In Deutschland wird durch die Habilitation nicht nur eine besondere wissenschaftliche Leistung ausgezeichnet, sondern auch die Lehrbefähigung, die „Venia Legendi“, mit dem Titel „Dr. med. habil.“ Wird die Lehrkraft benötigt, erhält der Habilitierte das Recht auf Lehre, die „Ius Legendi“, gekennzeichnet durch den Titel „Privatdozent“. Ich bin in meiner Überzeugung

unnachgiebig, dass eine klinisch wissenschaftliche Ausbildung des Studierenden im praktischen Jahr einen habilitierten Lehrer voraussetzt. Wenn sich die Politik in dieser Weise über medizinische Fakultäten hinwegsetzt, dann sollte sie so konsequent sein, den Status „Student“ für das „praktische Jahr“ zu beenden und eine Teilapprobation zu erteilen. Dann wären wir wieder beim „Medizinalassistenten“ (der ich noch war) oder beim Arzt im Praktischen Jahr (AiP). Dieser teilapprobierte PJler wäre aber nach fünf Jahren ein zu kurz ausgebildeter angehender Mediziner mit darüber hinaus inadäquater Entlohnung. Das wird den Mangel an Ärzten auf dem Lande sicher nicht beseitigen. Der Schritt weg von der universitären, wissenschaftlich fundierten Ausbildung hin zur medizinischen Fachschule wäre nicht mehr weit. Wehret den Anfängen!

Ich darf wieder ausdrücklich darauf hinweisen, dass die gewählte „männliche“ Form ausschließlich dem Sprachfluss dient.

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

DGIM – aktiv

Interview mit den Generalsekretären von DGCH und DGIM

Kontakt

Deutsche Gesellschaft
für Chirurgie
Geschäftsstelle
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin
Tel.: +49 (0)30 28876-290
Fax: +49 (0)30 28876-299
E-Mail:
DGChirurgie@t-online.de
www.dgch.de

Professor Dr. med. Hartwig Bauer

ist seit 2003 Generalsekretär der DGCH und setzt sich seither insbesondere für eine sichere Chirurgie, etwa Checklisten und Fehlermeldesysteme, und für einen breiten Innovations-transfer in die Patientenversorgung ein. Die DGCH hat dazu 2003 ein Studienzentrum mit einem angeschlossenen universitären und außer-universitären Studiennetzwerk CHIR-Net gegründet:
www.sdgc.de und
www.chir-net.de.

Literaturhinweis:

Steinau H-U, Bauer H (Hrsg). Sachs M, Schmiedebach H-P, Schwach R (Autoren): „Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 1933–1945. Die Präsidenten“; Kaden Verlag, 2011. ISBN 978-3-942825-03-0

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) zählen zu den größten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Deutschland. Sie verbindet unter anderem, dass sie beide jeweils ein großes gemeinsames Dach für die aus ihnen hervorgegangenen internistischen beziehungsweise chirurgischen Schwerpunkte bilden. Die beiden Generalsekretäre von DGIM und DGCH – Professor Ulrich R. Fölsch und Professor Hartwig Bauer – tauschten sich jetzt zusammen mit DGIM-Geschäftsführer Maximilian Broglie persönlich aus: Bei dem Treffen in der Geschäftsstelle der DGIM in Wiesbaden ging es um Gemeinsamkeiten und Unterschiede, Aufgaben und Ziele und auch darum, was die beiden großen Gesellschaften vielleicht voneinander lernen können.

Was verbindet die beiden großen Fachgesellschaften der Chirurgen und Internisten in Deutschland? Wo finden sich Gemeinsamkeiten?

Prof. Bauer: Beide Gesellschaften haben eine große Tradition. Während die Chirurgen im Vergleich zu den Internisten erst vergleichsweise spät zu akademischen Ärzten avancierten, haben sie sich bereits 1872 und damit zehn Jahre vor Gründung der DGIM zu einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft zusammengeschlossen. Gemeinsamkeiten bestehen zweifellos in den satzungsgemäß festgelegten Aufgaben. Für die DGCH ist es die „Förderung der wissenschaftlichen und praktischen Belange der Chirurgie“. Neben dem Fortschritt in Forschung und Klinik, seiner kritischen Evaluation und Umsetzung in eine flächendeckende Versorgung zählen dazu Nachwuchsförderung und die Auseinandersetzung mit den politischen, ökonomischen und sozialen Rahmenbedingungen unseres Faches.

Prof. Fölsch: Ja, beide eint die lange Geschichte und Tradition als Dachorganisation der Wissenschaftler und Ärzte, die auf dem Gebiet der operativen beziehungsweise der konservativen Medizin tätig sind. Beide Gesellschaften betrachten es als ihre wesentliche Aufgabe, Wissenschaft und Forschung in dem jeweiligen Gebiet voranzubringen, den Nachwuchs intensiv

zu fördern und die Interessen der Mitglieder nach außen zu vertreten.

Es bestehen aber durchaus auch Wettbewerb und Unterschiede, die ja teils im Wesen des Faches begründet sind. Welche sind die bedeutendsten?

Prof. Fölsch: Durch die rasante Entwicklung der Medizin sowohl im technischen als auch im diagnostisch-therapeutischen Bereich entstehen natürlich Schnittmengen, in denen die Behandlung einer Erkrankung aus der Chirurgie in die innere Medizin gewechselt ist – zum Beispiel die Therapie des Magengeschwürs – oder aus der inneren Medizin in die Chirurgie – die Behandlung von früher inoperablen Herzfehlern. Dies sind aber „wettbewerblich“ erfreuliche Entwicklungen, die unseren Patienten ganz entscheidend helfen, ohne dabei das abgebende Fach zu schwächen.

Prof. Bauer: Natürlich bestehen im Fach begründete Unterschiede. Ich will hier nicht den Kalauer bemühen, dass der Chirurg ein Internist sei, der operieren kann. Die tiefere Wahrheit daran ist, dass erfolgreiche Chirurgie immer auf wissenschaftlich fundiertes medizinisches Wissen begründet sein muss. Die enormen Fortschritte der Medizin haben zwangsläufig zu einer immer weitergehender Spezialisierung innerhalb unserer Fächer geführt und insgesamt zu einer kontinuierlichen Verschiebung von Fachbereichsgrenzen. Hier bewegen wir uns in Wissenschaft und Forschung sowie bei unseren Versorgungsangeboten sicher auch in einem kompetitiven Umfeld. Dieser Wettbewerb, sofern er eine verbesserte Versorgungsqualität unserer Patienten zum Ziel hat, ist stimulierend und bringt die Medizin insgesamt weiter.

In der Patientenversorgung gewinnt zunehmend an Bedeutung, dass die Fächer enger zusammenarbeiten. Wie unterstützen Sie das seitens Ihrer Gesellschaften?

Prof. Fölsch: Dies ist in der Tat richtig. Die sektorale Abgrenzung zwischen Chirurgie und innerer Medizin wird im Sinne einer optimalen Patientenversorgung immer weiter aufgehoben. Als Beispiele seien genannt: dsyie Tumorboards, Herzkonferenzen, Endoskopie und gemeinsame

Gemeinsame Stellungnahme

von DGCH und DGIM zur Problematik zentraler Notaufnahmen unter www.dgim.de

viszeralmedizinische Stationen. Diese Prozesse unterstützen wir durch die Integration dieser Entwicklungen in Symposien oder Paneldiskussionen bei unseren Kongressen.

Prof. Bauer: Eine engere Zusammenarbeit der Fächer ist die logische Konsequenz der angesprochenen Entwicklungen. Die interdisziplinäre Kooperation wird heute in einem Umfang gelebt, der vor 10–15 Jahren noch unvorstellbar war. Fachliche Abstimmungen und Zusammenarbeit der Fachgesellschaften bei der Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien sind heute eine Selbstverständlichkeit. Interdisziplinäre Tumorboards haben sich nicht nur im Rahmen von zertifizierten Zentren breit durchgesetzt, zunehmend entwickeln sich auch gemeinsam geführte Stationen wie etwa in der Viszeral- oder Gefäßmedizin. Allerdings, und darauf müssen wir auch Wert legen, darf die Chirurgie bei allen positiven Entwicklungen in Richtung gelebter Interdisziplinarität ihre Identität nicht verlieren und sich nicht auf die operative sogenannte Kernleistung reduzieren lassen.

Könnten Sie sich vorstellen, bei Themen – wie etwa dem Bachelor-Master-Studium oder den bürokratischen Aufgaben eines Arztes – auch gemeinsam aktiv zu werden, um noch mehr politische Schlagkraft zu erzielen?

Prof. Fölsch: Damit sind ganz wesentliche Brennpunktthemen genannt, bei denen wir uns in der inneren Medizin mit Positionspapieren zu Wort gemeldet und Stellung bezogen haben. Die DGIM würde es außerordentlich begrüßen, bei solchen Themen eine Phalanx zusammen mit der DGCH zu schmieden. Möglicherweise haben beide Fachgesellschaften die Potenziale in der Vergangenheit nicht ausreichend ausgeschöpft.

Prof. Bauer: Zweifellos gibt es eine Reihe von Themen, bei denen wir gemeinsam mit höherer Schlagkraft aktiv werden können. Dies betrifft insbesondere die gesellschaftlich und politisch vorgegebenen Rahmenbedingungen. Gemeinsame Stellungnahmen wären dabei sicher hilfreich. Im Übrigen gibt es hier schon erfolgreiche Ansätze: Ich denke da auch an die in Kooperation mit unseren Partnern aus der Anästhesie gestarteten Aktivitäten zur Organisation und Leitung interdisziplinärer Notaufnahmen oder zur Vergütung der ärztlichen Weiterbildung.

Eine Ihrer wichtigen Aufgaben ist es, inhaltlich gesicherte, unabhängige und benutzerorientierte Fort- und Weiterbildungen anzubieten und damit den Transfer wissenschaftlicher Neuheiten in Klinik und Praxis zu gewährleisten. Worauf kommt es dabei heute an?

Prof. Bauer: Eine der großen Herausforderungen wird es sein, Fachbereichsverschiebungen und neuen Fächerstrukturen unter Aufnahme des wissenschaftlichen Fortschritts gerecht zu werden. Dies könnte zum Beispiel in einer modular aufgebauten Weiterbildungsordnung geschehen. Die Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten an unseren Nachwuchs hat sich moderner didaktischer Konzepte unter Nutzung neuer Medien zu bedienen. Das Training im Skills Lab und an Simulatoren wird nicht nur im Rahmen der Weiterbildung, sondern auch bei Einführung neuer chirurgischer oder interventioneller Verfahren immer wichtiger. Hier müssen wir Ressourcen noch stärker gemeinsam nutzen. Und schließlich erfordern neue Formen der Teamarbeit auch neue Formen eines Team-



RA Maximilian Broglie, Professor Bauer und Professor Fölsch (v.l.n.r.) in der Geschäftsstelle der DGIM



trainings. Die zunehmend interdisziplinär organisierten Update-Veranstaltungen sind ein weiterer guter Ansatz, einen qualifizierten Wissenstransfer in die Patientenversorgung zu fördern.

Prof. Fölsch: Fort- und Weiterbildung – sowohl was die Wünsche unserer Mitglieder betrifft als auch die technischen Möglichkeiten – sind zurzeit einem starken Wandel unterworfen. Wir haben vor wenigen Monaten in einer großen Umfrage das Fort- und Weiterbildungsverhalten bei unseren Mitgliedern abgefragt und die Weichen entsprechend in die Zukunft gestellt: Neben dem nach wie vor beliebten und gefragten Jahreskongress in Wiesbaden werden wir unseren Mitgliedern künftig ein umfassendes E-Learning-Programm anbieten. Dieses wird sich aus elektronisch verfügbaren „Pocket-Leitlinien“ in Form einer App und weiteren E-Learning-Anwendungen zusammensetzen. Die Inhalte erarbeiten wir zurzeit mit einem wissenschaftlichen Beirat aus Mitgliedern unserer Gesellschaft. Weiterhin werden wir verstärkt besondere Kongress Themen elektronisch aufbereiten und sie Interessierten als „Livestream“ oder „on demand“ zur Verfügung stellen.

Wie Sie schon ansprechen, sind die Tagungen eine wichtige Plattform: Der Internisten- und der Chirurgenkongress folgen im Frühjahr sogar unmittelbar aufeinander. Könnte es dort künftig mehr gemeinsame Sitzungen von Chirurgen und Internisten geben?

Prof. Fölsch: Gemeinsame Sitzungen hat es in der Vergangenheit auf den jeweiligen Jahreskongressen schon zahlreich gegeben. Der Trend geht schon so weit, dass Viszeralchirurgen und Gastroenterologen ihre jeweiligen Kongresse zusammengelegt haben zu einer viszeralmedizinischen Tagung. Allerdings würde dies bei der großen Spannweite für die übergeordneten Fächer wie Chirurgie und innere Medizin keinen Sinn machen.

Prof. Bauer: Für gemeinsame Sitzungen besteht aber sicher noch ein Entwicklungspotenzial. Für den kommenden Chirurgenkongress hat unser Präsident Markus Büchler das Motto „Chirurgie in Partnerschaft“ gewählt. Auch dies ist ein bedeutendes Signal in Richtung verstärkter interdisziplinärer Kooperation. Sie haben das Beispiel der „Viszeralmedizin“ angesprochen.

Bemerkenswert erscheint mir auch, dass der Jahreskongress der Herzchirurgen 2012 von einem Kardiologen geleitet wird.

Wie definieren Sie jeweils Ihre Rolle als Dach über den großen Fächern innere Medizin beziehungsweise Chirurgie?

Prof. Bauer: Über Jahrzehnte haben wir eine Verselbstständigung der einzelnen chirurgischen Disziplinen mit Gründung eigener Fachgesellschaften unter gleichzeitiger Loslösung von der Muttergesellschaft erlebt. In den letzten Jahren erfüllt die DGCH wieder zunehmend die schon bei ihrer Gründung formulierte Aufgabe, die „chirurgischen Arbeitskräfte“ zu einigen. Befördert wird dies durch die Weiterbildungsordnung von 2003 mit Definition einer gemeinsamen Basisweiterbildung aller in dem neuen Gebiet Chirurgie vereinten chirurgischen Fächer. Nachdem unsere Altvordenen in der DGCH zu wenig Entgegenkommen gegenüber den berechtigten Wünschen nach mehr Selbstständigkeit und eigenständigen Entwicklungsmöglichkeiten der chirurgischen Disziplinen zeigten, galt es jetzt vor allem in gegenseitiger Wertschätzung eine neue Vertrauensbasis zu schaffen. Auf diesem Wege sind wir ein gutes Stück vorangekommen.

Warum ist diese einende Rolle so unverzichtbar?

Prof. Bauer: Einigkeit macht stark. Dies ist keine Leerformel, sondern eine Erfahrung, die in besonderem Maße auch für die Fachgesellschaften zutrifft. Es geht um eine Kräfte- und Ressourcenbündelung, es geht um eine geschlossene Außenwirkung bei gelebter Solidarität nach innen und es geht letztlich darum, in einer von allen akzeptierten Vertretungsstruktur Partikularinteressen aufzulösen mit dem Ziel, gemeinsam für den Einzelnen mehr zu erreichen.

Prof. Fölsch: Eine der wesentlichen Aufgaben der DGIM ist die Integration der Schwerpunkte der inneren Medizin. Dazu gehören auch die internistische Intensivmedizin, die Infektiologie und die Geriatrie. Dies erscheint mir gerade im Rahmen des demografischen Wandels, für die DGIM besonders wichtig zu sein. Denn bei den älteren Patienten stehen die Internisten einer Vielzahl von Diagnosen aus den verschiedenen

129. Chirurgenkongress 2012

24. bis 27. April 2012
ICC Berlin
www.chirurgie2012.de

118. Internistenkongress

14. bis 17. April 2012
Rhein-Main-Hallen Wiesbaden
www.dgim2012.de

Gemeinsamer Kongress von Gastroenterologen und Viszeralchirurgen:

„Viszeralmedizin“
19. bis 22. September 2012
CCH Hamburg
www.viszeralmedizin.com

Organbereichen gleichzeitig gegenüber. Auch die Auseinandersetzung mit der kürzlich erlebten EHEC-/EHEC-HUS-Epidemie hat gezeigt, dass nicht nur infektiologisches Wissen erforderlich war, um dieser Krankheit erfolgreich zu begegnen. Stattdessen waren hier Ärzte im Einsatz, die sich in verschiedenen Organbereichen auskennen müssen.

Sie vertreten die Gesamtheit Ihres jeweiligen Fachgebietes. Wie gestaltet sich der Austausch zwischen den Dachgesellschaften und deren Schwerpunkt- und assoziierten Gesellschaften?

Prof. Fölsch: Ich habe schon die integrative Rolle der DGIM für alle Schwerpunktfächer genannt. Um dieser integrativen Rolle gerecht zu werden, sind alle Schwerpunktgesellschaften bei der Programmgestaltung des Jahreskongresses eingebunden. Ebenso sind die Vertreter aller Schwerpunktgesellschaften im Ausschuss der Gesellschaft, wie auch in verschiedenen Kommissionen und Taskforces aktiv vertreten.

Prof. Bauer: Nach meiner Kenntnis besteht hier zwischen der DGCH und der DGIM in der Dachgesellschaftsfunktion der entscheidende Unterschied darin, dass die DGIM eine große persönliche Mitgliedergesellschaft für alle Internisten ist mit Assoziation der einzelnen Schwerpunktgesellschaften, während die DGCH sowohl persönliche Mitglieder kennt als auch die einzelnen Fachgesellschaften als institutionelle Mitglieder, deren Mitglieder wiederum assoziierte Mitglieder der DGCH sind. Das Satzungskonstrukt dazu ist insgesamt kompliziert. Bezüglich der Wahrnehmung von Aufgaben durch die DGCH und die Fachgesellschaften ist der Diskussionsprozess noch nicht abgeschlossen. Daran wird derzeit in verschiedenen Projektgruppen gearbeitet.

DGIM und DGCH haben sich bereits intensiv mit ihrer Vergangenheit auseinandergesetzt. Die DGCH hat nun in Form eines Buches über die Präsidenten zwischen 1933 und 1945 ein besonders schwieriges Kapitel der Geschichte aufgearbeitet. Mit welcher Resonanz? Inwieweit hat die DGIM dies bereits getan?

Prof. Bauer: Diese Publikation ist auf großes Interesse gestoßen. Wir haben ausschließlich positive Kommentare aus Fachkreisen, aber vor allem auch von persönlich Betroffenen bezie-

hungsweise von Familienangehörigen aus dem In- und Ausland erhalten. Das Projekt soll sich in einem weiteren Schritt den Schicksalen der ausgeschlossenen, vertriebenen und vermissten Mitglieder widmen, dem Ziel des Buches entsprechend: „Den Daten und Taten eine heutige Sprache geben“.

Prof. Fölsch: Schon in mehreren Vorstandssitzungen und zahlreichen Gesprächen haben wir dieses Thema in der DGIM diskutiert. Ich möchte der DGCH und dabei insbesondere den Herausgebern und Autoren meinen hohen Respekt und meine Anerkennung zollen, dass sie dieses schwierige Kapitel mit großer Ernsthaftigkeit und Sorgfalt aufgearbeitet und in Buchform veröffentlicht haben. Die DGIM wird sich diesem Zeitraum von 1933 bis 1945 jetzt mit Nachdruck stellen, um auch für uns so viel Klarheit wie möglich in dieses dunkle Kapitel zu bekommen.

Herr Professor Fölsch, was meinen Sie, kann die DGIM von der DGCH lernen?

Prof. Fölsch: Gerade was das eben genannte Problemfeld anbelangt, können wir von der DGCH lernen und uns beraten lassen. Aber ich bin insgesamt der Auffassung und Überzeugung, dass ein regelmäßiger Austausch zwischen den beiden Fachgesellschaften nur gegenseitige Vorteile bringen kann. Und darüber würde ich mich sehr freuen.

Und umgekehrt, Herr Professor Bauer, was kann die DGCH von der DGIM lernen?

Prof. Bauer: Die Gespräche mit dem Generalsekretär und dem Geschäftsführer der DGIM haben mir gezeigt, dass die DGCH sehr viel von der DGIM lernen kann. Deren Struktur, die Aufgabendefinition und vor allem die Wahrnehmung dieser Aufgaben können uns wichtige Anregungen geben in dem derzeitigen Diskussionsprozess innerhalb der DGCH, in den nicht nur ihre Fachgesellschaften, sondern auch die verschiedenen chirurgischen Berufsverbände eingebunden sind. Die Entwicklung, die die DGIM während der letzten Jahre genommen hat, ist in meinen Augen eine Erfolgsgeschichte. An diesem Konzept könnte sich auch die DGCH sehr gut orientieren. Für eine Fortsetzung und Vertiefung des Gedankenaustauschs sind wir nicht nur unter diesem Aspekt dankbar. ■

Herzlichen Dank Ihnen beiden für dieses Gespräch!

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

Kontakt:

Professor Dr. med. Ulrich R. Fölsch
 Generalsekretär der DGIM
 Irenenstraße 1
 65189 Wiesbaden
 Tel.: +49 (0)611 2 05 80 40-0
 Fax: +49 (0)611 2 05 80 40-46
 E-Mail: info@dgim.de
 www.dgim.de

Wünsche und Anregungen?

Sofern Sie Ideen haben, welche Leistungen Sie sich von der DGIM wünschen, dann schreiben Sie uns bitte unter info@dgim.de!

Der 118. Internistenkongress findet vom 14. bis 17. April 2012 in den Rhein-Main-Hallen in Wiesbaden statt. Weitere Kongress-Informationen im Internet: www.dgim2012.de

Reisestipendien zum Kongress

Die DGIM und der Georg Thieme Verlag vergeben an Medizin-studierende im praktischen Jahr 30 Reisestipendien zum Kongress 2012. Sie erhalten 200 Euro in bar und freien Eintritt zur Get-together-Party. Der Eintritt zum Kongress ist für alle Studierenden kostenlos.

Bewerbungsschluss:

15. Februar 2012

Weitere Informationen unter www.dgim.de/Nachwuchsförderung/Stipendien oder www.thieme.de/viamedici

Jahresrückblick 2011

Was hat sich in den vergangenen 12 Monaten bewegt und was wollen wir künftig für unsere Mitglieder erreichen? Diese Frage wird für den Vorstand und die Geschäftsstelle der DGIM immer wichtiger: Der enorme Mitgliederzuwachs zeigt, wie groß das Ansehen dieser Fachgesellschaft bei Ihnen allen ist. Wir haben dieses Jahr die Rekordzahl von 22 000 Mitgliedern erreicht. Das freut uns außerordentlich! Wir nehmen das aber auch als Ansporn und Verpflichtung, den Wünschen und Erwartungen von Ihnen als Mitglied in Zukunft noch besser gerecht werden zu können.


Mitgliedsbeiträge und Leistungen

Viele Themen standen 2011 auf unserer Agenda: Nachwuchsförderung, qualitativ hochwertige Fortbildungsinhalte, politische Aktivitäten, der Ausbau unserer elektronischen

Angebote. Um diese vielfältigen Maßnahmen umsetzen zu können, haben wir zu Beginn des Jahres die Mitgliedsbeiträge in allen Beitragsgruppen angepasst. Dieser Schritt fiel uns nicht leicht, und wir haben ihn im Vorfeld intensiv abgewogen und diskutiert. Doch wir mussten diesen Schritt gehen, weil wir nur so als DGIM die Leistungen erbringen können, die Sie von uns erwarten. Lassen Sie mich die wichtigsten Gründe noch einmal kurz benennen:

- a)** Die bisherigen Beiträge deckten nicht die Ausgaben für die Leistungen, die wir Ihnen als Mitglieder bislang bieten.
- b)** Uns war es wichtig, dass auch zukünftig alle DGIM-Mitglieder freien Eintritt zum Jahreskongress erhalten.
- c)** Wir wollen mit der neu initiierten zweimonatlichen Herausgabe von Gesellschaftsausgaben der Deutschen Medizinischen Wochenschrift DMW (Georg Thieme Verlag) alle Schwerpunkte der inneren Medizin inklusive der Infektiologie, Geriatrie, Intensivmedizin und Versorgungsforschung zu Wort kommen lassen.

d) Und letztlich haben wir uns mit sehr viel Energie der Planungsarbeit für das Projekt „E-Learning“ zugewandt: Dieses umfasst in Kooperation mit Springer Medizin die DGIM-App „Innere Medizin“, eine App mit wichtigen Leitlinien, und schließlich den Ausbau einer E-Learning-Plattform.

Internistenkongress 2011

Das Highlight dieses Jahres war zweifellos der Wiesbadener Jahreskongress unter der Leitung von Professor Dr. Hendrik Lehnert. Dessen Leitthema „Lebensphasen“ machte deutlich, dass eine Erkrankung immer individuell und als Ausdruck sämtlicher biografischer Erfahrungen verstanden werden muss. Gerade jungen Medizinerinnen wurde mit der Informationsveranstaltung „Chances“, der großen Posterausstellung sowie mit der Get-together-Party ein interessantes und abwechslungsreiches Programm geboten. Zukünftig möchten wir noch mehr DGIM-Mitglieder für den Kongressbesuch begeistern. Daher möchten wir Ihre Bedürfnisse und Interessen sowie Arbeitssituation mithilfe einer Mitgliederbefragung besser kennenlernen. Es wäre schön, wenn Sie sich daran wieder so aktiv beteiligen würden wie an den letzten Befragungen.

Wechsel des Generalsekretärs

Weitgehend unbemerkt hat in diesem Jahr die Übergabe des Staffelstabs von Herrn Prof. Dr. med. Hans-Peter Schuster auf mich als Generalsekretär stattgefunden. Ich freue mich, dass ich dieses so gut geführte Amt für die DGIM übernehmen darf.

Es ist uns ein großes Anliegen, Sie als unsere Mitglieder künftig noch enger einzubeziehen, sei es über die Arbeit in den verschiedenen bestehenden Kommissionen und Taskforces oder sei es über Mitgliederbefragungen – und nicht zuletzt über viele persönliche Gespräche.

In diesem Sinne wünschen wir Ihnen allen ein besinnliches Weihnachtsfest, ein erfolgreiches neues Jahr und einen nicht zu langen Winter! ■

Ihr
 Ulrich R. Fölsch
 Generalsekretär der DGIM e.V.