

# DGIM aktuell

Newsletter der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin



## Editorial



Liebe Mitglieder, liebe Kolleginnen,  
liebe Kollegen,

die dritte Ausgabe von „DGIM aktuell“ informiert Sie wieder über neue Entwicklungen in unserer Gesellschaft aber auch über Themenkreise, die uns von außen tangieren. Viele von Ihnen werden derzeit die Diskussionen um die Gesundheitsreform verfolgen und wieder einmal erkennen müssen, wie wenig ärztlicher Sachverstand in diese Debatte eingebracht werden kann. Dass wir dennoch auch auf politischem Gebiet Erfolge erzielen können, zeigt die Rücknahme der Empfehlungen zur hämatopoetischen Stammzelltransplantation, zu der sich das Institut für Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen auf massiven Druck unserer Fachgesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie, veranlasst sah.

Wie Sie den Beiträgen von „DGIM aktuell“ entnehmen können, sind auch auf anderen Gebieten durch kontinuierliches und hartnäckiges Bestreben Fortschritte erkennbar, wie bei der Durchführung von nicht-kommerziellen klinischen Studien oder wie bei der Anrechenbarkeit von Forschungszeiten auf die Facharztweiterbildung. Ich möchte allen, die zu diesen Fortschritten beigetragen haben, für Ihren Einsatz danken. Ganz besonders möchte ich unserem Generalsekretär, Herrn Professor Schuster, danken, der maßgeblich zu diesen Erfolgen beigetragen hat.

Ich wünsche Ihnen viel Freude bei der Lektüre von „DGIM aktuell“

Mit besten Grüßen

Ihr Wolfgang Hiddemann

## Inhalt

3/2006

### Editorial des Vorsitzenden

### DGIM – Presidential News

#### Der Arzt zwischen Heilkunde und Regelwerken

Wenn man jedoch die tatsächliche Arbeit betrachtet, die ein Arzt in der Klinik oder Praxis zu verrichten hat, so drängt sich der Eindruck auf, dass die Tätigkeit der

Heilkunde immer mehr in den Hintergrund gerät und dass nicht-ärztliche Tätigkeiten ein immer größeres Gewicht bekommen.

### DGIM – aktiv

#### Organisation der Notaufnahme an Universitätskliniken und Krankenhäusern

Es ist bekannt, dass es sich bei Patienten einer Notaufnahme in der Regel in mehr als der Hälfte der Fälle um Erkrankungen des Gebietes der Inneren Medizin handelt. In Kliniken der Maximalversorgung muss die Primärversorgung der Patienten in der Notaufnahme,

insbesondere wenn es sich um Fälle unklarer Zuordnung zu einem Fachgebiet handelt oder wenn komplexe, nur fachspezifisch zu lösende Fälle zu erwarten sind, durch den Internisten gewährleistet sein.

#### Grundsätze für die Durchführung nicht-kommerzieller Studien

#### Mitgliederstruktur der DGIM

Mit derzeit etwa 15.800 Mitgliedern stellt die DGIM eine der größten wissenschaftlichen Vereinigungen in Deutschland dar. Diese Entwicklung verläuft vor allem

jüngst sehr positiv: In den vergangenen sechs Jahren hat sich die Zahl der Mitglieder der DGIM nahezu verdoppelt.

Medienarbeit der DGIM

### Termine

#### DGIM – Kongress

Eckpunkte abschließender Bericht zum  
112. Kongress der DGIM

#### DGIM – Personalia

#### Presseschau

#### Impressum

## DGIM – Presidential News

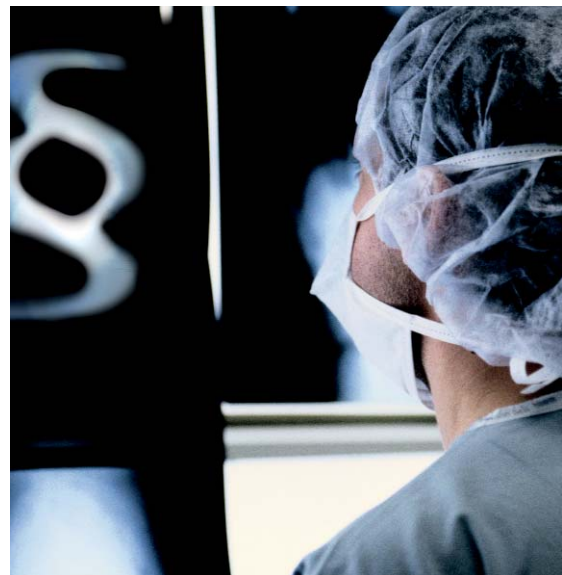
### Der Arzt zwischen Heilkunde und Regelwerken

*Prof. Dr. Wolfgang Hiddemann*

**Die Tätigkeit, für die ein Student der Humanmedizin und später ein Arzt aus- und weitergebildet werden, umfasst die medizinische Heilkunde – die Befähigung, kranken Menschen zu helfen. Diese Aus- und Weiterbildung wird vom Staat, das heißt der Allgemeinheit mit erheblichen finanziellen Mitteln unterstützt. Wenn man jedoch die tatsächliche Arbeit betrachtet, die ein Arzt in der Klinik oder Praxis zu verrichten hat, so drängt sich der Eindruck auf, dass die Tätigkeit der Heilkunde immer mehr in den Hintergrund gerät und dass nicht-ärztliche Tätigkeiten ein immer größeres Gewicht bekommen.**

Dies kommt nicht nur darin zum Ausdruck, dass für solche nicht-ärztlichen Tätigkeiten immer mehr Zeit erforderlich wird, sondern dass auch die Leistung des Arztes immer weniger an seinem medizinischen Können als vielmehr an seinen Fähigkeiten ein Budget einzuhalten oder ordnungsgemäß zu verschreiben, gemessen wird. Offensichtlich scheint die ärztliche Aufgabe, Patienten zu betreuen und zu versorgen weniger dringend und wichtig zu sein, als die zahlreichen Anfragen der Krankenkassen oder des Medizinischen Dienstes zu beantworten, DRG-Bögen auszufüllen, die Ausgaben für Arzneimittel zu rechtfertigen, Anträge auf Kostenübernahme von Arzneimitteln oder Behandlungsverfahren zu stellen, die außerhalb der zugelassenen Indikation aber innerhalb der wissenschaftlich nachgewiesenen Wirksamkeit eingesetzt werden sollen, und vieles weitere mehr. Angesichts dieses Szenarios gewinnt man den Eindruck, dass Ärzte offensichtlich einer erheblichen Kontrolle, einer großen Dokumentationslast und einem Rechtfertigungszwang unterliegen, deren Sinnhaftigkeit schwer zu erkennen ist. Eine Sinnhaftigkeit erscheint nur dann gegeben, wenn man davon ausgehen muss, dass Ärzte ihrer medizinischen Verantwortung gegenüber dem Patienten und ihrer finanziellen Verantwortung gegenüber der Gesellschaft nicht aus sich heraus nachkommen wollen.

Ist also ein so umfassendes Regelwerk von Gesetzen und Verordnungen tatsächlich notwendig, um eine korrekte regel- und ordnungskonforme Medizin zu garantieren und einen potenziellen Missbrauch zu verhindern? Sind diese Regelwerke erforderlich, um eine gute und auf den einzelnen Patienten ausgerichtete Versorgung zu gewährleisten oder



erschweren sie nicht vielmehr dieses eigentliche Ziel ärztlicher Tätigkeit? Im deutschen Gesundheitswesen sind zurzeit weit mehr Personen mit der Kontrolle und Überwachung von Ärzten und mit der Einhaltung von Regelwerken und Gesetzen beschäftigt, als mit der unmittelbaren Betreuung von Patienten. Unter diesen Umständen erscheint die Frage berechtigt, ob diese Entwicklung der besseren Patientenversorgung dient, aber auch, ob die dafür aufgewendeten Mittel sinnvoll eingesetzt werden. Da die Ressourcen im Gesundheitswesen begrenzt sind, führt diese Entwicklung zwangsläufig dazu, dass es zu einer Mittelverlagerung zu Ungunsten der Patientenversorgung kommen muss beziehungsweise bereits gekommen ist. ■

#### **Kontakt:**

Professor Dr. med. Wolfgang Hiddemann  
Medizinische Klinik und Poliklinik III  
Klinikum der Universität München-Großhadern  
Marchioninistraße 15  
81377 München  
Tel: 089 70 95 25 51  
FAX: 089 70 95 55 50  
E-Mail: [sekrmed3@med.uni-muenchen.de](mailto:sekrmed3@med.uni-muenchen.de)

## DGIM – aktiv

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin setzt sich dafür ein, Notaufnahmestationen nach wie vor fachlich zu gliedern. Sie begegnet damit Tendenzen zu zentralen, fachübergreifenden Notaufnahmen. Die DGIM betont dies in ihrer aktuellen Stellungnahme gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN).

### Organisation der Notaufnahme an Universitätskliniken und Krankenhäusern

**Bisher hat es sich in Deutschland medizinisch bewährt, dass die Notaufnahmen der Universitätskliniken und Krankenhäuser verschiedener Versorgungsstufen in chirurgische und internistische Notaufnahmen unterteilt sind und im Regel- und Bereitschaftsdienst von Ärzten dieser beiden Fachgebiete auf Facharztniveau versorgt werden. Überlegungen zu Einsparmaßnahmen und neuen Arbeitszeitregelungen führen jedoch unverkennbar zu einer Diskussion neuer Organisationsformen. Dabei ist analog zur Intensivmedizin eine Tendenz zur Neuorganisation der Notaufnahme in Form großer, zentraler, multidisziplinärer Einheiten erkennbar.**

Der Krankenhausträger muss sich in der **Organisation der Notaufnahme** mit der gleichen haftungsrechtlichen Problematik auseinandersetzen, die für die Intensivmedizin und den Bereitschaftsdienst gilt. Der Krankenhausträger muss organisatorisch sicherstellen, mit dem vorhandenen ärztlichen Personal eine dem Facharztstandard gerechte Behandlung der Patienten zu gewährleisten. Er muss den ärztlichen Dienst so gestalten, dass alle in die Notaufnahme eingelieferten oder sich in ihre Behandlung begebenden Patienten unverzüglich und ohne vermeidbaren Zeitverlust in die dem Krankenhaus mögliche fachärztliche Diagnostik und Therapie gelangen. Die in der Notaufnahme tätigen Ärztinnen und Ärzte müssen befähigt sein, sowohl die lebenserhaltenden Funktionen zu sichern, als auch ohne vermeidbaren Zeitverlust die gebotene fachärztliche Behandlung zu veranlassen. Es obliegt der Organisationspflicht des Krankenhausträgers, in der Notaufnahme Ärztinnen und Ärzte einzusetzen, die diesen Qualifikationsanforderungen gerecht werden.

Aus **medizinischer Sicht** ist entscheidend zu beachten, dass das Kollektiv der Patienten in der Notaufnahmestation keineswegs identisch ist mit dem Kollektiv der für die präklinische Notfallmedizin definierten Notfallpatienten, sondern deutlich vom Spektrum präklinischer Notfälle im engeren Sinne abweicht. Anders als in der präklinischen Notfallmedizin entscheiden Ärztinnen und Ärzte in der Notaufnahmestation keineswegs nur über die zu treffenden Sofortmaßnahmen. In ihre Verantwortung fällt vielmehr auch die weiter reichende Entscheidung über eine indizierte stationäre Aufnahme in eine zuständige Fachabteilung oder aber die Entlassung nach Hause. Die Aufgabenstellungen und damit die Qualifikationsanforderungen für die Entscheidungsfindung in der Notaufnahme reichen deutlich über die Entscheidungen einer präklinischen Notfallmedizin hinaus und können daher nicht allein von der präklinischen Notfallmedizin her definiert werden.

Notaufnahmestationen sollten daher in primär konservative, chirurgische und pädiatrische Sektionen/Einheiten gegliedert sein und es müssen jeweils Ärztinnen und Ärzte des zuständigen Gebietes die Untersuchung und Behandlung der Patienten verantwortlich übernehmen. Wird aus organisatorischen Gründen eine in der zuständigen Abteilung/Klinik tätige Ärztin oder tätiger Arzt mit noch nicht abgeschlossener Weiterbildung im Gebiet in der Notaufnahme eingesetzt, so geschieht dies unter der Voraussetzung, dass der verantwortliche leitende Arzt den Weiterbildungsgrad der betroffenen Ärzte für ausreichend fortgeschritten hält und ein Facharzt des Gebietes als Hintergrunddienst stetig verfügbar ist. Es ist Teil der Aufgabe und Verantwortung der leitenden Ärzte und der Klinikleitung sicherzustellen, dass in diesen Sektionen/Einheiten jeweils Ärztinnen und Ärzte der betroffenen Fachabteilung/Klinik die Patienten primär sehen, untersuchen und Sofortentscheidungen treffen.

Es ist bekannt, dass es sich bei Patienten einer Notaufnahme in der Regel in mehr als der Hälfte der Fälle um Erkrankungen des Gebietes der Inneren Medizin handelt. Damit stellt sich, analog zur Problematik zentraler Intensiveinheiten, die Frage nach der Zuständigkeit und Verantwortung von Internisten in zentralen Notauf-



nahmestationen. Gerade die Behandlung von Notfällen eines Fachgebietes verlangt höchste fachspezifische Kenntnisse. Die fachspezifische Erstentscheidung bestimmt Verlauf, Ausgang und Prognose akuter Erkrankungen. In Kliniken der Maximalversorgung muss die Primärversorgung der Patienten in der Notaufnahme, insbesondere wenn es sich um Fälle unklarer Zuordnung zu einem Fachgebiet handelt oder

wenn komplexe, nur fachspezifisch zu lösende Fälle zu erwarten sind, durch den Internisten gewährleistet sein.

*Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) e. V. und der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN) ■*

*DGIM – aktiv*

## Empfehlungen für die Durchführung nicht-kommerzieller Studien an Universitätskliniken

### Ausgangssituation

**Mit den in der 12. Novelle des Arzneimittelgesetzes (AMG) vorgesehenen Änderungen im Arzneimittelrecht soll die Sicherheit der Probanden in klinischen Studien erhöht werden. Gleichzeitig haben diese Änderungen des Arzneimittelrechts aber bei der Durchführung klinischer Studien verschiedene, nicht unerhebliche Probleme verursacht: Das AMG stellt umfangreiche administrative Anforderungen an die Durchführung klinischer Arzneimittelstudien, die insbesondere den Sponsor einer Studie treffen. Mit der 12. AMG-Novelle wurden die Vorgaben der Richtlinie 2001/20/EG umgesetzt. Die in dieser Richtlinie ebenso wie nun im AMG formulierten Vorgaben für die Durchführung klinischer Studien sind vorrangig auf Studien der pharmazeutischen Industrie ausgerichtet. Auf die abweichenden Rahmenbedingungen bei der Durchführung nichtkommerzieller Studien (sog. „investigator initiated trials – IIT“) geht das Gesetz nicht ein.**

Die pharmazeutische Industrie verfügt über Strukturen, die die Anforderungen des AMG für kommerzielle Studien ohne weiteres erbringen können. Gleiche Strukturen gibt es in der Mehrzahl der Medizinischen Fakultäten nicht. Auf externe Unterstützung bei der Ausfüllung der zahlreichen Sponsorverpflichtungen kann nur in wenigen Fällen zurückgegriffen werden. Zu nennen sind hier z.B. die mit BMBF-Mitteln eingerichteten Koordinierungszentren für Klinische Studien (KKS). Insgesamt ist die Novelle mit einem erheblich erhöhten administrativen und regulatorischen Aufwand sowie drastisch erhöhten Kosten verbunden, so dass die Durchführung von IIT erheblich erschwert, wenn nicht verunmöglicht wird. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) hatte sich bereits kurz

nach Verabschiedung der 12. Novelle im März 2005 um eine Klärung dieser Fragen bemüht. (siehe <http://awmf.org/>)

### Vorschläge

Da es an einer gesetzlichen Klarstellung bisher fehlt, die in der klinischen Forschung arbeitenden Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aber einen dringenden Klärungsbedarf haben, haben sich AWMF und Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) entschlossen, den Universitäten/Medizinischen Fakultäten auf Grund bisheriger Erfahrungen mit der Umsetzung des Gesetzes Vorschläge zu unterbreiten, wie in der Praxis vorgegangen werden könnte. Diese Vorschläge basieren teilweise auf den Ergebnissen einer Umfrage, die die AWMF unter den Medizinischen Fakultäten Ende 2005 durchgeführt hatte. Diese Vorschläge ersetzen nicht die Notwendigkeit, die gesetzlichen Anforderungen an die Realität der klinischen Forschung anzupassen und auch nicht die Notwendigkeit, den Fakultäten die mit der AMG-Novelle extrem angestiegenen Kosten der klinischen Forschung angemessen zu ersetzen.

### Die Sponsorverpflichtungen sollten von den Fakultäten übernommen werden

Die Klinische Forschung ist Dienstaufgabe des wissenschaftlichen Personals. Die Verantwortung für diesen Bereich sollte deshalb auch bei den akademischen Strukturen der Universität/Fakultät verbleiben, und nicht an den Krankenhausträger/Klinikum gebunden werden, da dies besonders im Hinblick auf die zunehmende Diversifizierung der Trägerstrukturen problematisch werden könnte. Dies hat auch der Wissenschaftsrat in seiner Stellungnahme zu Public Private Partnerships (PPP) und Privatisierungen in der universitätsmedizinischen Krankenversorgung empfohlen.

Diese Empfehlungen werden mitgetragen von:

#### Dem Deutschen Medizinischen Fakultätentag

Für den MFT: Prof. Dr. G. v. Jagow, Präsident

#### Der Deutschen Krebsgesellschaft

Für die Deutsche Krebsgesellschaft: Prof. Dr. M. Bamberg, Präsident

#### Der Deutschen Krebshilfe

Für die Deutsche Krebshilfe: Prof. Dr. O. Wiestler, Vorsitzender

#### Der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Für die DGIM: Prof. W. Hiddemann, Vorsitzender

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften im Internet:

[www.awmf.org](http://www.awmf.org)

## Termine

2. bis 4. November 2006  
**181. Tagung der Rheinisch-Westfälischen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. in Essen**

23. bis 25. November 2006  
**6. Europäischer Kongress der Notfallmedizin (JEMU) in Brüssel**

31. Dezember 2006  
**Deadline Einreichung Präventionspreis 2007**

31. Dezember 2006  
**Deadline Paul-Martini-Preis 2007**

31. Dezember 2006  
**Deadline Abstrakteinreichung 113. Internistenkongress 2007**

**Intensivkurse Innere Medizin – Vorbereitung auf die Facharztprüfung und Refreshing:**

26. Februar bis 2. März 2007  
 München

5. bis 10. März 2007  
 Stuttgart

5. bis 14. März 2007  
 Mainz

19. bis 23. März 2007  
 Würzburg

12. bis 16. März 2007  
 Jena

26. bis 31. März 2007  
 Essen

Weitere Informationen finden Interessierte im Internet unter: [www.dgim.de](http://www.dgim.de)

Die eigenverantwortliche Übernahme der Sponsorverpflichtungen stärkt das Forschungsprofil der Fakultäten. Den Universitäten/Fakultäten, die diese Aufgaben übernehmen können, wird daher empfohlen, entsprechende Strukturen zu schaffen und dabei auf vorhandene Expertise zurückzugreifen. Die Aufgaben des Sponsors können ggf. an externe Einrichtungen, wie z.B. ein KKS oder eine kommerzielle CRO delegiert werden. Für die erforderlichen vertraglichen Regelungen gibt es bereits Beispiele. Die Dekane oder Prodekanen für Forschung könnten die Organisation solcher Maßnahmen übernehmen.

### Anschubfinanzierungen von Klinischen Studien

Die Kosten für IIT werden in der Regel von den Einrichtungen oder aus Drittmitteln getragen, allerdings fallen zur Vorbereitung der Antragstellung bei den verschiedenen Förderorganisationen z.T. sehr hohe Kosten bei den einzelnen wissenschaftlichen Einrichtungen an. Es gibt bereits Fakultäten, die Mittel für solche Aufgaben zentral vorhalten. Es wird allen Medizinischen Fakultäten empfohlen, einen solchen internen Pool schaffen, der sowohl der Anschubfinanzierung einer Studie als auch der Finanzierung der organisatorischen Voraussetzungen für ihre Durchführung dienen könnte. Entsprechende Mittel zur Finanzierung von IIT könnten auch durch interne Forschungsförderprogramme, die an vielen Medizinischen Fakultäten bereits existieren, als zusätzliche Maßnahme bereitgestellt werden.

### Schwerpunktsetzung als Wettbewerbsvorteil

Die systematische Förderung klinischer Studien kann der Schwerpunktsetzung der Medizinischen Fakultät dienen. Die Sammlung und Koordination der an der Fakultät vorhandenen Expertise kann zum gezielten Aufbau und der Aufrechterhaltung einer Studien-Infrastruktur („Studienbüro“) beitragen. Gemeinsam mit der systematischen Ausbildung und Weiterqualifizierung des klinisch-wissenschaftlichen Nachwuchses für die Patientensorientierte Forschung kann eine solche Schwerpunktbildung ein

Wettbewerbsvorteil z.B. für die Einwerbung von Drittmitteln sein.

### Probandenversicherung: Abschluss von Rahmenverträgen

Das AMG sieht vor, dass klinische Arzneimittelstudien nur durchgeführt werden dürfen, wenn entsprechende Probandenversicherungen abgeschlossen wurden. Eine durch die AWMF durchgeführte Umfrage unter den Fakultäten zeigt, dass sich der Abschluss dieser Versicherungen für den einzelnen Studienleiter zunehmend schwierig gestaltet.

Auch die finanziellen Belastungen durch die immer teurer werdenden Versicherungen nehmen zu. Daher empfehlen AWMF und DFG, dass die Medizinischen Fakultäten Rahmenverträge mit Versicherungsgesellschaften abschließen, in die die erforderlichen Probandenversicherungen in Klinischen Studien entsprechend einbezogen werden. Solche Modelle bestehen bereits u.a. in Heidelberg und Marburg. Für onkologische Studien bieten z.B. die Deutsche Krebshilfe und die Deutsche Krebsgesellschaft e.V. Probandenversicherungen an, deren Risikostruktur auf die Besonderheiten komplexer Krebstherapien abgestimmt ist.

AWMF und DFG sind ebenso wie die anderen unterzeichneten Organisationen der Auffassung, dass die Schaffung einer Rahmenstruktur an den Fakultäten zur Bewältigung der Anforderungen des AMG für die weitere Förderung der Klinischen Forschung unerlässlich ist und auch zu den Kernaufgaben der Medizinischen Fakultäten gehört.

Die aufgeführten Vorschläge sollen als Anregung dienen und zur Erhöhung der Rechtssicherheit bei der Durchführung von IIT beitragen. Darüber hinaus sind entsprechende Präzisierungen im AMG erforderlich.

Für die AWMF:  
*Prof. Dr. Peter v. Wichert, Hamburg*

Für die DFG:  
*Frau Dr. Annette Schmidtman, Bonn* ■

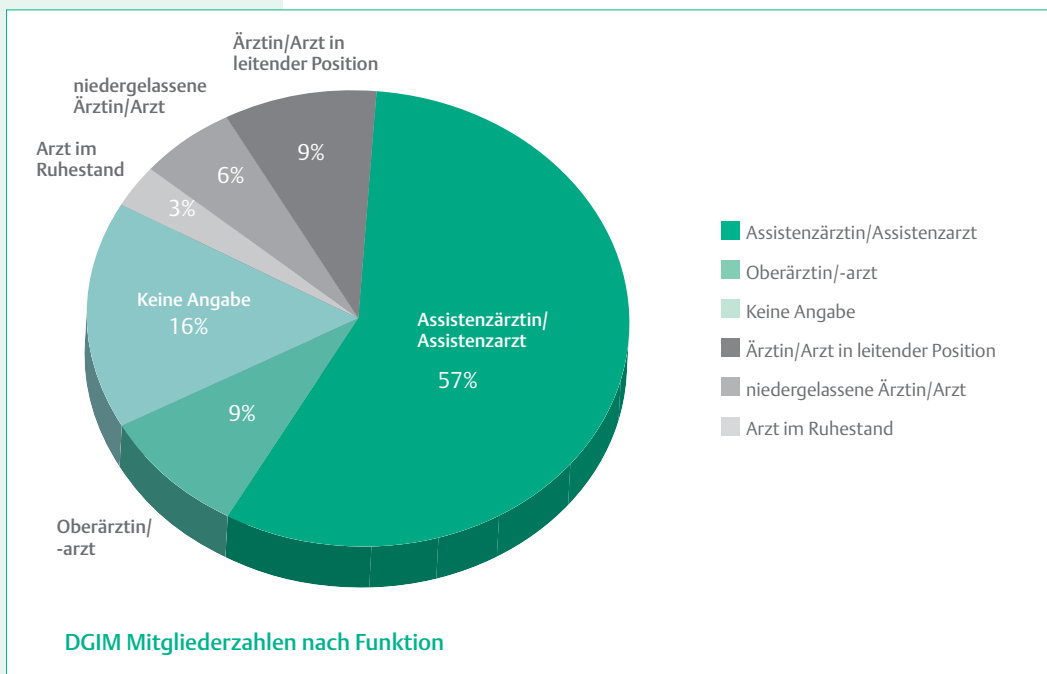
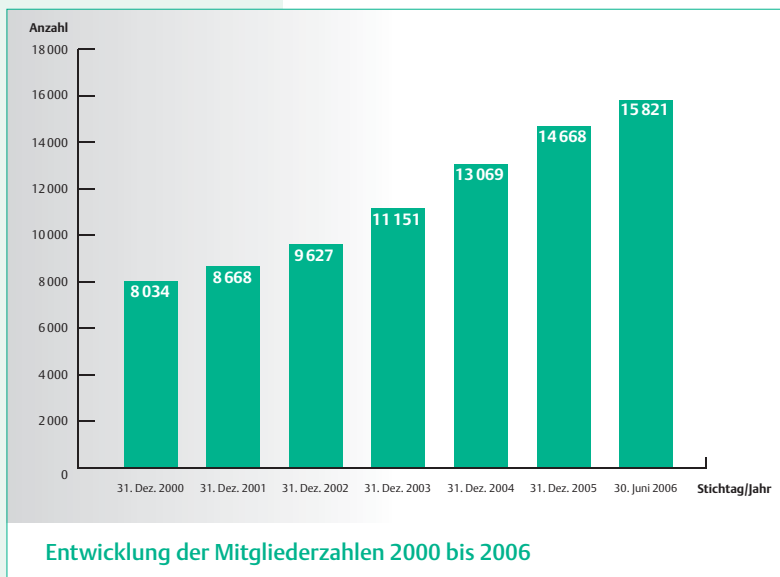
## Mitgliederstruktur der DGIM

Mit derzeit etwa 15.800 Mitgliedern stellt die DGIM eine der größten wissenschaftlichen Vereinigungen in Deutschland dar. Diese Entwicklung verläuft vor allem jüngst sehr positiv: In den vergangenen sechs Jahren hat sich die Zahl der Mitglieder der DGIM nahezu verdoppelt.

Dies ist unter anderem auf den intensiven Einsatz der Fachgesellschaft für ihre Mitglieder zurückzuführen: Vorstand und Geschäftsführung der DGIM sind bestrebt, die Interessen der Mitglieder zu wahren und deren Anregungen aufzunehmen und umzusetzen.

Dazu gehört unter anderem, das Leistungsangebot in Verbindung mit einer Mitgliedschaft in der Gesellschaft zu verbessern. Aber auch die Förderung von Wissenschaft und Forschung auf dem Gesamtgebiet der Inneren Medizin macht die DGIM für Ärzte attraktiv. Zudem vereint sie in sich auf dem Gebiet der Inneren Medizin tätige Wissenschaftler und Ärzte und unterstützt wissenschaftliche Arbeiten aus ihren Fachgebieten. Vorteile bietet die DGIM ihren Mitglieder auch, indem sie Kontakte und Beziehungen zu anderen Fachgesellschaften pflegt und wissenschaftlich fundierte Fortbildung in Klinik und Praxis fördert.

Nach Funktionen gegliedert zeichnet sich bei den Mitgliedern der DGIM deutlich ab: Mehr als die Hälfte sind Ärzte in Fort- und Weiterbildung. Nachwuchsprobleme hat die DGIM demzufolge nicht. Insbesondere junge Ärzte entscheiden sich immer häufiger für eine Mitgliedschaft. ■



Die DGIM erreicht mit ihren verschiedenen, pressewirksamen Maßnahmen sämtliche wichtige Medienvertreter, Meinungsführer und Multiplikatoren im gesamten deutschsprachigen Raum.

Die regelmäßige umfangreiche Berichterstattung über Anliegen und Positionen der DGIM ist auch in den letzten 12 Monaten ein Beleg für die Relevanz ihrer Themen und ihre mediale Präsenz.

## Medienarbeit der DGIM 2005/2006

**Über den Zeitraum der vergangenen 12 Monate hat die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin den Austausch mit verschiedenen für sie bedeutenden Öffentlichkeiten – so auch mit den Medien – aktiv gepflegt. Im Rahmen ihrer Medien- und Öffentlichkeitsarbeit setzte die DGIM im Jahr 2005/2006 verschiedene, teils völlig neue Akzente. In Zusammenarbeit mit ihrer Pressestelle nahm die DGIM während dieser Zeit aktiv an der öffentlichen wissenschafts- und gesundheitspolitischen Debatte teil.**

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

In enger Zusammenarbeit mit der Pressestelle bietet die DGIM ihren Korporativen Mitglieder seit diesem Jahr erstmals die Möglichkeit, sich einmalig in den drei Organen der DGIM, „Der Internist“, „Deutsche Medizinische Wochenschrift (DMW)“ und „Medizinische Klinik“ zu präsentieren. Im Rahmen dieser Selbstdarstellungen erläutern die Firmen ihren Bezug zur Inneren Medizin, ihre Schwerpunkte und Entwicklung, stellen Produkte vor und zeigen Perspektiven für ihre Zukunft auf.

Über ihre Pressestelle pflegt die DGIM beständig Kontakte zu Print-Redaktionen, Hörfunk, Fernsehen und Nachrichtenagenturen, um die Anliegen, Botschaften und Themen der Fach-

gesellschaft in die Öffentlichkeit zu transportieren. Vor diesem Hintergrund trat die DGIM im vergangenen Jahr über ihre Pressestelle erneut mindestens einmal im Monat mit Pressemitteilungen zu aktuellen Themen an die Öffentlichkeit. Diese Presseinformationen bezogen sich auf Publikationen der DGIM, neue Erkenntnisse oder neu startende Projekte. Die jeweiligen Meldungen verbreitete die Pressestelle über unterschiedliche Kanäle: Sowohl per Post und Fax als auch über Informationsdienste im Internet. Zeitgleich wurden die Meldungen auf der Homepage der Gesellschaft in der Presse rubrik eingestellt. Auch zu sämtlichen von der DGIM verabschiedeten Positionspapieren verbreitete die Pressestelle Meldungen an die Medien.

Um die 112. Jahrestagung mit ihrer Themenvielfalt für die Redaktionen planbar zu machen, informierte die Pressestelle der DGIM die Vertreter der Medien bereits im Jahr 2005 über wichtige Termine, Organisatorisches und Highlights. In den Vormonaten des Kongresses wurde diese Arbeit intensiviert: Ab Februar 2006, vor und auch während des Kongresses, hat die Pressestelle die Journalisten in insgesamt 20 Pressemeldungen über ausgewählte Kongressthemen informiert. Im Vorfeld des Kongresses informierte die Pressestelle in diesem Jahr neben den wissenschaftlichen Themen der DGIM verstärkt auch über aktuelle organisatorische Neuerungen, die sich durch die neue Kongressorganisation der DGIM und moderne Kongress-Konzepte ergaben.

Der 112. Internistenkongress wurde von der Presse außerordentlich intensiv wahrgenommen: Für die Schwerpunkte individualisierte Therapie und regenerative Medizin zeigten die Medien schon im Vorfeld des Kongresses reges Interesse. Dazu gehörten Journalisten der lokalen wie überregionalen Medien, von speziellen Fachzeitschriften, allgemeinen medizinischen Fachzeitschriften, von der Tagespresse und Publikumszeitschriften, Hörfunk, Fernsehen sowie Nachrichtenagenturen. Die DGIM veranstaltete im Rahmen des Kongresses insgesamt fünf Pressekonferenzen, die sehr gut besucht waren.

*Pressestelle DGIM, Stuttgart* ■

## DGIM – Kongress

### Eckpunkte des 112. Kongresses der DGIM in Wiesbaden

Eine ausführliche Fassung des Kongressberichtes von Professor Dr. Werner Seeger, Vorsitzender der DGIM 2005/2006, und Dr. André Althoff, wissenschaftlicher Sekretär des 112. Kongress der DGIM, finden Sie in der aktuellen Jahresbroschüre der DGIM.

**Der diesjährige 112. Kongress der DGIM, der vom 22. bis 26. April in Wiesbaden stattfand, setzte mit mehr als 8.100 Teilnehmern die Tendenz der vergangenen Jahre fort: Das Fach Innere Medizin erfährt nach den zurückliegenden Jahren der Hinwendung zu den Schwerpunkten eine Renaissance als überspannendes Dach.**

Neben Tradition brachte dieser Kongress aber sowohl für die Gesellschaft als auch für die Besucher einige Neuerungen mit sich. Unmittelbar nach der 111. Tagung 2005 entschied sich der Vorstand, zukünftig einen professionellen Partner zur technischen Kongressabwicklung zu verpflichten. Die während des Kongresses laufenden Baumaßnahmen an den Rhein-Main-Hallen gehen unter anderem auf eine Initiative der DGIM zurück: Bereits seit einiger Zeit zeichnete sich ab, dass die Räumlichkeiten für die Sitzungen des zunehmend größer werdenden Internistenkongresses nicht genügend Kapazität bieten und – wie auch in diesem Jahr – überfüllte Säle zur Regel werden. Um diesem Problem zu begegnen, baut die Stadt Wiesbaden über dem eigentlichen Eingangsbereich drei weitere Vortragsräume, welche auch der DGIM ab dem kommenden Jahr für den Kongress zur Verfügung stehen werden.

Inhaltlich bot der 112. Kongress der DGIM ebenfalls Neuerungen: Zu den mehr als 250 Veranstaltungen gehörten die neuen Kategorien Tutorial, Clinical Year in Review und pro/con-Debatte. Bei den 40 einzelnen Tutorials handelte es sich um – gut besuchte – Frühveranstaltungen (7.15 bis 8.00 Uhr), in welchen jeweils ein für Deutschland exponierter Referent eine Übersicht zu einem speziellen Thema

gab und sich im Anschluss den Fragen des Auditoriums stellte. Clinical Year in Review stellte eine Modifikation der traditionellen Sitzungen am Mittwoch dar. Von Montag bis Mittwoch wurde in Halle 1 jeder Schwerpunktgesellschaft der Inneren Medizin die Gelegenheit gegeben, in einer 90-minütigen Sitzung dem schwerpunktfernen Publikum eine Übersicht der Entwicklungen des letzten Jahres einschließlich neuester „Hot Topic“-Themen aus ihrem Bereich zu geben. Nahezu ausnahmslos wurde diese Veranstaltungsform sehr gut angenommen und die überdimensionierte Halle 1 erschien stets gut gefüllt.

Die Stammzellforschung gehörte als Teilbereich der regenerativen Medizin mit zu einem der zwei großen inhaltlichen Schwerpunkte des diesjährigen Kongresses. Klassische Therapieziele in der Inneren Medizin umfassen die Prävention von Krankheiten, die Verhinderung einer weiteren Progression und die Verbesserung der Organfunktion bei gegebener struktureller Schädigung. Regenerative Medizin hat darüber hinausgehend zum Ziel, den Wiederaufbau physiologischer Organstrukturen zu erreichen. Den zweiten inhaltlichen Schwerpunkt des Kongresses bildete die individualisierte Therapie. Ziel der Berücksichtigung dieser Ansätze ist es, eine „maßgeschneiderte“ Therapie für den individuellen Patienten zu entwickeln, um dessen Therapieansprache zu optimieren und sein Nebenwirkungsprofil zu minimieren.

Drittes Schwerpunktthema des Kongresses war der klinische und wissenschaftliche Nachwuchs in Deutschland und dessen Förderung. Der Kongress sollte insbesondere auch für die jüngeren Kolleginnen und Kollegen attraktiv sein und diese nach Wiesbaden führen: Eine modifizierte Darstellung wissenschaftlicher Beiträge junger Erstautoren im Rahmen der Postersitzungen beispielsweise, ließ diese Sitzungen ansprechend erscheinen. Die Teilnehmer des Young Investigators' Award erhielten die Gelegenheit, in einem eigenen Symposium ihre Beiträge zu präsentieren. Neben der Förderung des wissenschaftlichen sollte auch der klinische Nachwuchs durch ein neues Forum angesprochen werden, auf welchem speziell auf die



Belange junger Ärzte zu Beginn des Berufslebens eingegangen wurde. Der Kongress bot damit einen „Markt der Möglichkeiten“, auf dem kompetente Ansprechpartner für individuelle Fragen zu Bewerbung, Jobaussichten, Zukunftsplanung und Absicherung zu finden waren.

Einen weiteren Höhepunkt stellte die Brennpunktsitzung dar: Der Präsident des Robert-Koch-Instituts, Professor Reinhard Kurth, bezog darin Stellung zum Thema „Die Renaissance der Infektionskrankheiten: kommt die Influenzapandemie?“. Wichtiges Thema dieses Kongresses war außerdem die Continuous

Medical Education (CME). Allein für den Besuch des Kongresses konnten bis zu 27 Zertifizierungspunkte erreicht werden. Erstmals erhielten die Besucher die Möglichkeit, die entsprechenden Bescheinigungen an Selbstbedienungsterminals nach Veranstaltungsbesuch auszudrucken. Als Bindeglied zwischen der Gesellschaft und der ortsnahen Öffentlichkeit wurden auch auf dieser Tagung erneut die bekannten Arzt-Patienten-Seminare durchgeführt.

*Basierend auf einem Kongressbericht von:  
Professor Dr. Werner Seeger; Gießen  
Dr. André Althoff; Gießen ■*

## DGIM – Personalien

Bewerber für den **Präventionspreis** werden gebeten, ihre Arbeit **in dreifacher Ausfertigung** unter einem Kennwort und Angabe des Geburtsdatums, ohne Angabe des Verfassers, **bis zum 31. Dezember 2006** (Verlängert!) unter Beifügung eines kurzen Autoreferates einzureichen. Der Name des Verfassers muss in einem verschlossenen, mit dem gleichen Kennwort versehenen Umschlag unter der Angabe des Geburtsdatums und der Anschrift beigefügt werden.

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

### Bewerbung um Präventionspreis bis Ende Dezember möglich

Auch im Jahr 2007 verleiht die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin wieder den „Präventionspreis“. Sie honoriert damit die beste aus dem deutschsprachigen Raum vorgelegte Arbeit auf dem Gebiet der Primär- und Sekundär-Prävention innerer Erkrankungen. Der Preis ist mit 5.000 Euro dotiert. Die DGIM berücksichtigt dafür Arbeiten über die Prävention: Sowohl experimentell erzielte Ergebnisse als auch epidemiologisch bedeutende Fragestellungen kommen für die Preisverleihung in Betracht. Der Preis wurde von Professor Dr. med. Dieter Klaus, Dortmund, gestiftet.

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 Fall wird erwartet, dass sich die Arbeitsgruppe auf einen Wissenschaftler einigt, der als Bewerber für die Arbeitsgruppe auftritt. ■

## Impressum

**Herausgeber:**

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

**Geschäftsstelle:**

Hausanschrift:  
Irenenstraße 1  
65189 Wiesbaden

Postfachadresse:  
Postfach 2170  
65011 Wiesbaden

Tel.: 0611/2058040 0  
Fax: 0611/2058040 46  
E-Mail: info@dgim.de

**Redaktion:**

Pressestelle DGIM  
Postfach 30 11 20  
70451 Stuttgart  
Tel.: 0711/89 31 115  
Fax: 0711/89 31 167  
E-Mail:  
info@medizinkommunikation.org

## Presseschau

### Bürger fordern Stopp der Gesundheitsreform

88 Prozent der Deutschen verlangen einen Stopp der Gesundheitsreform und grundlegend neue Konzepte. Nur sieben Prozent halten die Reform in der derzeit diskutierten Form für geeignet, das Gesundheitswesen zukunftssicher zu gestalten. Das ergab eine Umfrage der Continental Krankenversicherung. Befragt wurden in Zusammenarbeit mit dem Meinungsforschungsinstitut TNS Infratest bundesweit 1255 Personen im Alter ab 25 Jahren. Die Politik habe in Bezug auf die Gesundheitsreform jegliches Vertrauen in der Bevölkerung verloren, so das Unternehmen. 66 Prozent der Befragten sprechen den Politikern beim Thema Gesundheitsreform sogar den notwendigen Sachverstand ab.

Quelle: *Financial Time Deutschland* ■

### Kommentar: Rebellion? Welche Rebellion?

(...) das macht die Gemengelage auch für das Kanzleramt und die große Koalition so schwierig: Natürlich gibt es aus der Länderperspektive viele berechtigte Einwände gegen die Gesundheitsreform. Sie wird die ganze Branche ordentlich durcheinanderwirbeln. Der Gesundheitsfonds macht dabei allenfalls den kleinsten Teil aus, auch wenn er derzeit zum ganz großen Popanz aufgeblasen wird. Tatsächlich aber werden künftig Dutzende von Kassen fusionieren, Ärzte sich in neuen Geschäftsmodellen zusammenfinden, Landeskrankenhäuser schließen oder sich umstrukturieren müssen, Pharmafirmen ihre Geschäftsmodelle überdenken und Apotheken ihre Preisgestaltung. Mit über vier Millionen Mitarbeitern beschäftigt die Gesundheitswirtschaft als Branche inzwischen die meisten Menschen in Deutschland. Und als potenzielle Patienten sind alle Mitbürger von der Reform betroffen. (...)

Quelle: *Die Welt* ■

### Koalition einigt sich über Beitragseinzug für Gesundheitsfonds

Berlin – Die große Koalition hat eine Einigung beim Beitragseinzug für den umstrittenen Gesundheitsfonds erzielt. Die zuständige Arbeitsgruppe kam laut Unions-Fraktionsvize Wolfgang Zöller (CSU) am Dienstag überein, den Beitragseinzug auf Dauer bei den Krankenkassen zu belassen. Die ursprünglich vorgesehenen regionalen Einzugsstellen werde es nicht geben, sagte Zöller. (...)

Quelle: *Deutsches Ärzteblatt* ■

