

DGIM aktuell

Newsletter der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin



Editorial



Liebe Mitglieder,
Liebe Kolleginnen
und Kollegen,

ein Highlight der DGIM in diesem Jahr liegt bereits hinter uns. Der 114. Internistenkongress in Wiesbaden hat erneut den hohen

Anspruch an Themenvielfalt, Aktualität, Interdisziplinarität, wissenschaftliche Qualität sowie die Präsenz aller Schwerpunktfächer der Inneren Medizin in eindrucksvoller Weise belegt. Herrn Professor Ertl und seinem Kongress-Team spreche ich an dieser Stelle noch einmal meinen ausdrücklichen Dank und Gratulationen für die erfolgreiche Ausrichtung der Tagung aus. Programmgestaltung, Besucherzahlen und zunehmend jüngere Mitglieder der Gesellschaft weisen auf eine zukunftsorientierte Entwicklung hin.

Auch der 115. Kongress der DGIM 2009 wird diese Tradition fortsetzen. Wir planen erneut ein spannendes und interaktives Programm mit dem Ziel, neueste wissenschaftliche Erkenntnisse und Methoden zu bewerten und in das bestehende System der Patientenversorgung einzuordnen. Weitere Hinweise finden Sie auf den folgenden Seiten. Hiermit lade ich Sie sehr herzlich ein, sich an diesem interessanten und kollegialen Austausch aktiv zu beteiligen.

Ein weiteres Anliegen meiner Amtsperiode ist die Förderung des ärztlichen Nachwuchses durch eine Verbesserung der Rahmenbedingungen einer strukturierten und im System verankerten Finanzierung der Weiterbildung. Ich halte dies für eine Grundfrage, um medizinisch-wissenschaftlichen Fortschritt auf hohem Niveau flächendeckend in die Patientenversorgung einzubringen. Einige Überlegungen zu diesem Thema finden Sie in der vorliegenden DGIM aktuell. Ich wünsche mir eine Sensibilisierung unserer Mitglieder zu dieser Thematik mit dem Ziel, den sich entwickelnden Diskussionsprozess zu beschleunigen und zu umsetzbaren Lösungen bei einer verbesserten Patientenversorgung zu kommen.

Ich wünsche Ihnen viel Freude bei der Lektüre.

Ihr
Rainer Kolloch

Inhalt

3/2008

Editorial

DGIM – Presidential News

Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung im Spannungsfeld gesundheitspolitischer Diskussionen

Die Förderung des ärztlichen Nachwuchses durch besser strukturierte und gesicherte Finanzierung der Weiterbildung sind Kernaufgaben, um einem sich

abzeichnenden Ärztemangel mit Verschlechterung der Versorgung entgegen zu wirken.

DGIM – aktiv

Positionspapier der DGIM „Ärztliche Tätigkeit in Universitätsklinik und Lehrkrankenhäusern“

Zunehmend bestimmen administrative Aufgaben den ärztlichen Arbeitsalltag. Die DGIM fordert, den Fokus auf die Kernaufgaben des Arztes in Krankenversorgung,

Lehre und Forschung zu legen. In ihrem Positionspapier konkretisiert sie, was zu den Kernaufgaben ärztlicher Mitarbeiter gehört

Stipendiaten vertiefen Netzwerk „Young Internists“

Motiviert durch den europäischen fachlichen Austausch entstand aus ehemaligen Stipendiaten der DGIM und

weiteren Teilnehmern der European School of Medicine (ESIM) das europäische Netzwerk „Young Internists“.

DGIM – Kongress

114. Internistenkongress: Von Leitlinien zur Therapie des individuellen Patienten

Rund 8200 Teilnehmer besuchten den 114. Internistenkongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin in Wiesbaden und nahmen an Kursen, Symposien,

Industriesymposien, Workshops und Patientenveranstaltungen teil.

DGIM – Korporative Mitglieder

Frühjahrsymposium der Korporativen Mitglieder: Kosten und Nutzen in der Medizin

Im Rahmen des 114. Internistenkongresses tagten auch die Korporativen Mitglieder der DGIM. In ihrem Frühjahrsymposium diskutierten Referenten

die Methoden der Kosten- und Nutzenbewertung in Deutschland.

Termine

Personalia

Presseschau

Impressum

DGIM – Presidential News

Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung im Spannungsfeld gesundheitspolitischer Diskussionen

Die Förderung des ärztlichen Nachwuchses durch besser strukturierte und gesicherte Finanzierung der Weiterbildung sind Kernaufgaben, um einem sich abzeichnenden Ärztemangel mit Verschlechterung der Versorgung entgegen zu wirken.

Ein gestiegener Bedarf an Nachwuchsärzten und qualifizierten Fachärzten – im Wesentlichen durch die Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes und die Tendenzen zur Spezialisierung – ist unübersehbar. Andererseits lässt sich eine Abwanderung approbierter Ärzte in das europäische Ausland, insbesondere die Schweiz, registrieren. Aber junge Ärzte wandern auch in ärztliche Tätigkeiten außerhalb der Patientenversorgung ab (zum Beispiel Management, Controlling, Consulting etc.), bei weiter steigendem Bedarf in diesen Bereichen.

Die Probleme und Unzufriedenheiten gerade in der jüngeren Ärzteschaft sind vielfältig. Unbefriedigende Arbeitsbedingungen, insbesondere Defizite bei der Weiterbildung, zunehmende Bürokratie, unbefriedigende Tarifverträge sowie eine chronische Unterfinanzierung der Krankenhäuser, sind Ursache für eine schwieriger werdende, angemessene, ärztliche Ausstattung von Versorgungshäusern, Universitätskliniken sowie im niedergelassenen Bereich.

Die Kosten und die Finanzierung ärztlicher Weiterbildung spielen in der sich entwickelnden gesundheitspolitischen Diskussion eine zunehmend herausragende Rolle. Für diese Entwicklung gibt es mehrere Gründe:

1. Der erhöhte Kosten- beziehungsweise Spardruck auf die Krankenhäuser führt dazu, dass die ärztliche Weiterbildung, die über-



wiegend durch die öffentlichen und die öffentlich subventionierten Krankenhäuser erbracht wird, verstärkt als kostentreibender Faktor betrachtet wird.

2. Die Krankenkassen weisen darauf hin, dass eine Querfinanzierung der ärztlichen Weiterbildung mit Mitteln der sozialen Krankenversicherung rechtlich nicht statthaft sei, in der Realität aber dennoch stattfindet.
3. Mit der Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes werden zunehmend Stimmen laut, dass die Weiterbildung, aber auch wissenschaftliche ärztliche Tätigkeit, nicht mehr im selben Umfang wie bisher während der Arbeitszeit stattfinden könne.
4. Die Diskussion um die finanzielle Ausgestaltung der Weiterbildung ist im Rahmen von Kostensenkung und Abbau von Ressourcen generell in Bewegung geraten.

In diesem Zusammenhang wird die ärztliche Weiterbildung häufig als ein Sonderfall dargestellt, in dem Ärztinnen und Ärzte die einzigen Berufsgruppen seien, die ihre Weiterbildung nicht aus eigenen Mitteln bezahlen würden.

Die Diskussion wird zunehmend intensiver unter Einbeziehung verschiedener Akteure

Kontakt:

Professor Dr. med. Rainer E. Kolloch
Chefarzt der Klinik für
Innere Medizin, Kardiologie,
Nephrologie, Pneumologie
in Bethel
Evangelisches Krankenhaus Bielefeld
Burgsteig 13
33617 Bielefeld
Tel.: +49(0)521-77277-501
Fax: +49(0)521-77277-502
E-Mail: dgim2009@evkb.de

„Als Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin 2008/2009, habe ich mir dieses Thema zur besonderen Aufgabe gemacht und als einen besonderen Schwerpunkt meiner Amtszeit definiert. Dieses Engagement ist primär nicht als berufspolitische Ambition, sondern aus der Verpflichtung zu verstehen, als Repräsentant einer der größten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften Rahmenbedingungen für eine wissenschaftlich begründete, qualitativ hochwertige, systematisch strukturierte und vor allen Dingen durch entsprechende Finanzierung gesicherte Weiterbildung zu schaffen. Nur so lässt sich ein hoher Standard bei der Patientenversorgung aufrechterhalten“, so Professor Dr. med. Rainer Kolloch.



im Gesundheitswesen wie zum Beispiel der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften, der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Krankenhausträger und Vorstände, der Berufsverbände sowie der gewerkschaftlichen Organisationen und last but not least der Krankenkassen geführt.

Es besteht Konsens darüber, dass die Weiterbildung im Krankenhaus zu den ärztlichen Kernaufgaben zählt. Darüber hinaus gibt es keinen besseren Ort, als die Einrichtungen der Patientenversorgung, an denen ärztliche Weiterbildung erfolgreich gestaltet werden kann.

Andererseits wird Weiterbildung aber auch als „Nebenprodukt“ ärztlicher Tätigkeit angesprochen: traditionelle Gründe, Weiterbildung als unverbindliche Abmachung unter Ärzten, fehlende Mitwirkung der Krankenkassen, unzureichende Strukturierung und Ressourcenallokation werden als Ursachen für den Ist-Zustand der Weiterbildungssituation genannt. Um politisch umsetzbare Lösungsansätze zu entwickeln, ist eine Abstimmung und längerfristige Kooperation mit den oben genannten Beteiligten im Gesundheitssystem erforderlich. Eine Sensibilisierung der Ärzteschaft selbst, die Einbeziehung politischer Gremien sowie der Kostenträger sind sicherlich Eckpunkte, um Fortschritte bei der Lösung des komplexen Problems zu erzielen.

Äußerungen der Bundesgesundheitsministerin auf dem letzten Deutschen Ärztetag in Ulm, haben erstmals öffentlich deutlich gemacht, dass eine Unterfinanzierung der Krankenhäuser und insbesondere auch die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung Handlungsbedarf induziere. Auch Mitglieder des Bundestages und Vertreter des Gesundheitsausschusses haben in öffentlichen Veranstaltungen zur Finanzierung der Weiterbildung den gegenwärtigen Stand und die Sicht der Politik dargestellt. Zurzeit befinden wir uns noch in einer Phase der Analyse, in der Themen wie:

- Krankenhausfinanzierung
- Besteht politischer Handlungsbedarf?

- Wie ist die derzeitige Verteilungssituation bei Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten?
 - Wie ist die Kostensituation?
 - Ist die Weiterbildung im DRG-System korrekt abgebildet?
 - Welche politischen Reaktionsmöglichkeiten bestehen?
- diskutiert werden.

Als technische Voraussetzung für politische Reaktionen werden die Gewinnung von relevanten Daten und die Kalkulation der Kosten angesehen. Erst danach wären Entscheidungen über eine Finanzierung durch die ärztlichen Selbstverwaltungsorgane oder gegebenenfalls durch den Gesetzgeber möglich. Als Umsetzungsvorschläge werden zurzeit Zu- und Abschläge, Fondslösungen und gegebenenfalls zusätzliche Mittel angesehen.

Zusammenfassend bin ich der festen Überzeugung, dass es die primäre Verpflichtung der medizinisch wissenschaftlichen Fachgesellschaften ist, neueste wissenschaftliche Erkenntnisse und Methoden zu bewerten und in das bestehende System der Patientenversorgung einzuordnen. Es ist aber auch zunehmend erkennbar, dass dieser interaktive Vorgang nicht nur durch wissenschaftliche Kongresse und qualitativ hochwertige Fortbildungsmaßnahmen geleistet werden kann. Der interaktive Vorgang des medizinischen Fortschrittes ist durch gesundheitspolitische Entwicklungen komplexer geworden. In diesem Sinne möchte ich mich dafür einsetzen, Voraussetzungen zu schaffen und Rahmenbedingungen zu verbessern, um die Begeisterung für den ärztlichen Beruf und insbesondere für die Innere Medizin mit all ihren Schwerpunkten zu fördern, die Weiterbildung auf hohem Niveau zu verbessern und einem sich abzeichnenden Ärztemangel mit Verschlechterung der Versorgung entgegen zu wirken.

Wir haben ein hohes Potenzial, diese Ziele zu erreichen. Es sind aber auch besondere Anstrengungen erforderlich, um dieses Potenzial in einem angemessenen Zeitrahmen zu verwirklichen.

*Prof. Dr. med. Rainer Kolloch, Bielefeld
Vorsitzender DGIM ■*

DGIM – aktiv

Positionspapier der DGIM (IV) „Ärztliche Tätigkeit in Universitätsklinik und Lehrkrankenhäusern – Fokussierung ist nötig“

Ärztliche Kernaufgaben:

In der Krankenversorgung auf Station/in der Ambulanz:

- Anamnese
- Körperliche Untersuchung
- Planung der Diagnostik, Aufklärung vor Eingriffen
- Wertung der Ergebnisse und Unterrichtung der Patienten
- Planung, Durchführung und Dokumentation der Behandlung
- Durchführung kleiner diagnostischer und therapeutischer Eingriffe
- Überwachung der Behandlung und Unterrichtung der Patienten und ihrer Angehörigen
- Information von Kollegen, der Mitarbeiter im Pflegedienst und Applikation von komplexen Medikamenten und Blutprodukten
- Diskussion von Problemen mit Kollegen
- Arztbericht, Epikrise und Fallabschluss
- Abschließendes Gespräch mit Patienten
- Ärztliches Qualitätsmanagement Fort- und Weiterbildung, Konferenzen

In der Lehre:

- Unterricht am Krankenbett
- Studentenbetreuung im Blockpraktikum
- Beteiligung am Studentenunterricht im Praktischen Jahr
- Betreuung von Famuli und PJ-Studenten
- Prüfungen im Rahmen der Kleingruppenunterrichtsformen
- Regelmäßiges Literaturstudium

In der Forschung:

- Betreuung von klinischen Studien
- Grundlagenorientierte Forschung im Labor
- Arbeitsgruppenbetreuung, Mentoring
- Drittmittelinwerbung, Publikationen
- Aktive Teilnahme an wissenschaftlichen Tagungen

Der folgende Text stellt einen Auszug dar. Die vollständige Version des Positionspapieres finden Interessierte auf der Homepage der DGIM unter www.dgim.de/Aktuelles.

Problem

Kernkompetenz des Arztes ist die Betreuung von Patienten. Zunehmende computergestützte Kommunikation und Dokumentation beeinflussen derzeit den Alltag insbesondere junger Ärztinnen und Ärzte und erschweren die Konzentration auf die eigentliche Aufgabe der Betreuung von Patienten. Ständig wechselnde Vorschriften und ausufernde Schreibtisch-tätigkeit schrecken ab: Ein Internist verbringt täglich 3,15 Stunden mit der Dokumentation, 25 Prozent davon entfallen auf rein administrative Tätigkeiten, so eine aktuelle Studie. Die Situation verschärft sich durch verkürzte Verweildauer und steigende Fallzahlen – die Zeit für Patientenkontakte wird hingegen immer knapper. Dies steht im Gegensatz zu dem steigenden Beratungs- und Informationsbedürfnis unserer Patienten. Zusätzliche Aufgaben in der Lehre bedingen eine Mehrbelastung der ärztlichen Mitarbeiter an Universitätsklinik und Lehrkrankenhäusern. Zeit für Forschung bleibt kaum, was zudem den Forschungsstandort Deutschland schwächt.



Auf ärztliche Tätigkeiten fokussieren und nicht-ärztliche auslagern

Es ist dringend erforderlich, den Fokus auf die Kernaufgaben des Arztes in Krankenversorgung, Lehre und Forschung zu legen. Die DGIM hat hierzu konkretisiert, was ihrer Auffassung nach zu den Kernaufgaben ärztlicher Mitarbeiter in der Ausbildung an Universitätsklinik und akademischen Lehrkrankenhäusern gehört (siehe Marginalie links). Um diesen Aufgaben nachzukommen, ist eine Entlastung an administrativen Aufgaben notwendig. Dies impliziert auch eine Umverteilung von Tätigkeiten auf nichtärztliche Mitarbeiter. Folgende Aufgabenbereiche könnten von jeweils speziell geschultem Personal übernommen werden:

- Diagnosen- bzw. Prozedurendokumentation und Gruppierung (DRG)
- Administrative nicht-ärztliche Tätigkeiten wie bspw. Anforderung von Untersuchungen, Organisation von Untersuchungsabläufen und Vorbereitung der Entlassungsdokumente
- Ärztliche Tätigkeiten mit geringem Komplikationspotenzial (z.B. Blutentnahme, Applikation wenig toxischer Medikamente)

Für alle genannten Maßnahmen ist gezeigt, dass sie umsetzbar sind – entweder durch Modellprojekte im nationalen Rahmen oder Erfahrungen in anderen Ländern.

Vorschlag der DGIM

Die DGIM hält zur Abstellung der oben beschriebenen Probleme folgende Schritte für dringend erforderlich:

- Im Rahmen der Universitätsklinik und Akademischen Lehrkrankenhäuser Schaffung strukturierter Freistellungszeiten für Patienten- und Grundlagenorientierte Forschung durch zweckgerechte Verwendung der Landeszuschüsse.
- Weiterentwicklung der Weiterbildungsordnungen, in die auch die Möglichkeit einer klinisch wissenschaftlichen Tätigkeit im Rahmen der Weiterbildung implementiert werden muss (s. Positionspapier vom 6.4.2008).

■ Fortsetzung auf Seite 5

- Integration der Lehrtätigkeit in die zeitliche Planung der Ärzte in Universitätsklinik und Lehrkrankenhäusern und Transparenz bezüglich der tatsächlichen Lehrzeiten.
- Entwicklung und Förderung des Berufsbildes der medizinischen Dokumentationsassistenten und Case-Manager, die auf den Stationen in Kooperation mit den ärztlichen Mitarbeitern, dem Pflegedienst und der Verwaltung die Organisation des stationären Aufenthaltes und die Dokumentationsanfordernisse abdecken und gleichzeitig die Abläufe der Diagnostik sowie die Interaktion mit anderen Klinika und Abteilungen entlasten.
- Fokussierung der Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte auf die ärztlichen Kernkompetenzen und auf das Einüben der „lebenslangen Fortbildung“ durch zertifizierte Fortbildung, Literaturstudium und ärztlichen Informationsaustausch. ■

Stipendiaten vertiefen Netzwerk: „Young Internists“-Treffen auf dem europäischen Internistenkongress

Die European School of Medicine (ESIM) bietet etwa 60 jungen Internisten aus ganz Europa die Möglichkeit, eine Woche lang aktuelle Themen in der Inneren Medizin zu diskutieren. Die DGIM wird auch in diesem Jahr bis zu fünf Stipendiaten die Teilnahme an dem europäischen Seminar ermöglichen. Die Seminare der ESIM organisiert die European Federation of Internal Medicine (EFIM) seit 2006. Sie richten sich an junge Ärzte in der Endphase ihrer internistischen Weiterbildung.

Motiviert durch den europäischen fachlichen Austausch entstand aus ehemaligen Stipendiaten der DGIM und weiteren Teilnehmern der ESIM das europäische Netzwerk „Young Internists“. Zum dritten Mal trafen sich die jungen Ärzte während der Jahrestagung der European Federation of Internal Medicine, die im Mai 2008 in Rom stattfand.

Die jungen Internisten diskutierten während des „Young Internists“-Meetings klinische Fragestellungen, wissenschaftliche Projekte und stellten interessante Fälle vor. Ebenso tauschten sich die Ärzte über Arbeitssituationen und Arbeitsbelastungen im klinischen Alltag in den unterschiedlich strukturierten Gesundheitssystemen ihrer Heimatländer aus. Die deutschen Mitglieder der „Young Internists“-Gruppe planen für den 115. Internisten-



kongress, über die Aktivitäten des Netzwerkes zu berichten.

Der nächste Kurs der ESIM findet in Portugal vom 1. bis 6. September 2008 statt. Weitere Informationen zur Bewerbung für Stipendien und Erfahrungsberichte sind im Internet verfügbar. ■

Informationen zu den ESIM-Stipendien der DGIM im Internet:
www.dgim.de/wisspreise/stipendien.html

Weitere Informationen erhalten Interessierte auch bei dem Delegierten der DGIM für die EFIM: Professor Dr. med. Johannes Köbberling
 Kliniken St. Antonius
 Zentrum für Innere Medizin
 Carnaper Straße 48
 42283 Wuppertal
 Tel.: +49(0)202-299-2510
 E-Mail: Koebberling@Antonius.de

Homepage des Netzwerkes „Young Internists“:
www.younginternists.efim.org

Auch in diesem Jahr veröffentlicht die DGIM ihre Aktivitäten des vergangenen Geschäftsjahres in einer Jahresbroschüre. Die Broschüre 2008 liegt den Organen der DGIM voraussichtlich bis Oktober bei.

DGIM – Kongress

114. Internistenkongress: Von Leitlinien zur Therapie des individuellen Patienten

Der 115. Internistenkongress findet von Samstag, den 18. April, bis Mittwoch, den 22. April 2009, in Wiesbaden statt.

Einen Schwerpunkt bilden komplexe Mehrfacherkrankungen, verdeutlicht am Beispiel von Herz-Lungen-Erkrankungen. Damit verbunden ist die notwendige Verbesserung der fächerübergreifenden Zusammenarbeit in der Inneren Medizin. Weitere Themen sind Bluthochdruck und insbesondere Schlaganfall als große Volkskrankheit mit stark zunehmender medizinischer und gesundheitspolitischer Bedeutung. Besonderheiten der Diagnostik und Therapie beim älteren Patienten und Gefäßmedizin bilden ebenfalls Schwerpunkte des Kongresses.

Kongresspräsident:

Professor Dr. med. Rainer E. Kolloch
 Chefarzt der Klinik für Innere Medizin, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie in Bethel
 Evangelisches Krankenhaus Bielefeld
 Burgsteig 13
 33617 Bielefeld
 Tel.: +49(0)521-77277-501
 Fax: +49(0)521-77277-502
 E-Mail: dgim2009@evkb.de

Internet: www.dgim2009.de

Rund 8200 Teilnehmer besuchten den 114. Internistenkongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin in Wiesbaden und nahmen an Kursen, Symposien, Industriesymposien, Workshops und Patientenveranstaltungen teil. Zu den Schwerpunkten des Kongresses gehörten in diesem Jahr die molekulare Bildgebung, seltene Erkrankungen, und die Themen „Von Leitlinien zur Therapie des individuellen Patienten“ und „Von den Grundlagen- zur Versorgungsforschung“.

Entsprechend stellte der Vorsitzende des 114. Kongresses, Professor Dr. med. Georg Ertl, neueste internistische Forschung in den Vordergrund. Denn die letzten Jahrzehnte hätten – vor allem im Bereich der molekularen Medizin – zahllose Errungenschaften in der Behandlung innerer Erkrankungen gebracht: Gefäßstützen, Fortschritte in der Therapie der Herzschwäche, in der Transplantationsmedizin oder auch erste Erfolge in der Behandlung des Lungenhochdrucks. Kennzeichnend sei, dass medizinische Forschung Mediziner mit den Natur- aber auch Sozialwissenschaftlern, Psychologen und nicht zuletzt Philosophen vereint. „Mit ihnen zusammen arbeiten wir uns nicht nur von der Grundlage zur Krankheit vor, sondern versuchen auch von der Krankheit und ihrer erfolgreichen Behandlung ausgehend den Weg zurück zu ihren Grundlagen zu finden“, betonte Professor Ertl.

Bei der Gestaltung des Programms lag verstärkt Gewicht darauf, dass Forschung möglichst unmittelbar dem Patienten zugute kommt. Eine bedeutende Rolle spiele des-

halb klinische Forschung, denn vor allem sie sei patientenorientiert: „Inzwischen wurde erkannt, dass durch Wissenschaftler initiierte Studien einen wichtigen Stellenwert in der Forschungslandschaft einnehmen“, sagt der Direktor der Medizinischen Klinik und Poliklinik I der Universität Würzburg. Jedoch sei dafür eine angemessene Infrastruktur zu schaffen, ohne die Forschung an Krankenhäusern nicht möglich sei.

Daran anknüpfend widmete die DGIM in diesem Jahr erneut ein umfassendes Programm ausschließlich Patienten, Angehörigen und Interessierten: Im Rahmen des Patiententages informierten internistische Experten in kostenlosen Seminaren, Vorträgen und Diskussionen über Erkrankungen von Herz, Magen und Darm, Lunge und Stoffwechsel. Im Rathaus und an Ständen auf dem Wiesbadener Schlossplatz standen sie Besuchern Rede und Antwort. Der Patiententag richtete mit dem Motto Vorbeugung von Krankheiten besonders an interessierte Erwachsene und Kinder. Im Rahmen einer Pausenbrot-Rally wurde beispielsweise spielerisch für eine gesunde Ernährung und mehr Bewegung von Schulkindern sensibilisiert.

In der den 114. Internistenkongress begleitenden Industrieausstellung stellten sich 115 Firmen vor. Sie zeigten dort neue Produkte aus Pharmaforschung und Medizintechnik. Etwa 3100 Quadratmeter Ausstellungsfläche der Rhein-Main-Hallen waren während des diesjährigen Internistenkongresses belegt. ■



DGIM – Korporative Mitglieder

Das Frühjahrssymposium der Korporativen Mitglieder der DGIM fand am Dienstag, dem 1. April 2008, in den Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden, statt.

Frühjahrsymposium der Korporativen Mitglieder: Kosten und Nutzen in der Medizin – wie bewerten?

Im Rahmen des 114. Internistenkongresses tagten auch die Korporativen Mitglieder der DGIM. In ihrem Frühjahrssymposium diskutierten Referenten aus der klinischen Pharmakologie, einer privaten Krankenkasse, einer kassenärztlichen Vereinigung sowie zwei Gesundheitsökonomen die Methoden der Kosten- und Nutzenbewertung in Deutschland.

Denn ab diesem Jahr hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) den gesetzlichen Auftrag, nicht nur den Nutzen, sondern auch dessen Relation zu den Kosten einer Therapie zu bewerten. Welche Folgen dieses Vorhaben für die medizinische Versorgung in Deutschland hat, ist Thema des Symposiums in Wiesbaden.

Zukünftig sollen Kosten-Nutzen-Bewertungen vorgeben, wie viel eine neue Therapie – in der Regel also ein neues Arzneimittel – die gesetzlichen Krankenkassen im Höchstdfall kosten darf („Höchstbetrag“), um neben einer bereits etablierten Behandlungsform bestehen zu können. Das IQWiG stellte den Entwurf einer „Methodik für die Bewertung von Verhältnissen zwischen Nutzen und Kosten im System der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung“ Anfang 2008 zur Diskussion. Mithilfe der darin vorgestellten „Analyse der Effizienzgrenze“ ist laut IQWiG ein Vergleich von Kosten und Nutzen einer beliebigen Zahl von Therapiealternativen möglich. Mit der „Budget-Impact-Analyse“ lässt sich der Einfluss einer Entscheidung auf die Ausgaben im Gesundheitswesen einschätzen.

Internationale Standards einhalten

Aus Sicht von Professor Dr. Dr. med. Wilhelm Kirch von der Deutschen Gesellschaft für Klinische Pharmakologie und Therapie (DGKliPha) müsse die Nutzenbewertung nach internationalen Standards und im Dialog mit Fachgesellschaften, Patienten und der Industrie erfolgen. Besonders wichtig sei, dass die Routine-Versorgung der Patienten berücksichtigt werde. Kirch gab auch zu bedenken, dass Nutzen und Kosten über längere Zeit untersucht werden müssten, da zum Beispiel Medikamenten-Nebenwirkungen oder Auswirkungen einer verbesserten Compliance bei

einem verträglicheren Präparat nur langfristig eingeschätzt werden könnten. Nebenwirkungen allein verursachten vier bis fünf Prozent der Krankenhausaufnahmen, mangelnde Compliance Mehrausgaben von schätzungsweise 5,4 Milliarden jährlich. Das Potenzial eines Präparates ist, so Kirch, nur in der praktischen Anwendung erkennbar.

IQWiG

Einrichtung der Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

- Gegründet am 1. Juni 2004 im Rahmen der Gesundheitsreform
- Tätig im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) oder des Bundesgesundheitsministeriums
- Der G-BA vergibt die Aufträge für (Kosten-) Nutzenbewertungen nur an das IQWiG
- IQWiG gibt Empfehlungen ab, trifft selbst aber keine Entscheidungen
- Die Verantwortung für die Festlegung eines Höchstbetrages liegt, laut Gesetz, bei den Krankenkassen

Bisherige Erfahrungen mit der Nutzenbewertung

Ebenfalls kritisch gegenüber dem Vorgehen des IQWiG äußerte sich Professor Dr. med. Martin Wehling, Klinische Pharmakologie Mannheim: „Willkürlich ausgewählte Studien werden selektiv zitiert, klinisch wichtige Endpunkte weggelassen und ungeeignete Befunde einbezogen.“ Weiterhin sei die Gutachterauswahl weder international noch unabhängig. Als Beispiel für eine defiziente Nutzenanalyse durch das IQWiG nannte er den Cholesterinsenker Atorvastatin.

■ Fortsetzung auf Seite 8

Beauftragter für die Korporativen Mitglieder der DGIM:

Professor Dr. med.
Ulrich R. Fölsch
Universitätsklinikum
Schleswig-Holstein
Campus Kiel
Klinik für Allgemeine
Innere Medizin
Schittenhelmstraße 12
24105 Kiel
Tel.: +49(0)431 597-1271
E-Mail: urfoelsch@1med.uni-kiel.de

Auch die Empfehlung gegen eine autologe Knochenmarktransplantation bei einigen Leukämieformen sei aufgrund „selektiven Zitierens, Missachtung von Überlebensvorteilen und Ignorieren der Unmenschlichkeit wiederkehrender Chemotherapien“ entstanden.

Rolle der privaten Krankenversicherungen

Die Bedeutung des Methodenpapiers für die privaten Krankenversicherungen legte **Professor Dr. med. Jürgen Fritze** vom Verband der privaten Krankenversicherung dar. Auch bei den Privaten sei der Versicherer zu einer Leistung nicht verpflichtet, wenn die Kosten in einem „auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen“ (§192 VVG). Hier könne die Kosten-Nutzen-Bewertung also theoretisch von Bedeutung sein. Ab 2009 werde sie aber unmittelbar für die PKV gültig. Denn dann wird der Basistarif eingeführt, in dem nur GKV-Leistungen bezahlt werden. Sofern der Gemeinsame Bundesausschuss die IQWiG-Empfehlungen in Richtlinien umsetzt, ist die Kosten-Nutzen-Bewertung dann auch für die private Krankenversicherung interessant.

Ärzte benötigen Entscheidungshilfen

Eine Institution wie das IQWiG sei unumgänglich, so **Dr. med. Axel Munte**, Kassenärztliche Vereinigung Bayern (KVB). Ärzte seien heute nicht mehr in der Lage, sich so schnell fortzubilden, wie neue Spezialpräparate auf den Markt kommen. Eine individuelle

Abwägung von Kosten und Nutzen, das heißt eine ethische versus eine finanzielle Entscheidung zu treffen, könne ein Arzt nicht leisten. Das gleiche Problem bestehe bei der Gewichtung von Wirkungen und Nebenwirkungen. Eine Kosten-Nutzen-Bewertung sei wichtig, da eine isolierte Nutzenbewertung die Anwendbarkeit der Arzneimittel beschränke. Laut Munte ist es wichtig, dass der Arzt nur hinsichtlich der Indikationsstellung, nicht aber hinsichtlich der Preise verantwortlich ist.

Gibt es international anerkannte Methoden?

Dass die Bewertung von Arzneimitteln je nach Institution unterschiedliche Ergebnisse hervor-

bringe, sei vollkommen normal, sagte auf dem Symposium **Dr. Thomas Mittendorf**, Gesundheitsökonom an der Leibniz Universität Hannover. Die Struktur der Institutionen, die sich in Deutschland mit gesundheitsökonomischen Fragen beschäftigen (z.B. GKV, PKV, DIMDI), sei sehr komplex, und die Perspektive jeweils eine völlig andere.

Zum so genannten „internationalen Standard“ in der Methodik der Arzneimittelbewertung stellte Mittendorf klar, dass sich einzelne Länder in ihrer Methodik unterscheiden müssten, da auch die Versicherungssysteme unterschiedlich seien und andere Kostenblöcke eine Rolle spielen.

Studienplanung unter Kosten-Nutzen-Aspekten

Klinische Studien können nicht herangezogen werden könnten, um Kosten abzuschätzen, stellte **Professor Dr. Dr. med. Reinhard Rychlik** vom Institut für empirische Gesundheitsökonomie der Ruhr-Universität Bochum klar heraus. Sie bewiesen primär, dass eine Therapie wirksam ist. Sie reichten aber nicht immer aus, um sinnvolle, praxisnahe therapeutische Entscheidungen zu treffen. „Die tatsächlichen Kosten, die im Alltag – im KV-Alltag – entstehen, können wir mit keiner klinischen Studie abbilden.“ Je nach Aufbau einer klinischen Studie generiere man unterschiedliche Kosten. Die wahren, im Alltag entstehenden Kosten könne man nur mit nicht-interventionellen Studien wie Anwendungsbeobachtungen und Versorgungsforschungsstudien abbilden.

Fazit

Eine Bewertung von Medikamenten und Therapien ist notwendig und sinnvoll. Die Standards zur Bewertung von Kosten und Nutzen sind allerdings schwierig zu finden. Auch anhand internationaler Methoden kann man sich aufgrund unterschiedlicher Gesundheitswesen nur bedingt orientieren. Referentenübergreifend wird eine Diskussion über die Methodik der Kosten-Nutzen-Bewertung gefordert. Einig ist man sich auch, dass eine alleinige Berücksichtigung klinischer Studien nicht ausreicht und insbesondere die Versorgungsforschung miteinbezogen werden muss.

Der vorliegende Text ist in Langfassung in der DMW Deutsche Medizinische Wochenschrift 133 (19) erschienen. ■



Die DGIM bietet ihren Korporativen Mitgliedern weiterhin die Möglichkeit, sich in den Organen der DGIM – den Fachzeitschriften „DMW Deutsche Medizinische Wochenschrift“, „Der Internist“ und „Medizinische Klinik“ – zu präsentieren. Die Pressestelle der DGIM hat hierzu die Mitglieder kürzlich angeschrieben. Weitere Informationen zu den Korporativen Mitgliedern der DGIM finden Interessierte im Internet unter www.dgim.de.

DGIM – Personalia

Professor Rainer Kolloch DGIM-Vorsitzender 2008/2009



Neuer Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) für das Jahr 2008/2009 ist Professor Dr. med. Rainer E. Kolloch, medizinischer Leiter des Evangelischen Krankenhauses Bielefeld (EVKB).

Er löst in dieser Funktion Professor Dr. med. Georg Ertl ab, Direktor der Medizinischen Klinik I, Klinikum der Julius-Maximilians-Universität in Würzburg. Als Vorsitzender der DGIM ist Professor Kolloch zugleich Präsident des 115. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, der vom 18. bis 22. April 2009 in Wiesbaden stattfinden wird.

Der Herz-Kreislauf-Mediziner leitet das EVKB, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Münster, seit dem Jahr 2006. Bereits 1994 wurde er dort Chefarzt der Betheler Klinik für Innere Medizin, Kardiologie, Nephrologie und Pneumologie. Er studierte Medizin in Bonn, wo er im Jahr 1975 promovierte. Professor Kolloch ist Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde und Allergologie. Er absolvierte seine breite internistische klinische und wissenschaftliche Ausbildung an der Medizinischen Universitäts-Klinik Bonn. Anschließend forschte er zwei Jahre am Department of Medicine der University of Southern California in Los Angeles, USA. Neben der Pneumologie und Schlafmedizin gilt sein wissenschaftliches Interesse der Kreislaufregulation und der arteriellen Hypertonie. Für seine Arbeiten auf dem Gebiet der Hypertonie erhielt Professor Kolloch 2007 den Franz-Groß-Wissenschaftspreis der Deutschen Hochdruckliga. Mit Blick auf seinen Werdegang plädiert Professor Kolloch für einen integrativen Charakter der Inneren Medizin und einer stärkeren Vernetzung der Schwerpunktfächer. ■

DGIM ehrt Professor Peter Scriba mit der Gustav-von-Bergmann-Medaille



Mit der Verleihung der Gustav-von-Bergmann-Medaille auf dem 114. Internistenkongress würdigt die DGIM das jahrelange Wirken von Professor Dr. med. Dr. h.c. Peter C. Scriba.

Er gehört zu den herausragenden Persönlichkeiten der Inneren Medizin. Geboren 1935, studierte er Medizin in seiner Heimatstadt Hamburg sowie in Freiburg im Breisgau, wo er 1959 promovierte. Nach einem Forschungsaufenthalt an der Harvard Medical School, Boston, und klinischer und wissenschaftlicher Tätigkeit in München folgte 1990 die Berufung auf den Lehrstuhl für Innere Medizin an der LMU München. Dort war er von 1991 bis 1999 auch Ärztlicher Direktor des Klinikums Innenstadt. Neben seiner klinischen Tätigkeit war Professor Scriba immer auch in medizinischen sowie wissenschafts- und gesundheitspolitischen Gremien aktiv: Unter anderem war er Präsident der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) sowie Vorstandsmitglied und Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM). Sowohl im Wissenschaftsrat des Medizinausschusses als auch im Gesundheitsforschungsrat des Bundesministeriums für Forschung und Technik (BMFT) hatte er den Vorsitz inne. Seit 1993 ist er Mitglied des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen und seit 2002 darüber hinaus Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer.

Mehr als 700 Veröffentlichungen, insbesondere zu endokrinologischen Themen, kann Professor Scriba vorweisen. Bisher wurde ihm bereits 1992 das Verdienstkreuz 1. Klasse der Bundesrepublik Deutschland verliehen und seit 1998 ist er Träger des Bayerischen Verdienstordens. Darüber hinaus ist er seit 2001 Ehrenmitglied der DGIM. ■

Der neue Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin setzt sich wie folgt zusammen:

Vorsitzender

Professor Dr. med. Rainer E. Kolloch

1. stellvertretender Vorsitzender

Professor Dr. med. Georg Ertl

2. stellvertretender Vorsitzender

Professor Dr. med. Jürgen Schölmerich

3. stellvertretender Vorsitzender

Professor Dr. med. Hendrik Lehnert

Generalsekretär

Professor Dr. med. Hans-Peter Schuster

Kassenführer

Professor Dr. med. Richard Raedsch

Geschäftsführer

RA Maximilian Broglie

Frankfurter Wissenschaftlerin mit dem Theodor-Frerichs-Preis ausgezeichnet



Nach einem Herzinfarkt bewirkt die Infusion von Vorläuferzellen in das Herz, dass sich das geschädigte Gewebe erholt und neue Blutgefäße entstehen. Für diese Erkenntnisse zeichnet die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin Dr. med. Birgit Aßmus aus Frankfurt auf dem 114. Internistenkongress in Wiesbaden mit dem Theodor-Frerichs-

Preis 2008 aus. Der Preis ist mit 20000 Euro dotiert.

Die Kardiologin von der Klinik für Innere Medizin und Kardiologie an der Johann Wolfgang von Goethe-Universität Frankfurt führte klinische Studien an Patienten durch, die mindestens drei Monate zuvor einen Infarkt der linken Herzkammer erlitten hatten. Den Betroffenen spritzten die Forscher Vorläuferzellen aus dem Knochenmark – sogenannte Progenitorzellen – in die vom Infarkt geschädigten Blutgefäße. Diese noch nicht abschließend entwickelten Zellen reparieren die geschädigten Adern und bilden sich teils auch zu Herzmuskelzellen aus. Die Preisträgerin zeigte, dass sich durch diese Transplantation in den Herzmuskel verstärkt neue Blutgefäße bilden. Darüber hinaus erholt sich das durch den Infarkt vernarbte Gewebe. „Im Gegensatz zu bisherigen Therapien bietet die Progenitorzelltherapie eine Möglichkeit, Myokardgewebe tatsächlich zu regenerieren“, so Dr. Aßmus. Dies steigert belegbar die Funktion der linken Herzkammer, die das Blut dadurch wieder kräftiger in den Körper pumpen kann.

Mit ihren Untersuchungen bestätigt die Herzspezialistin für Patienten mit Herzinfarkt und Herzschwäche, dass ihnen eine Zelltherapie nutzt. „Es handelt sich um eine höchst innovative Arbeit, die zu einem klinisch messbaren Vorteil für den Patienten geführt hat“, begründet das Preiskomitee der DGIM die Entscheidung. Zudem böten die Erkenntnisse das Potenzial, die Progenitorzelltherapie in die klinische Routine zu überführen. Denn damit sei belegt, dass diese Therapie für den Patienten sicher anwendbar ist. ■

Theodor-Frerichs-Preis neu ausgeschrieben

Mit dem Theodor-Frerichs-Preis prämiiert die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin jedes Jahr die beste vorgelegte, möglichst klinisch-experimentelle Arbeit auf dem Gebiet der Inneren Medizin. Er ist mit 20000 Euro dotiert. Eingereichte Arbeiten dürfen in der vorliegenden Form (deutscher oder englischer Sprache) nicht früher als ein Jahr vor dem Jahr der Bewerbung veröffentlicht worden sein. Außerdem dürfen Bewerber mit der Arbeit nicht zeitgleich an einem ähnlichen Wettbewerb teilnehmen oder bereits mit einem entsprechenden Preis ausgezeichnet worden sein. Der Verfasser der Arbeit sollte zum Zeitpunkt der Bewerbung nicht älter als 40 Jahre sein. Ausschließlich Mitglieder der DGIM sind zur Bewerbung zugelassen. An der Arbeit können sich auch mehrere Autoren beteiligen. In diesem Falle sollte sich die Arbeitsgruppe auf einen Wissenschaftler einigen, der als persönliche Bewerberin oder persönlicher Bewerber auftritt. Die Verleihung des Preises erfolgt anlässlich der Eröffnungsfeier der 115. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin 2009 in Wiesbaden. ■

Der Preis ist nach dem ersten Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin – dem Internisten Friedrich Theodor von Frerichs – benannt.

Mit dem Preis honoriert die DGIM die beste zur Bewerbung eingereichte, möglichst klinisch-experimentelle Arbeit auf diesem Gebiet im deutschsprachigen Raum. Die Fachgesellschaft verleiht die Auszeichnung jährlich im Rahmen der Eröffnung ihrer Jahrestagung in Wiesbaden.

Kontakt für Informationen zur Ausschreibung:

Bewerber werden gebeten, ihre Arbeit in fünffacher Ausfertigung unter Angabe eines Kurztitels, der Anschrift, des Geburtsdatums sowie einer einseitigen Zusammenfassung bis zum 15. Oktober 2008 beim Generalsekretär der DGIM einzureichen:
 Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin
 Professor Dr. med. Hans-Peter Schuster
 Irenenstraße 1
 65189 Wiesbaden

Präventionspreis geht an Internisten aus Hannover

Die DGIM verleiht den Präventionspreis jährlich für die beste aus dem deutschsprachigen Raum vorgelegte Arbeit auf dem Gebiet der Primär- und Sekundär-Prävention innerer Erkrankungen. Stifter des Preises ist die Deutsche Stiftung Innere Medizin.

Bewerbung um Präventionspreis Innere Medizin bis Mitte November

Auch 2009 verleiht die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin den „Präventionspreis Innere Medizin“. Der Preis ist mit 5000 Euro dotiert. Sowohl experimentell erzielte Ergebnisse als auch epidemiologisch bedeutende Fragestellungen kommen für die Preisverleihung in Betracht. Die Arbeit darf weder in der vorliegenden Form noch in ihrem wesentlichen Inhalt bisher veröffentlicht worden sein oder an einem ähnlichen Wettbewerb teilgenommen haben. Literaturbesprechungen sind auf das zum Verständnis des Themas unbedingt notwendige Maß zu beschränken. An der Arbeit können auch mehrere Autoren beteiligt sein. In diesem Falle wird erwartet, dass sich die Arbeitsgruppe auf einen Wissenschaftler einigt, der als Bewerber für die Arbeitsgruppe auftritt.

Informationen zur Ausschreibung:

Bewerber für den Präventionspreis werden gebeten, ihre Arbeit in **dreifacher Ausfertigung** unter Angabe eines Kurztitels und Angabe des Geburtsdatums **bis zum 15. November 2008** unter Beifügung eines kurzen Autorreferates einzureichen. Weitere Informationen finden Interessierte im Internet unter www.dgim.de.

Kontakt:

Deutsche Stiftung Innere Medizin
 Professor Dr. med. M. Weber
 Vorsitzender des
 Stiftungskuratoriums
 Irenenstraße 1
 65189 Wiesbaden



Jugendliche sind unzureichend über die Gefahr informiert, sich bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr durch Viren mit einer Leberentzündung anzustecken. Dies belegen Studien zur Hepatitis B von Privat-

dozent Dr. med. Heiner Wedemeyer, Hannover. Im Rahmen des 114. Internistenkongresses verlieh die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin dem Wissenschaftler für seine Studien den Präventionspreis. Der Preis ist mit 5000 Euro dotiert.

Der Internist und Leberexperte untersuchte, was Jugendliche über eine durch Viren hervorgerufenen Hepatitis B, wirksamen Schutz und deren Folgen wie etwa Leberzellkrebs wissen. Dafür befragte Dr. Wedemeyer 1262 Schüler der achten Klassen aus Gymnasium, Real- und Hauptschulen: Je nach Schulform kennen 10 bis 20 Prozent die Krankheit gar nicht. Die überwiegende Zahl der Schüler hat von einer HBV-Infektion schon gehört. „Die Gefahr der Ansteckung durch Geschlechtsverkehr ist jedoch nur etwa der Hälfte der Schüler bewusst“, sagt Dr. Wedemeyer. Etwa ein Drittel der Schüler weiß, dass Kondome davor schützen. Mädchen kennen ihren Impfstatus besser als Jungen. Insgesamt jedoch wissen Schüler wenig über die entzündliche Lebererkrankung, wie diese sich überträgt und wie sie selbst sich davor schützen können. „Dieses Resultat ist sehr interessant und enttäuschend zugleich und macht einmal mehr deutlich, wie wichtig Aufklärung für Jugendliche über dieses Krankheitsbild ist“, betonen die Juroren der DGIM in ihrem Urteil. Zudem bestätigten die Ergebnisse, dass Impfkampagnen notwendig sind.

Hepatitis B ist die häufigste durch Viren übertragene Erkrankung; Weltweit sind etwa

350 Millionen Menschen infiziert – in Deutschland tragen 250000 bis 650000 den Virus dauerhaft in sich. Die Studie ist von großer präventivmedizinischer Bedeutung, so die DGIM. Als Oberarzt der Abteilung Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie der Medizinischen Hochschule Hannover beschäftigt sich Dr. Wedemeyer seit 1996 mit der Vorbeugung und Behandlung verschiedener durch Viren übertragener Formen von Hepatitis. ■

Young Investigator's Award geht an Würzburger Medizinstudentin



Für den besten Beitrag der jungen Autoren verlieh die DGIM der 24-jährigen Medizinstudentin Waltraud Zopf von der Universität Würzburg den ersten Platz beim Young Investigator's Award. Mit dem Preis prämiiert

die DGIM die Arbeit „Uniparentale Disomie bei primären mikrosatelliten-instabilen kolorektalen Karzinomen“. Sie ist Teil ihrer noch unveröffentlichten Doktorarbeit im Bereich Gastroenterologie an der Medizinischen Klinik II in Würzburg.

Je eine Arbeit nahm aus den jeweiligen Schwerpunktgesellschaften der DGIM am Young Investigator's Award teil. Hierbei werden die besten Beiträge unter 35-jährigen Autoren ausgezeichnet. Die Vorauswahl erfolgte durch Gutachter der Schwerpunktgesellschaften. Die endgültige Auswahl der preiswürdigen Beiträge fand im Rahmen einer Vortragsveranstaltung statt. Der Preis wurde am 1. April während der Get-Together-Party auf dem 114. Internistenkongress in Wiesbaden verliehen. ■

Termine

unter der Schirmherrschaft der DGIM:

Vortrag Multiple Sklerose: Frühdiagnose und Therapiemöglichkeiten

9. Juli 2008

Berlin

45. Kongress der Südwestdeutschen Gesellschaft für Innere Medizin

26. bis 27. September 2008

Mannheim

Pneumo Update 2008

14. bis 15. November 2008

Wiesbaden

Internisten Update 2008

21. bis 22. November 2008

Wiesbaden

Internisten Update 2008

28. bis 29. November 2008

Berlin

Sonstige Termine:

European School of Internal Medicine

1. bis 6. September 2008

Portugal

29. World Congress of Internal Medicine

16. bis 20. September 2008

Buenos Aires

Intensivkurse Innere Medizin

Vorbereitung auf die Facharztprüfung und Refreshing

1. bis 5. September 2008

Dresden

8. bis 13. September 2008

Köln/Bonn

15. bis 19. September 2008

München

15. bis 19. September 2008

Erfurt

15. bis 24. September 2008

Bad Segeberg

Weitere Informationen über die Intensivkurse Innere Medizin finden sie im Internet unter: www.dgim.de

Preise der DGIM für beste Poster

Die DGIM prämierte beim 114. Internistenkongress in Wiesbaden die besten Poster aus den Forschungsaktivitäten **Bildgebung, Diagnostik, Molekulare Mechanismen, Prävention, Therapiestudien experimentell und klinisch und Versorgungsforschung. Alle Preise sind erste Plätze, die Nummerierung der Methodenschwerpunkte ist daher keine Wertung. Bewertungskriterien der Gutachter waren neben Originalität auch Qualität und Aktualität. Die Preisverleihung fand am 1. April 2008 im Rahmen der Get-Together-Party statt.**

Die Preisträger nach Forschungsschwerpunkten:

- **Bildgebung:** „Assessment of Global Longitudinal and Peak Systolic Strain by echocardiographic Two-dimensional strain (2D-Strain) for the differentiation between Constrictive Pericarditis and Restrictive Cardiomyopathy“, Dr. Thomas Butz (Herne).
- **Diagnostik I:** „Prognoseprädiktion bei hospitalisierten Patienten mit Aspirationspneumonie mit Pneumonie-Schwere-Index und CURBA-Score“, Dr. Ulrich Thiem (Herne).
- **Diagnostik II:** „Sarkopenie – Quantifizierung durch neuromuskuläre Funktionsanalyse“, Dr. med. Michael Schwab (Würzburg).
- **Diagnostik III:** „Osteopontin – Ein neuer prognostischer Biomarker bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz“, Dr. Mark Rosenberg (Heidelberg).
- **Molekulare Mechanismen I:** „Migrationspotenzial synovialer Fibroblasten von Patienten mit rheumatoider Arthritis: Rolle der extrazellulären Matrix“, Dipl.-Bio. Stephanie Lefèvre (Bad Nauheim).
- **Molekulare Mechanismen II:** „Aldosteron vermittelte Dysfunktion humaner endothelialer Progenitorzellen – Mechanismen und therapeutische Möglichkeiten“, Dipl.-Bio. Kerstin Schmitter (Würzburg).
- **Molekulare Mechanismen III:** „Die Expression von HIF-1alpha reguliert die SDF-1alpha-vermittelte Neointimabildung nach Gefäßverletzung in ApoE-/-Mäusen“, Dipl.-Bio. Ela Karshovska (München).
- **Molekulare Mechanismen IV:** „Gemeinsame Pathomechanismen in der endogenen sowie

der durch Interferon vermittelten Depression“, Professor Dr. Jörg Schlaak (Essen).

- **Molekulare Mechanismen V:** „miRNA-abhängige Regulation der Funktion glatter Gefäßmuskelzellen während der Entstehung der Atherosklerose und Restenose“, Wiebke Bielenberg (Gießen).
- **Prävention:** „Akute Bleiintoxikationen durch gestrecktes Marihuana in Leipzig“, Dr. Franziska P. Busse (Leipzig).
- **Therapiestudien experimentell:** „Prophylaxe der Herzinsuffizienz durch systemischen Gentransfer von δ -Sarkoglykan in δ -Sarkoglykan-defizienten Mäusen, einem Modell einer hereditären Dilatativen Kardiomyopathie“, Caroline Goehringer (Heidelberg).
- **Therapiestudien klinisch I:** „Humanes Normalinsulin in der intensivierten Insulintherapie des Typ-2-Diabetes mellitus: Einhaltung eines Spritz-Ess-Abstandes erforderlich“, Professor Dr. Eckart Jungmann (Rheda-Wiedenbrück).
- **Therapiestudien klinisch II:** „Ballon Aortenklappenplastik der kalzifizierten Aortenklappenstenose bei Patienten im fortgeschrittenen Lebensalter. Neue Erfolge durch Weiterentwicklung der herkömmlichen Methode“, Sassan Khandanpour (Essen).
- **Therapiestudien klinisch IV:** „Risikofaktoren und Outcome von 121 Patienten mit konservativer Therapie bei nekrotisierender Pankreatitis: Spielt die Infektion der Nekrose eine Rolle?“, PD Dr. Wolfgang Huber (München).
- **Therapiestudien klinisch III:** „Syndrom der inappropriaten Antidiurese (SIAD): fraktionale Harnsäureexkretion schließt die diagnostische Lücke bei hyponatriämischen Patienten unter Diuretikaeneinnahme“, Dr. Wiebke Fenske (Würzburg).
- **Versorgungsforschung I:** „Pneumocystis jirovecii Pneumonie (PcP) – die AIDS definierende Erkrankung?“, Dr. Christine Dierkes (Regensburg).
- **Versorgungsforschung II:** „Erstmalige Validierung der neuen WHO/UICC Staging-Klassifikation für das Nebennieren-Karzinom-Vorschlag für eine Revision“, PD Dr. med. Martin Fassnacht (Würzburg).
- **Versorgungsforschung III:** „Retrospektive Analyse von 161 Phäochromozytom-Patienten aus drei endokrinologischen Zentren“, Robert Kopetschke (Berlin). ■

Presseschau

Google stellt Online-Krankenakte und „virtuelle Pillendose“ vor

San Francisco – Google hat seine mit Spannung erwartete Online-Krankenakte Google Health vorgestellt, mit der US-Verbraucher ärztliche Diagnosen, Laborwerte oder andere Gesundheitsinformationen speichern und verwalten können. (...) Google Health liefert neben der Speicherfunktion auch Services wie die „virtuelle Pillendose“, Patienten per SMS daran erinnert, rechtzeitig ihre Medikamente einzunehmen. (...) Daten- und Verbraucherschützer warnten umgehend vor Sicherheitsrisiken für die Nutzer von Google Health: Sie befürchten Online-Schnüffeleien von Versicherungen oder Arbeitgebern, die Internet-Krankenakten ausspähen, um sich über den Gesundheitszustand von Versicherten und Beschäftigten zu informieren. (...)

Quelle: www.aerzteblatt.de ■

Bundesärztekammer lehnt Basisversicherung ab

Berlin – Die Bundesärztekammer (BÄK) hat sich für den Erhalt der privaten Krankenversicherung ausgesprochen. Damit reagiert sie auf Medienberichte, wonach einige Privatversicherer für die Einführung einer einheitlichen Basisversicherung für alle Bürger plädieren. Sollte dies stimmen, werde dies den „energischen Widerspruch“ der BÄK herausfordern, erklärte Dr. Franz Gadomski, Vorsitzender des Gebührenordnungsausschusses. Das Nebeneinander von gesetzlicher (GKV) und privater (PKV) Krankenversicherung habe sowohl die Nachteile staatlich gelenkter Gesundheitssysteme, etwa eine Wartelistenmedizin, als auch eine rein marktwirtschaftlich orientierte Mehrklassenmedizin bislang vermeiden können, so Gadomski. (...) Die unter den Privaten entbrannte Diskussion über ein Ende der Trennung von PKV und GKV wertete Dr. Christoph Straub, Vizechef der Techniker Krankenkasse, als Eingeständnis der Konzerne, dass ihr Konzept der Kapitaldeckung dem Modell der gesetzlichen Kassen doch nicht überlegen sei. Eine solche Überlegenheit sei von der PKV aber immer wieder angeführt worden, so Straub. „Gerade mit dieser Zukunftssicherheit scheint es ja so toll nicht bestellt zu sein.“ Der PKV-Verband wies die Medienberichte über ein Ende ihres Geschäftsmodells zurück.

Quelle: *Ärzte Zeitung* ■

Anne Will, müde Ärzte und leidende Patienten

Zu wenig Personal, zu viele Patienten: Unter dem Motto „Kliniken im Sparfieber – bleiben Patienten auf der Strecke?“ nahm bei Anne Will unter anderem Bundesärztekammer-Vize Frank Ulrich Montgomery die Gesundheitspolitik auseinander. Ein einsamer CDU-Bundestagsabgeordneter musste da den Buhmann spielen. (...) Vor allem die Politik habe einen enormen Druck auf die Krankenhäuser ausgeübt, beklagte Rudolf Köster, Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Die Verweildauer der Patienten hätte fast halbiert werden müssen, um internationales Niveau zu erreichen. Regelrecht „ausgequetscht“ würden die Krankenhäuser von den Politikern, warf auch Frank Ulrich Montgomery, Vizepräsident der Bundesärztekammer, Spahn als Mitglied der CDU/CSU-Arbeitsgruppe „Gesundheit“ vor. Die „absurden Sparzwänge“ der Politik führen zu einer „immensen Arbeitsverdichtung“, weniger Betten, Krankenhausschließungen, während die Patientenzahlen weiter zunehmen. (...)

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) 611-20 58 04 00
Fax: +49(0) 611-20 58 04 046
E-Mail: info@dgim.de

Redaktion:

Pressestelle DGIM
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Tel.: +49(0) 711-89 31-115
Fax: +49(0) 711-89 31-167
E-Mail:
info@medizinkommunikation.org

