

# DGIM aktuell

Newsletter der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin



## Editorial



Liebe Mitglieder,  
liebe Kolleginnen  
und Kollegen!

Die Vorbereitungen  
für den Internistenkongress  
2009 sind mittlerweile weitgehend  
abgeschlossen.

Das diesjährige wissenschaftliche Programm ist bereits an alle Mitglieder der DGIM verschickt.

In dieser Ausgabe von „DGIM aktuell“ gibt Professor Unger, einer der Plenarredner des Internistenkongresses, in einem Interview einen Einblick in die Bedeutung des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems. Darüber hinaus möchte ich auf zwei wichtige Publikationen der DGIM hinweisen: Eine neue Weiterbildungsbroschüre fasst die Weiterbildungsmodalitäten in der Inneren Medizin zusammen. Sie ist sicherlich eine Hilfe für alle, die dabei sind, ihre Weiterbildung zu planen oder auch konkret umzusetzen. Der Survey „Internistische Versorgung“ gibt außerdem einen Überblick über die gegenwärtige Situation der Inneren Medizin in Deutschland und eröffnet Perspektiven für zukünftige Entwicklungen.

In den Presidential News habe ich ein aktuelles Thema aufgegriffen und die Notwendigkeit einer verbesserten Umsetzung klinischer Forschungsergebnisse in die Praxis gefordert. Versorgungsforschung ist eine integrative Disziplin an der Schnittstelle von klinischer und epidemiologischer Forschung sowie Sozialwissenschaften. In diesem Bereich generierte Informationen sind darauf ausgerichtet, klinische Entscheidungsfindungen sowie Versorgungsangebote im Gesundheitssystem zu verbessern. Der Fokus in der Versorgungsforschung muss in der Überprüfung von Ergebnissen unserer Anstrengungen bei der Versorgung von Patienten und Populationen liegen.

■ Fortsetzung auf Seite 2

## Inhalt

1/2009

### Editorial

#### DGIM – Presidential News

##### Klinische Forschungsergebnisse besser und schneller in die Praxis umsetzen

Mit Weiterentwicklung der Medizin ist die klinische Entscheidungsfindung zunehmend komplexer geworden und die Optionen für Diagnostik und Therapiestrategien

nehmen kontinuierlich zu. Die Ergebnisse klinischer Studien erfüllen bei der Umsetzung in den klinisch-praktischen Alltag häufig nicht die gestellten Erwartungen.

### DGIM – aktiv

#### Wegweiser durch die internistische Weiterbildung

In ihrer neuen Broschüre „Wege der Weiterbildung im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ informiert die DGIM umfassend über die internistische Weiterbildung

in Deutschland. Das Handbuch ermöglicht eine detaillierte Übersicht über das Berufsbild und seine Schwerpunkte.

#### Studie der DGIM-Kommission „Struktur-Krankenversorgung“ zeigt: Wege zum Spezialisten zu lang

In deutschen Krankenhäusern ist die Innere Medizin die mit Abstand größte Fachrichtung. Dennoch sind nicht alle internistischen Schwerpunkte flächendeckend vorhanden.

Patienten mit speziellen Erkrankungen müssen in einigen Regionen lange Wege auf sich nehmen.

### DGIM – Kongress

#### Im Gespräch: Plenarredner auf dem Internistenkongress

In seinem Plenarvortrag auf dem 115. Internistenkongress erläutert Professor Dr. med. Thomas Unger neue Erkenntnisse über das Renin-Angiotensin-Aldosteron-

System. Im Gespräch mit DGIM aktuell spricht der Pharmakologe über aktuelle Forschung zum RAAS und dessen Bedeutung bei der Behandlung des Bluthochdrucks.

### DGIM – Korporative Mitglieder

#### Frühjahrssymposium „Innovation in Deutschland: Was wurde aus der einstigen Apotheke der Welt?“

Laut einer aktuellen Studie des Hamburgischen Welt-Wirtschaftsinstituts hat der Pharmastandort Deutschland seit 1990 an Bedeutung verloren. Über Ursachen und mög-

liche Wege, gegenzusteuern, diskutieren Experten im Rahmen des Frühjahrssymposiums der Korporativen Mitglieder der DGIM auf dem 115. Internistenkongress.

### Termine

### Personalien

### Presseschau

### Impressum

## DGIM – Presidential News

■ Editorial Fortsetzung von Seite 1

Versorgungsforschung ist bei gezieltem Einsatz geeignet, Wege und Mechanismen aufzuzeigen, das bestehende Potenzial in der Medizin und der Gesundheitsversorgung optimal zu verwirklichen. Alle Mitglieder unserer Gesellschaft möchte ich auffordern, sich aktiv bei dem notwendigen Entwicklungsprozess zur Förderung der Versorgungsforschung zu beteiligen.

Ich hoffe, dass Ihnen auch diesmal durch die Lektüre Anregungen und Informationen vermittelt werden. Für die bevorstehenden Ostertage wünsche ich Ihnen erholsame Stunden. Nutzen Sie die Zeit, das bereits vorliegende und sehr umfangreich gestaltete Programm des diesjährigen Internistenkongresses anzuschauen und sich ein bedarfsgerechtes individuelles Programm zusammenzustellen.

Mit herzlichen Grüßen

Ihr

Prof. Dr. med. Rainer Kolloch  
Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

### Umsetzung klinischer Forschungsergebnisse in die Praxis: Ein Plädoyer für Versorgungsforschung

**Die Herausforderungen für eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung sind für Ärzteschaft, Administration und Gesundheitspolitik zum jetzigen Zeitpunkt größer als je zuvor. Mit Weiterentwicklung der Medizin ist die klinische Entscheidungsfindung zunehmend komplexer geworden und die Optionen für Diagnostik und Therapiestrategien nehmen kontinuierlich und mit wachsender Geschwindigkeit zu. Die Ergebnisse klinischer Studien erfüllen bei der Umsetzung in den klinisch-praktischen Alltag häufig nicht die gestellten Erwartungen. Darüber hinaus erfahren wir mit zunehmendem medizinischen Fortschritt eine relevante Kostensteigerung und die notwendige Allokation von Ressourcen induziert Verteilungskonflikte mit zusätzlichen Belastungen. Eine ernstzunehmende Gefahr besteht in der Entwicklung von Ungleichgewichten bei der medizinischen Versorgung und dem Zugang zu qualitativ hochstehenden Versorgungsangeboten für alle Patienten.**

Versorgungsforschung ist eine integrative Disziplin an der Schnittstelle von klinischer und epidemiologischer Forschung sowie Sozialwissenschaften. In diesem Bereich generierte Informationen sind darauf ausgerichtet, klinische Entscheidungsfindungen sowie Versorgungsangebote im Gesundheitssystem zu verbessern. Der Fokus in der Versorgungsforschung muss in der Überprüfung von Ergebnissen unserer Anstrengung bei der Versorgung von Patienten und Populationen liegen. Dabei besteht ein pragmatisches Ziel dieser Bemühung darin, nicht nur Lücken in der Gesundheitsversorgung aufzudecken, sondern auch Lösungswege zu erarbeiten, um entsprechende Defizite zu beseitigen. Versorgungsforschung ist somit geeignet, Wege und Mechanismen aufzuzeigen, das bestehende Potenzial in der Medizin und der Gesundheitsversorgung optimal zu verwirklichen. Um dieses Ziel zu erreichen, ist die Einbeziehung eines breiten Spektrums von Akteuren im Gesundheitswesen – einschließlich klinisch und praktisch Tätiger als auch Grundlagenforschern – zu fordern.



Umfassende und systematisch strukturierte Arbeit ist erforderlich, um das Angebot an evidenzbasierter Medizin sowie deren Umsetzung mit messbaren Ergebnissen zu etablieren. Dabei müssen die nachfolgenden Ziele angesteuert werden:

1. Unterstützung von Grundlagen- und klinischer Forschung einschließlich der Schaffung personeller und infrastruktureller Voraussetzungen
2. Systematische Verbreitung wissenschaftlicher Informationen
3. Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien
4. Schaffung und Etablierung von Indikatoren für die Bewertung von Ergebnissen
5. Entwicklung von unterstützenden Instrumenten für die klinische Entscheidungsfindung
6. Entwicklung von Instrumenten für eine Qualitätsverbesserung

■ Fortsetzung auf Seite 3

**„Versorgungsforschung ist dafür geeignet, Wege und Mechanismen aufzuzeigen, das bestehende Potenzial in der Medizin und der Gesundheitsversorgung optimal zu verwirklichen.“**

Um diese Ziele zu erreichen, sind Anstrengungen auf verschiedenen Ebenen erforderlich. Deutschland ist als Forschungsstandort in den vergangenen Jahren zunehmend kritisch beurteilt worden. Forschungsförderung beinhaltet als Grundvoraussetzung die Schaffung eines forschungsfreundlichen Umfeldes für die wissenschaftliche Arbeit auf allen Ebenen: von der Grundlagenforschung über die Translations bis zur Ergebnisforschung. Die Förderung aller drei Ebenen ist eine Grundvoraussetzung, um die eventuelle Anwendung wissenschaftlicher Ergebnisse in der Praxis und die Verbesserung der medizinischen Versorgungsqualität zu erreichen.

Die Hauptanstrengungen der DGIM konzentrieren sich zurzeit auf die Kommunikation und Verbreitung qualitativ hochanspruchsvoller wissenschaftlicher Informationen aus soliden Quellen, in erster Linie mit dem Ziel einer verbesserten Versorgungsqualität. Dazu tragen insbesondere der jährlich stattfindende und interdisziplinär ausgerichtete Internistenkongress in Wiesbaden bei, aber auch andere wissenschaftliche Konferenzen, Opinion Leader Meetings sowie die Schirmherrschaft über qualitativ hochwertige Updates, Refresher-Kurse und andere Weiterbildungsveranstaltungen. Die Mitwirkung bei der Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien ist eine weitere Aufgabe der DGIM, die auch durch die Schaffung entsprechender Strukturen beziehungsweise Kommissionen weiterentwickelt werden sollen. Die Unterstützung von Veranstaltungen zur Versorgungsforschung, aber auch die stärkere Berücksichtigung entsprechender Themen bei der Programmgestaltung des Wiesbadener Kongresses sind erste Ansätze in diese Richtung.

Die Umsetzung weiterer oben angeführter Ziele ist allerdings zurzeit noch in einem frühen Entwicklungsstadium. Dennoch möchte ich alle Mitglieder unserer Gesellschaft auffordern, sich aktiv oder auch passiv in diesen notwendigen Entwicklungsprozess einzubringen und zumindest eine permissive oder auch ideell fördernde Position einzunehmen.

Im Alltag gehört dazu auch die aktive Einbeziehung von Patienten bei der Entscheidungsfindung, aber auch bei der aktiven Beteiligung und Durchführung von klinischen Forschungs- oder Evaluationsprogrammen. Ein forschungsfeindliches Klima auf allen Ebenen ist ein Hemmnis, das nur durch gemeinsame, gebündelte und zielgerichtete Anstrengungen überwunden werden kann. Die Einbeziehung und die Unterstützung der Bevölkerung für gesundheitsbewusstes Leben und Gesundheitsversorgung werden vermehrt in Anspruch genommen. Erfolgreiche Anstrengungen für eine zunehmende Lebensverlängerung durch die Evolution der Medizin sind nur bei gleichzeitiger systematischer Beeinflussung des Lebensstils zur Erhaltung des Gesundheitsstatus sowie der Lebensqualität sinnvoll. ■



Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin hat erkannt, dass sie für ihren Fachbereich zumindest eine Mentorenfunktion übernehmen und ein Bekenntnis zur Förderung einer wissenschaftlich begründeten Spitzenmedizin abgeben muss. Finanzielle Förderung von Forschungsprojekten ist in begrenztem Ausmaß möglich.

*Professor Dr. med. Rainer Kolloch, Bielefeld  
Vorsitzender der DGIM*

**Kontakt:**

Professor Dr. med. Rainer E. Kolloch  
Evangelisches Krankenhaus  
Bielefeld  
Akademisches Lehrkrankenhaus  
der Universität Münster  
Burgsteig 13  
33617 Bielefeld  
Tel.: +49 (0) 5 21 - 7 72 77 - 5 01  
Fax: +49 (0) 5 21 - 7 72 77 - 5 02  
E-Mail: Rainer.kolloch@evkb.de

## DGIM – aktiv

### Wegweiser durch die internistische Weiterbildung

**In ihrer neuen Broschüre „Wege der Weiterbildung im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ informiert die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. umfassend über die internistische Weiterbildung in Deutschland. Das Handbuch ermöglicht eine detaillierte Übersicht über das Berufsbild und seine Schwerpunkte. Es vermittelt Informationen zu Ansprechpartnern, Richtlinien und Strukturen. Damit gibt die DGIM Internisten Hilfen bei der beruflichen Planung an die Hand.**

Mit Checklisten, Grafiken und Tabellen informiert das Handbuch über die gesamte internistische und allgemeinmedizinische Weiterbildung: deren Dauer, Inhalt, Stufen und die Bedeutung von Richtlinien, Fristen, Logbüchern und Facharztkompetenzen. Auch die Dokumentation der Weiterbildung spielt darin eine Rolle. Darüber hinaus liefert ein ausführlicher Anhang Kontakte, Adressen und Ansprechpartner der Landesärztekammern. ■



Sollte Ihnen die Broschüre noch nicht vorliegen, können Sie diese, solange der Vorrat reicht, bei der Geschäftsstelle der DGIM anfordern.

**Kontakt:**  
Geschäftsstelle  
Deutsche Gesellschaft  
für Innere Medizin  
Irenenstraße 1  
65189 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](mailto:info@dgim.de)

Im Jahr 2007 haben die Ärztekammern den ‚Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung‘ wieder eingeführt. Zusätzlich zum ‚Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin‘ – dem Hausarzt – und dem ‚Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung‘ ist dadurch eine dreigliedrige Struktur der internistischen Weiterbildung entstanden. „Dies gewährleistet eine breite und variable Weiterbildung junger ärztlicher Kollegen und sichert eine umfassende und vielfältige Versorgung der Patienten“, erläutert Professor Dr. med. Hans-Peter Schuster, Generalsekretär der DGIM aus Hildesheim.

Dieser Schritt erfordert jedoch auch für jeden Bereich eine strukturierte Weiterbildungsordnung (WBO). Die Broschüre der DGIM schafft hier einen Überblick: Sie ermöglicht es dem Leser, die drei Formen des Facharztes klar voneinander abzugrenzen, so Professor Schuster. Sie beantwortet zudem, wie sich mehrere Facharzttitle ergänzen lassen. Denn dies sei durch die unterschiedliche Handhabung und Umsetzung der Landesärztekammern (LÄK) relativ komplex. Die Broschüre vergleicht deshalb Facharztkompetenzen und Übergangsbestimmungen der einzelnen LÄK miteinander.



### Den vollständigen Bericht „Struktur der stationären Leistungsangebote der Inneren Medizin und ihrer Schwerpunkte in Deutschland“

können Interessierte in der Fachzeitschrift DMW Deutsche Medizinische Wochenschrift nachlesen.

*Hendrik Lehnert; Struktur der stationären Leistungsangebote der Inneren Medizin und ihrer Schwerpunkte in Deutschland; DMW Deutsche Medizinische Wochenschrift 2009; 134 (5): S. 213–217*

Sie finden den Survey „Struktur des Leistungsangebotes der Inneren Medizin und ihre Schwerpunkte“ auch online auf der Homepage der DGIM unter [www.dgim.de/pdf/2009-Stellungnahme\\_IV.pdf](http://www.dgim.de/pdf/2009-Stellungnahme_IV.pdf).

#### Kontakt:

Professor Dr. med. Hendrik Lehnert  
 Universitätsklinikum Schleswig-Holstein/Campus Lübeck  
 Medizinische Klinik I  
 Ratzeburger Allee 160  
 23562 Lübeck  
 Tel.: +49 (0) 4 51-5 00-23 06  
 Fax: +49 (0) 4 51-5 00-33 39  
 E-Mail: [hendrik.lehnert@uk-sh.de](mailto:hendrik.lehnert@uk-sh.de)

## Untersuchung der DGIM-Kommission „Struktur-Krankenversorgung“ zeigt: Wege zum Spezialisten zu lang

**Im Rahmen ihrer Untersuchung „Struktur der stationären Leistungsangebote der Inneren Medizin und ihrer Schwerpunkte in Deutschland“ legt die DGIM Ergebnisse vor: In deutschen Krankenhäusern ist die Innere Medizin die mit Abstand größte Fachrichtung. Dennoch sind nicht alle internistischen Schwerpunkte flächendeckend vorhanden. Patienten mit speziellen Erkrankungen müssen in einigen Regionen lange Wege auf sich nehmen.**

„Die Krankenhauslandschaft hat sich seit Einführung der Fallpauschalen grundlegend gewandelt, und sie wird sich etwa aus demografischen Gründen auch in den nächsten Jahren in erheblichem Maße weiter verändern“, sagt Professor Dr. med. Hendrik Lehnert, 3. stellvertretender Vorsitzender der DGIM: „Unsere Studie soll einen aktuellen Überblick über die derzeitige Versorgungslage liefern und uns in die Lage versetzen, konkrete Vorschläge für eine angemessene internistische Versorgung zu machen“, so der Direktor der 1. Medizinischen Klinik der Universität zu Lübeck.

Entsprechend den aktuellen Ergebnissen der DGIM ist die internistische Versorgung in Deutschland auf den ersten Blick gut: In 1460 von 2166 Akut-Krankenhäusern gibt es Abteilungen für Innere Medizin. Häufig sind es die größten Stationen: Hier befinden sich annähernd 33 Prozent aller Betten. Gut ein Fünftel aller Fachärzte im Krankenhaus sind Internisten. Sie behandeln 38 Prozent aller Klinikpatienten. Die Internisten sind gut ausgelastet. „Jeder Internist betreut etwa 1,8 mal mehr Patienten als die Ärzte der anderen Fachgebiete“, erläutert Professor Lehnert. Auch die Liegezeit – ein bedeutender wirtschaftlicher Faktor – ist mit durchschnittlich 7,9 Tagen niedriger als der Gesamtdurchschnitt aller Fachrichtungen von 8,7 Tagen. Die internistischen Schwerpunkte weisen hierbei Unterschiede auf. Diese reichen von 5,6 Tagen bei den Herzpatienten in der Kardiologie bis zu 17,0 Tagen in der Geriatrie, die sich um Erkrankungen alter Menschen kümmert.



Darüber hinaus deutet die in ihrer Art bisher einzigartige Studie jedoch auf Mängel im Versorgungsangebot hin. „Sie betreffen vor allem die regionale Verbreitung der internistischen Schwerpunkte“, so Lehnert. Diese betreuen heute fast 40 Prozent aller Patienten mit inneren Erkrankungen. Spezialisten für Hormonstörungen, Nierenleiden oder für Blut- und Krebserkrankungen finden sich vielerorts nur an Universitäten und akademischen Lehrkrankenhäusern. Das bedeutet für die betroffenen Patienten lange Anfahrtswege und Wartezeiten. Nur drei Bundesländer – Bremen, Nordrhein-Westfalen und das Saarland – führen hier eine Bedarfsplanung durch. Die DGIM macht darin erheblichen Nachholbedarf aus: „Hier gilt es detaillierte Vorgaben zu machen und damit Strukturen zu schaffen – etwa durch eine vermehrte Kooperation der Kliniken“, schlägt Lehnert vor. Auf diese Weise ließen sich auch Patienten mit weniger häufigen Erkrankungen angemessen versorgen. ■

## DGIM – Kongress

### Im Gespräch: Plenarredner auf dem Internistenkongress Professor Thomas Unger

#### Kontakt:

Professor Dr. med. Thomas Unger  
Center for Cardiovascular Research  
(CCR)

Institut für Pharmakologie der  
Charité – Universitätsmedizin  
Berlin

Hessische Straße 3-4  
10115 Berlin

Tel.: +49 (0) 30 - 45 05 25 - 0 02

Fax: +49 (0) 30 - 45 05 25 - 9 01

E-Mail: thomas.unger@charite.de

#### Professor Unger

ist seit 2001 Direktor des Institutes für Pharmakologie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin und leitet seit dessen Gründung 2003 das Center for Cardiovascular Research (CCR) der Charité Berlin. Sein Studium absolvierte er an den Universitäten in München, Leeds (UK) und Heidelberg, wo er auch promovierte. Nach einem anschließenden zweijährigen Forschungsaufenthalt am Clinical Research Institute of Montréal, kehrt Unger zurück an die Universität in Heidelberg. Dort hat er bis 1994 zunächst eine Professur für Pharmakologie, dann für experimentelle Hypertonieforschung inne. Für seine Forschungen insbesondere auf dem Gebiet des Bluthochdrucks ist Professor Unger vielfach ausgezeichnet. Dazu gehören der Franz-Gross-Wissenschaftspreis der Deutschen Hypertoniegesellschaft und der Björn-Folkow-Award der European Society of Hypertension.

**In seinem Plenarvortrag auf dem 115. Internistenkongress erläutert Professor Dr. med. Thomas Unger neue Erkenntnisse über das Renin-Angiotensin-Aldosteron-System. Im Gespräch mit DGIM aktuell spricht der Pharmakologe über aktuelle Forschung zum RAAS und dessen Bedeutung bei der Behandlung des Bluthochdrucks**

Sie beschäftigen sich seit langem intensiv mit dem Renin-Angiotensin-Aldosteron-System – Welche neuen Erkenntnisse gibt es auf diesem Gebiet?

**Prof. Unger:** Das Renin-Angiotensin-System (RAS) ist ein uraltes, genetisch hochkonserviertes Hormonsystem. Obwohl das Schlüsselenzym dieses Systems, das Renin, schon seit über hundert Jahren bekannt ist, lernen wir immer noch fast täglich Neues über bislang unbekannt Funktionen des RAS. Neueste Erkenntnisse betreffen unter anderem die Existenz eines zellulären Rezeptors für Renin und sein Vorläuferprotein, das Prorenin. Nach Bindung an diesen Rezeptor werden beide katalytisch aktiviert und können damit signifikant mehr, im Falle des Renins, oder überhaupt erst, im Falle des Prorenins, Angiotensin-Peptide generieren. Darüber hinaus führt die Bindung an den Reninrezeptor – unabhängig von der katalytischen Aktivierung – zur Auslösung einer intrazellulären Signalkaskade, die unter anderem pathologisches Zellwachstum fördert und so zu Organschäden wie zum Beispiel einer Nierenfibrose beitragen kann. Eine Substanz, welche die katalytische Wirkung des Renins, also die Erzeugung von Angiotensin, hemmt, ist vor kurzem als Antihypertensivum eingeführt worden. Substanzen, welche die Bindung von Pro-Renin oder Renin an den Reninrezeptor hemmen und damit die nicht-katalytische Aktivierung des Rezeptors verhindern, gibt es noch nicht. Nach solchen Substanzen wird intensiv geforscht, weil sie eine völlig neue Klasse von organprotektiven Arzneimitteln darstellen könnten.

Eine zweite Neuigkeit betrifft den Angiotensin-AT<sub>2</sub>-Rezeptor. Im Gegensatz zum „klassischen“ AT<sub>1</sub>-Rezeptor, der unter anderem



Vasokonstriktion, Zellproliferation, Entzündung und Apoptose vermitteln kann, ist der AT<sub>2</sub>-Rezeptor in der Vergangenheit mit anti-proliferativen und anti-inflammatorischen Effekten in Verbindung gebracht worden. Seit kurzem gibt es eine hochselektive, oral wirksame Substanz, die den AT<sub>2</sub>-Rezeptor gezielt aktiviert. Im Tierexperiment und an menschlichen Zellen wurden zum Teil dramatische anti-inflammatorische und gewebesetzende Wirkungen dieser Substanz am Herzen, an der Niere und im Nervensystem beobachtet, die unabhängig vom Blutdruck sind. Eine Entwicklung dieses Moleküls zum Arzneimittel könnte ebenfalls eine neue Klasse von Organprotektiva hervorbringen.

**Bluthochdruck als eine der Querschnittsaufgaben der Inneren Medizin, erfordert die Zusammenarbeit verschiedener Schwerpunkte. Was ließe sich in der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Versorgung verbessern, um diese zu optimieren?**

**Prof. Unger:** In der Tat ist sowohl die Forschung als auch die Patientenversorgung bei Bluthochdruck eine interdisziplinäre Aufgabe. In Bezug auf die Klinik beginnt dies bei der

**115. Kongress der DGIM**

Samstag, 18. bis  
Mittwoch, 22. April 2009  
Rhein-Main-Hallen  
Rheinstraße 20  
65185 Wiesbaden  
Tel.: +49 (0) 6 11-144-0  
Fax: +49 (0) 6 11-144-118  
E-Mail: info@rhein-main-hallen.de

**Vorsitzender:**

Prof. Dr. med. Rainer E. Kolloch  
Evangelisches Krankenhaus  
Bielefeld  
Akademisches Lehrkrankenhaus  
der Universität Münster  
Burgsteig 13  
33617 Bielefeld  
Tel.: +49 (0) 5 21-772 77-5 01  
Fax: +49 (0) 5 21-772 77-5 02  
E-Mail: Rainer.kolloch@evkb.de

Dr. med. Mariam Abu-Tair, Bielefeld  
Dr. med. Elmar Offers, Bielefeld  
Dr. med. André Althoff (beratend),  
Gießen

**Kongresssekretariat:**

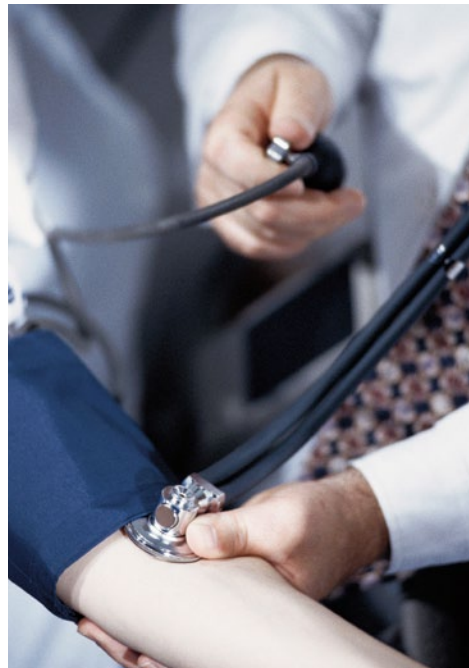
Rosemarie Sterthoff  
Evangelisches Krankenhaus  
Bielefeld  
Akademisches Lehrkrankenhaus  
der Universität Münster  
Burgsteig 13  
33617 Bielefeld  
Tel.: +49 (0) 5 21-772 77-5 01  
Fax: +49 (0) 5 21-772 77-5 02  
E-Mail: dgim2009@evkb.de

**Teilnehmerregistrierung:**

Manon Waas  
Tel.: +49 (0) 6 21-4106-102  
Fax: +49 (0) 6 21-4106-80102  
E-Mail:  
manon.waas@mconmannheim.de

Im Internet: [www.dgim2009.de](http://www.dgim2009.de)

Prävention, die eine Aufgabe aller Beteiligten im Gesundheitssystem ist und findet seine Fortsetzung unter Einschaltung von Spezialisten verschiedener Sub-Spezialitäten in diagnostische und therapeutische Maßnahmen bis hin zur Behandlung von Organkomplikationen und Folgeerkrankungen.



Da gegenwärtig noch immer die Mehrzahl unserer Hypertonie-Patienten hinsichtlich ihrer Blutdruckwerte nicht kontrolliert ist, müssen wir zugeben, dass unser Versorgungssystem noch nicht optimal funktioniert und Verbesserungen nötig sind.

Hier sind zwar in den letzten Jahren schon große Fortschritte gemacht worden. Doch die wechselseitige Kommunikation muss noch weiter entwickelt werden; sie darf nicht, wie es früher vielfach ausschließlich der Fall war, nur unidirektional von „oben nach unten“ erfolgen. Die heute bereits vielfach zwischen den jeweiligen Fachgesellschaften harmonisierten Therapieempfehlungen und Leitlinien spielen dabei eine wichtige Rolle.

Und schließlich sollten auch gesundheitsökonomische Aspekte eine Rolle spielen, die es den Ärzten gestatten, beispielsweise zur Verhütung des Schlaganfalls bei Hypertonikern diejenigen Medikamente einzusetzen, die den größten Präventionserfolg versprechen.

**Warum ist das RAAS so entscheidend für die Behandlung der Volkskrankheit Hypertonie?**

**Prof. Unger:** Das Renin-Angiotensin-Aldosteron-System (RAAS) ist eines der wichtigsten, wenn nicht überhaupt das wichtigste System für die Herz-Kreislauf-Regulation, darüber hinaus aber auch für die physiologische und pathophysiologische Funktion vieler Organe, die für Herzfunktion, Kreislauf und Metabolismus bedeutsam sind. Vieles haben wir darüber durch den Einsatz von Medikamenten gelernt, welche an verschiedenen Stellen in das RAAS eingreifen, die ACE-Hemmer, Angiotensin-Rezeptorblocker, Aldosteron-Antagonisten oder Renin-Inhibitoren. Zusammen genommen, stellen diese Substanzen das wirksamste Arsenal an Arzneimitteln in der Behandlung von Herz-Kreislauf- und Nieren-Erkrankungen dar. Eine Fülle von klinischen Studien belegt ihre Effizienz in der Therapie nicht nur der Hypertonie, sondern darüber hinaus der Herzinsuffizienz, des Herzinfarktes, des Schlaganfalls und der (diabetischen) Nephropathie, wobei die einzelnen Wirkstoffgruppen ein jeweils eigenes Muster von Indikationen aufweisen. So haben sich beispielsweise die ACE-Hemmer als besonders wirksam in der Prävention von Myokardinfarkten, die AT<sub>1</sub>-Rezeptorblocker in der Verhütung von Schlaganfällen oder der Reduktion einer linksventrikulären Herzhypertrophie erwiesen, während die Aldosteron-Antagonisten sich bei schweren Fällen der Herzinsuffizienz oder der sog. therapieresistenten Hypertonie bewährt haben. Auch das Neuauftreten von Diabetes mellitus Typ 2 kann, wie vielfach gezeigt wurde, durch Hemmstoffe des Renin-Angiotensinsystems verhindert oder zumindest verzögert werden.

**Sie stellen heraus, dass Studien zu Medikamenten die Verschiedenheit von Patienten zu wenig berücksichtigen. Spielen auch im Zusammenwirken von RAAS und Medikamenten z. B. Ethnie und Geschlecht eine Rolle?**

**Prof. Unger:** Große klinische Studien, die auf Vermeidung von Ereignissen wie Herzinfarkte, Schlaganfälle etc. getrimmt sind, differenzieren aus statistischen und anderen Gründen oft nicht in wünschenswertem Ausmaß nach Kriterien wie Geschlecht oder ethnischer Herkunft. Neue Ergebnisse belegen jedoch, dass derartige Faktoren eine größere Rolle spielen, als bisher angenommen. Dies ist auch einer der Gründe, weshalb manche Kollegen für künftige Studien eine größere Differenzierung in Richtung kleinere, gezielt ausgewählte Patientengruppen empfehlen.

**Termine:**
**115. Internistenkongress**

Plenary Sessions

**Beeinflussung des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems: Was können wir therapeutisch erreichen?**

 Professor Dr. Thomas Unger  
 Montag, 20. April 2009 (Halle 1)  
 12.00 bis 12.45 Uhr

**Akuttherapie und Sekundärprophylaxe des akuten Schlaganfalls**

 Professor Dr. Martin Grond  
 Dienstag, 21. April 2009 (Halle 1)  
 12.00 bis 12.45 Uhr

**Evolution der Medizin: Wie viel medizinischen Fortschritt vertragen wir?**

 Professor Dr. Detlev Ganten  
 Mittwoch, 22. April 2009 (Halle 1)  
 12.00 bis 12.45 Uhr

Sie haben am Center for Cardiovascular Research (CCR) für die Entwicklung eigens eine Firma gegründet. Verbessert dies den Transfer von Forschung in die Versorgung und welche weiteren Vorteile hat dies? Gibt es hier schon vielversprechende Entwicklungen?

**Prof. Unger:** Wir sind dabei, am CCR eine Firma zur Entwicklung von Arzneimitteln zu gründen und werden den Gründungsprozess hoffentlich noch in der ersten Hälfte dieses Jahres geschafft haben. Diese Ausgründung aus der Charité ist eine Bedingung seitens des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen eines in der „Go-Bio“-Ausschreibung geförderten Projektes. Wir haben diesen Wettbewerb mit einem Projektvorschlag zur Entwicklung eines Inhibitors des Renin/Prorenin-Rezeptors gewonnen. Wir sind allerdings mit dieser Entwicklung noch in der ersten Phase, müssen jetzt mithilfe einer anderen Firma hunderttausende von chemischen Substanzen auf ihre Eignung als Inhibitoren dieses Rezeptors überprüfen, um dann einige vielversprechende Kandidaten weiter zu entwickeln. Dieses Projekt ist wagemutig und mit vielen Risiken behaftet. Falls wir erfolgreich sein sollten, wird es noch eine Reihe von Jahren dauern, bis wir eine Zulassung beantragen können.

Welches sind die Hauptziele für eine gute Versorgung von Bluthochdruckpatienten?

**Prof. Unger:** In Deutschland – wie in den anderen Ländern auch – liegt die Zahl der Bluthochdruckpatienten mit kontrolliertem Blutdruck, also Werten unter 140/90 mmHg, noch immer unter 30 Prozent. Eine adäquate Versorgung von Bluthochdruckpatienten sollte mit früher Erkennung und hinreichender Diagnostik beginnen, mit regelmäßiger Blutdruckkontrolle und therapeutischer Betreuung fortgeführt werden und schließlich bei auftretenden Organkomplikationen oder Folgeerkrankungen interdisziplinär vernetzt werden. Dies setzt zuerst einmal unermüdliche Aufklärung über die Gefährlichkeit dieser „heimlichen Krankheit“ voraus, die nicht nur über die Ärzte selbst, sondern auch über andere Effektoren des Gesundheitssystems unter Einbeziehung der Medien erfolgen muss, weiterhin eine flächendeckende ärztliche Versorgung mit dienlichen Versorgungsstrukturen, vor allem aber auch den Willen von Patient und Arzt, einen lebenslänglichen Kontrakt miteinander einzugehen. Wenn der heute so inflationär gebrauchte Begriff „Nachhaltigkeit“ einen Sinn hat, dann hier. Das Ziel muss sein, so viele Patienten wie möglich zu konstant normotensiven Blutdruckwerten zu bringen, um die Folgen der arteriellen Hypertonie wie Schlaganfall, Herzinfarkt und Nierenversagen zu vermeiden.

Was motiviert Sie, am Internistenkongress aktiv teilzunehmen?

**Prof. Unger:** Der Internistenkongress hat den unschätzbaren Vorteil, dass er nicht auf eine medizinische Subspezialität begrenzt, sondern gegenüber allen Entwicklungen und Strömungen der Inneren Medizin in ihrer Gesamtheit offen ist. Für mich als auch in klinischen Entwicklungen und Prüfungen aktiven Pharmakologen, ist dies ein besonders interessantes Forum, weil der interdisziplinäre oder auch Querschnittsaspekt, der ja auch ein Kennzeichen meines Faches ist, hier besonders zur Entfaltung kommen kann. Ich spreche also nicht nur vor organbegrenzten Spezialisten, sondern vor Ärztinnen und Ärzten, die über eigene Sub-Interessen hinaus etwas über Probleme und Fortschritte der Inneren Medizin insgesamt erfahren möchten. Insbesondere natürlich, was die Therapie von Volkskrankheiten wie der Hypertonie angeht.

Vielen Dank für das Gespräch. ■



Das zweite Entwicklungsprojekt, welches wir am CCR intensiv verfolgen, ist der selektive Agonist des Angiotensin-AT<sub>2</sub>-Rezeptors. Hier haben wir schon eine vielversprechende Substanz in den Händen, sind also einige Schritte weiter in der Entwicklung. Eine Prüfung am Menschen ist schon in Reichweite. Aber auch in diesem Falle ist das Risiko noch gewaltig.

## DGIM – Korporative Mitglieder

### Frühjahrssymposium der Korporativen Mitglieder der DGIM auf dem 115. Internistenkongress

#### Frühjahrssymposium der Korporativen Mitglieder der DGIM – Innovation in Deutschland: Was wurde aus der einstigen Apotheke der Welt?

Dienstag, 21. April 2009, von 8.15 bis 11.15 Uhr, Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden, Halle 10/3

#### Vorsitzende:

Professor Dr. rer. medic.  
Norbert W. Paul (Mainz)  
Professor Dr. rer. nat.  
Stefan Rose-John (Kiel)

**Was können wir uns leisten? Beitrag aus der Gesundheitsökonomie**  
Dr. med. Thomas Schürholz (Stuttgart)

**Innovationen in der Grundlagenforschung: Welcher Benefit bleibt für Deutschland?**  
Professor Dr. rer. nat. Stefan Rose-John (Kiel)

**Das Ende der Apotheke der Welt? Die Geschichte der pharmazeutischen Innovationen in Deutschland**  
Professor Dr. rer. medic.  
Norbert W. Paul (Mainz)

**Wieviel Innovation verträgt das Gesundheitswesen – Beitrag aus der Politik**  
Dr. dent. Peter Schmitz (Mainz)

**Innovationsstandort Deutschland – Beitrag aus der Pharmaindustrie**  
Dr.-Ing. Norbert Gerbsch (Berlin)

Laut einer aktuellen Studie des Hamburgischen Welt-Wirtschaftsinstituts hat der Pharmastandort Deutschland seit 1990 im internationalen Vergleich an Bedeutung verloren. Über Ursachen und mögliche Wege, gegenzusteuern, diskutieren Gesundheitsökonom, Mediziner, Vertreter der Pharmazeutischen Industrie und der Politik im Rahmen des Frühjahrssymposiums der Korporativen Mitglieder der DGIM auf dem 115. Internistenkongress.

Der weltweite Standortwettbewerb nimmt auch für die forschungsintensive Pharmaindustrie in Deutschland stetig zu. Neben Stärken wie hoher

Qualifikation an Wissenschaftlern und Fachkräften gibt es hierzulande auch Nachteile. Dazu gehört gerade im Gesundheitswesen die hohe Regeldichte. Um auch in Zukunft Patienten optimal zu versorgen, braucht es jedoch innovative Arzneimittel.

Wie sich die Qualität des pharmazeutischen Standorts Deutschlands verbessern ließe, erörtern die Korporativen Mitglieder im Rahmen des Symposiums „Innovation in Deutschland: Was wurde aus der einstigen Apotheke der Welt?“ auf dem Internistenkongress in Wiesbaden. ■



#### Pressekonferenz anlässlich des Frühjahrssymposiums der Korporativen Mitglieder der DGIM

„Innovation in Deutschland – Was wurde aus der einstigen Apotheke der Welt?“  
Termin: Dienstag, den 21. April 2009, 12.30 bis 13.00 Uhr  
Ort: Saal 12D in den Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden

## DGIM – Termine

### ESIM-Stipendium der DGIM

Interessierte richten ihre Bewerbung bitte mit kurzem Lebenslauf und wenn möglich unter Beifügung einer kurzen Fallbeschreibung bis zum 31. Mai 2009 an den Generalsekretär der DGIM.

#### Kontakt:

Professor Dr. med.  
Hans-Peter Schuster  
Generalsekretär der DGIM  
Deutsche Gesellschaft  
für Innere Medizin  
Irenenstraße 1  
65189 Wiesbaden  
Tel.: +49 (0) 6 11 - 2 05 80 40 - 0  
Fax: +49 (0) 6 11 - 2 05 80 40 - 46

### Weitere Termine unter der Schirmherrschaft der DGIM

#### 115. Internistenkongress der DGIM

18. bis 22. April 2009  
Wiesbaden

#### 44. Jahrestagung der Gesellschaft der Internisten Mecklenburg und Vorpommerns e.V.

15. bis 16. Mai 2009  
Greifswald

#### 8. Kongress der European Federation of Internal Medicine

27. bis 30. Mai 2009  
Istanbul

#### 12. Frühjahrstagung Universität Leipzig – Herzzentrum

12. bis 13. Juni 2009  
Leipzig

## Junge Internisten treffen sich zum europäischen Austausch



ESIM-Kurs 2008: DGIM-Stipendiaten und Stefan Lindgren (Präsident EFIM, 2.v.li.), Christopher Davidson (Vizepräsident EFIM, 4.v.li.), Antonio Martins Baptista (ESIM-Direktor Portugal, 2.v.re.)

**Jährlich kommen im Rahmen der European School of Internal Medicine (ESIM) etwa 70 junge Internisten aus Europa zusammen. Dieser unter Schirmherrschaft der European Federation of Internal Medicine (EFIM) veranstaltete Kurs bietet intensiven fachlichen Austausch und Einblicke in die unterschiedlichen Gesundheitssysteme und Ausbildungen. Die Veranstaltung richtet sich besonders an Ärzte in der Weiterbildung und junge Internisten. Die DGIM vergibt für den diesjährigen Kurs im Herbst erneut bis zu fünf Stipendien.**

Auf der vergangenen ESIM-Tagung vom 1. bis 6. September 2008 in Portugal standen während des einwöchigen Treffens tägliche Vorlesungen, klinische Fallpräsentationen aus jedem teilnehmenden Land und zahlreiche Workshops auf dem Programm. Wie die vier DGIM-Stipendiaten von 2008 berichten, war insbesondere die aktive Mitarbeit, interaktive Präsentation der

Themen und der persönliche Austausch mit jungen Medizinerinnen aus 24 Nationen für sie besonders fruchtbar. Ein vielfach diskutiertes Thema bei den Ärzten waren die unterschiedlichen Ausbildungen und Arbeitsbedingungen für Mediziner in den jeweiligen Heimatländern.

Die DGIM ermöglicht auch dieses Jahr bis zu fünf jungen Internisten die Teilnahme am ESIM-Kurs. Dieser findet vom 6. bis 12. September 2009 unter der Leitung von Dr. Davidson in Greenwich/London statt. Zum Programm gehören erneut Vorlesungen, Workshops, klinisch-pathologische Konferenzen aus allen Schwerpunkten der Inneren Medizin und Fallpräsentationen aus jedem teilnehmenden Land.

**Weitere Informationen zum Programm finden Interessierte auf der Homepage der DGIM unter: [www.dgim.de/wisspreise/stipendien.html](http://www.dgim.de/wisspreise/stipendien.html)** ■

## 2. Nephro Update in Wiesbaden

Zum zweiten Mal findet das Nephrologie-Update-Seminar vom 8. und 9. Mai 2009 im Dorint Hotel Pallas in Wiesbaden statt. Das zweitägige Seminar bietet aktuelles und relevantes Fachwissen für Klinik und Praxis rund um die Nephrologie und Hypertensiologie.

Die Veranstaltung steht unter der wissenschaftlichen Leitung von Professor Dr. Kai-Uwe Eckardt, Erlangen/Nürnberg und Professor Dr. Manfred Weber, Köln. Die DGIM übernimmt zusammen

mit der Akademie Niere die Schirmherrschaft der Fortbildungsveranstaltung. In etwa 13 Teilseminaren präsentieren Referenten neue Studien und kommentieren diese für den Alltag in Klinik und Praxis. Der Kurs ist von der Landesärztekammer Hessen mit 16 CME-Fortbildungspunkten zertifiziert.

**Weitere Informationen und Anmeldung finden Interessierte auf der Homepage unter [www.nephro-update.com](http://www.nephro-update.com)** ■

## DGIM – Personalia

**Intensivkurs Innere Medizin unter der Schirmherrschaft der DGIM**

**Vorbereitung auf die Facharztprüfung und Refreshing**

11. bis 16. Mai 2009  
Hamburg

### Weitere Fortbildungen

**29. Seminar „Endoskopie des Internisten“**

18. bis 19. April 2009  
Wiesbaden  
[www.endoskopiedesinternisten.de](http://www.endoskopiedesinternisten.de)

**Gyn-Onko Update**

24. bis 25. April 2009  
Wiesbaden  
[www.gyn-onko-update.com](http://www.gyn-onko-update.com)

**Praxis Update**

24. bis 25. April 2009  
Berlin  
15. bis 16. Mai 2009  
Düsseldorf und Wiesbaden  
[www.praxis-update.com](http://www.praxis-update.com)

**Workshop: Arzneimitteltherapie seltener Krankheiten**

12. Mai 2009  
Berlin

**HNO-OP Update**

5. bis 6. Juni 2009  
Frankfurt / Main  
[www.hno-op-update.com](http://www.hno-op-update.com)

### Professor Hanns-Gotthard Lasch für Lebensleistung geehrt



Der Fachbereich Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen würdigte Professor em. Dr. med. Dr. h. c. mult. Hanns-Gotthard Lasch mit der Ehrenmedaille für sein Lebenswerk. Der ehemalige Vorsitzende und Generalsekretär der Deutschen Gesell-

schaft für Innere Medizin (DGIM) gilt mit der Auszeichnung einmal mehr als herausragende Persönlichkeit der Gießener Hochschulmedizin.

1925 in Liegnitz geboren, studierte Lasch in Breslau und Erlangen Medizin. Der Internist habilitierte sich 1959 mit einer Arbeit mit dem Titel „Latente Gerinnung“. Aus seinen Forschungen entstand unter anderem ein neuer Therapieansatz: Die Fibrinolyse bei Intensivmedizin, Schocklunge und Multiorganversagen (MOV). 1965 nahm Lasch den Ruf an den Gießener Lehrstuhl für Innere Medizin an. Als Chef der Klinik für Innere Medizin in Gießen, DGIM-Vorsitzender und langjähriger Generalsekretär prägte er über Jahrzehnte die Innere Medizin. Lasch war Mitglied des Wissenschaftsrates der Deutschen Forschungsgemeinschaft. Aus seiner Klinik gingen unter anderem 41 Habilitanden, 23 Wissenschaftler in Chefarztpositionen und neun Mediziner auf C4-Lehrstühlen hervor. Die DGIM verlieh ihm im Jahr 2001 die Gustav-von-Bergmann-Medaille in Gold.

Die Laudatio hielt der ehemalige Lasch-Schüler Professor Dr. med. Werner Seeger, Gießen – DGIM-Vorsitzender 2005/2006. Dieser bescheinigte seinem Ziehvater eine Aura der Außergewöhnlichkeit. Er betonte unter anderem, dass dessen Name für immer untrennbar mit der Blutgerinnungsforschung verbunden sei. ■

### Professor Scherbaum mit der Berthold Medaille ausgezeichnet

Für sein wissenschaftliches Lebenswerk erhielt Professor Dr. med. Werner A. Scherbaum die Berthold Medaille der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie. Mit ihrer höchsten Auszeichnung würdigte die Fachgesellschaft auf ihrem 52. Symposium im

März 2009 in Gießen insbesondere seine Forschungen auf dem Gebiet der endokrinen Autoimmunerkrankungen. Im Rahmen der Eröffnung der Tagung der DGE hielt der Laureat die Berthold Lecture zum Thema „Autoimmunität bei Endokrinopathien“.

Der Internist leitet seit 2004 die Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Rheumatologie des Universitätsklinikums Düsseldorf und ist Lehrstuhlinhaber für das Fach Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie und Stoffwechsel. Von 1997 bis 2007 war er Ärztlicher Direktor des Deutschen Diabetes-Zentrums an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Seine Forschungsschwerpunkte umfassen die Immunologie des Typ 1-Diabetes, die Etablierung von Verfahren zur Prädiktion des Diabetes mellitus und die Parakrine Regulation endokriner Organe, insbesondere zur neuroendokrinen Interaktion. In seiner wissenschaftlichen Laufbahn erhielt Professor Scherbaum mehrfache Auszeichnungen, unter anderem auch 1987 den Theodor-Frerichs-Preis der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. ■



## Presseschau

### Kasse muss im Notfall nicht zugelassene Arznei bezahlen

Auch nicht zugelassene Medikamente müssen nach einem Urteil des Hessischen Landesozialgerichts in bestimmten Fällen von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden. Voraussetzung dafür ist nach Entscheidung der Richter, dass es bei einer lebensbedrohlichen Erkrankung keine Alternative zu dem Mittel gibt und deshalb eine „notstandsähnliche Situation“ besteht. Nach dem am Donnerstag veröffentlichten Urteil des Landessozialgerichts in Darmstadt hat ein 44 Jahre alter Aidskranker Anspruch auf ein Medikament, das in Europa nicht zugelassen ist (AZ L 1 KR 51/05). (...)

Quelle: Frankfurter Allgemeine Zeitung ■

### EU-Einfluss auf Gesundheitspolitik wird unterschätzt

Die europäische Gesundheitspolitik hat mannigfaltige Auswirkungen auf die Arbeit von Ärzten, Apothekern und anderen im Gesundheitswesen Tätigen. Die Folgen der politischen Einflüsse der EU auf die nationale Ebene würden mitunter aber unterschätzt. So lautete das Fazit einer Fachveranstaltung in Menden im Sauerland, zu der der CDU-Europaabgeordnete Peter Liese Fachleute aus dem deutschen Gesundheitswesen eingeladen hatte.

„Viele Aspekte der Gesundheitspolitik werden auch in Zukunft national geregelt bleiben. Aber vieles wird in Europa entschieden und darum müssen wir uns gemeinsam kümmern“, so Liese. Als Beispiele nannte er den Regelungsvorschlag zur Stärkung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Versorgung, das europäische Arzneimittelrecht sowie die umstrittene Revision der EU-Arbeitszeitrichtlinie mit ihren unmittelbaren Folgen für die Arbeitszeitgestaltung in Krankenhäusern und Rettungsdienststellen. (...)

Quelle: Deutsches Ärzteblatt ■

### Medizinstudenten lernen jetzt mit Dr. House

Jede Woche schauen dienstags rund sechs Millionen Menschen zu, wenn Hugh Laurie als Dr. Gregory House mit seinem Ärzteteam die schwierigsten Krankheiten behandelt. Jetzt sind es nochmal fünfzig mehr. Denn ein Professor bringt seinen Studenten mit der Fernsehserie wichtige Dinge bei.

Dan küsst Melinda. Doch plötzlich: „Was ist das?“ Dicke, rote Quaddeln schießen aus ihrer Haut. Ihre Muskeln verkrampfen, Melinda ringt nach Luft, fällt, reißt eine Schublade auf, sucht mit letzter Kraft ihre rettende Spritze, verliert das Bewusstsein. Tot?

Jürgen Schäfer klickt auf Stopp. „Was haben wir gesehen, was ist passiert?“ Vor ihm sitzen knapp fünfzig Medizinstudenten, die freiwillig in die Marburger Universitätsklinik gekommen sind. Sie sehen „Dr. House“, laut RTL die erfolgreichste US-Serie im deutschen Fernsehen.

Unter dem Motto „Hätten wir den Patienten in Marburg auch geheilt?“ zeigt Schäfer, Professor an der Klinik für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Kardiologie, im zu Ende gehenden Wintersemester seinen Studenten Ausschnitte aus der Serie. (...)

Quelle: www.welt.de ■

## 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](mailto: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](mailto:info@medizinkommunikation.org)

