

# DGIM aktuell

Newsletter der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin



## Editorial



Liebe Mitglieder,  
liebe Kolleginnen und Kollegen,

*zwei große Ereignisse liegen hinter uns: ein gelungener Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und ein Beschluss des Deutschen Ärztetages in Münster zur Wiedereinführung des Facharztes für Innere Medizin.*

*Der Internistenkongress bestätigte die Situation der Inneren Medizin und ihrer wissenschaftlichen Gesellschaft: interdisziplinär, umfassend, aktuell, spannend, zukunftsweisend, im stetigen Aufwind, mit wachsenden Besucherzahlen der Jahrestagung und wachsenden Zahlen immer jüngerer Mitglieder, für die der Kongress Besonderes zu bieten hatte. Gratulation an Prof. Hiddemann. Er hat als Vorsitzender unserer Gesellschaft in seinem letzten Editorial eine konzertierte Aktion der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und des Bundes Deutscher Internisten angekündigt. Status quo waren kaum erträgliche unterschiedliche Weiterbildungsmodalitäten in den Bundesländern, die vermutlich über kurz oder lang die Bundesregierung auf den Plan gerufen hätten. Die zuständige EU Kommission war jedoch schneller und signalisierte Probleme. Die Bundesärztekammer stellte sich hinter die Initiative der DGIM, und damit begann der Krimi des Deutschen Ärztetages 2007.*

*Details berichten wir in DGIM-aktuell. Viel Vergnügen beim Lesen.*

Ihr Georg Ertl

## Inhalt

3/2007

### Editorial

#### DGIM – Presidential News

##### **Innere Medizin: Gestern Vergangenheit, heute Zukunft. EU rettet den Deutschen Internisten.**

Welchen Weg sollen junge Mediziner einschlagen, die heute am Anfang ihrer Weiterbildung stehen? Wer sollte die Bezeichnung zum Facharzt für Innere Medizin

ohne, wer diejenige zum Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung erwerben? Professor Ertl zeigt Entscheidungswege auf.

### DGIM – aktiv

#### **DGIM fordert: Fachgebundene Intensivmedizin für jedes Krankenhaus**

Eine gemeinsame Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten sowie

der DGIM und der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin zur Organisation der Intensivmedizin.

Deutscher Ärztetag beschließt: Einführung des Facharztes für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung

### DGIM – Kongress

#### **113. Internistenkongress – Von „Hochleistungsmedizin und Menschlichkeit“ durchdrungen**

Rund 8.500 Teilnehmer besuchten die Vorträge und Symposien, Kurse und Patientenveranstaltungen des 113. Internistenkongresses in Wiesbaden. Die DGIM

feierte in diesem Rahmen auch ihr 125-jähriges Bestehen als medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft.

1. Deutscher Internistentag

### DGIM Korporative Mitglieder

#### **Deutsches Gesundheitswesen 2007: Reform oder Abwicklung?**

Die Korporativen Mitglieder der DGIM diskutierten im Rahmen des Symposiums während des 113. Internistenkongresses in Wiesbaden unter der Leitung ihrer

beiden Sprecher Dr. rer. nat. Ottfried Zierenberg und Dr. med. Dieter Götte die aktuellen Reformbeschlüsse.

### Termine

### Personalien

### Presseschau

## DGIM – Presidential News

### Innere Medizin: Gestern Vergangenheit, heute Zukunft. EU rettet den Deutschen Internisten. Ende eines Krimis.

**Die Tendenzen zur Spezialisierung in der Inneren Medizin waren unübersehbar und gingen so weit, dass der Ärztetag 2006 in Rostock einen allgemeinen Facharzt für Innere Medizin in der Weiterbildungsordnung abschaffte. Dies blieb bei aller Öffentlichkeit vielen verborgen, gab es doch einen neuen Facharzt für Innere Medizin mit Zusatzbezeichnung, z.B. Kardiologie, Gastroenterologie etc., und einen „Facharzt für (hausärztliche) Allgemeinmedizin und Innere Medizin“.**

Die neuen Fachärzte für Innere Medizin mit Zusatzbezeichnung haben zwar einen gemeinsamen Ausbildungsblock („Common Trunc“) Innere Medizin in ihrer Weiterbildung vorgesehen, aber eine komplette Weiterbildung zum Internisten war nicht mehr Voraussetzung für die Zusatzbezeichnung und den Internisten ohne Zusatzbezeichnung gab es nicht mehr. Dies war ein Grund, weshalb fünf Landesärztekammern die neue Weiterbildungsordnung nicht ratifizierten, sodass es eine in Deutschland uneinheitliche Weiterbildungsordnung in der Inneren Medizin gab. Nun wurde die zuständige EU-Kommission aufmerksam.

Uneinheitliche Weiterbildungsordnung für die Innere Medizin in Deutschland? Abschaffung des Internisten? Als was kann sich der Internist aus Österreich dann in Bayern niederlassen? Kann sich der Spezialinternist Deutscher Art in anderen EU-Ländern niederlassen? Zu letzterem ein klares Nein der EU-Kommission. Es war klar, dass die Sicht der EU die Deutsche Weiterbildung in der Inneren Medizin zu einem Sonderweg, ja Alleingang abstempelte. Dem trug die Bundesärztekammer Rechnung und der Deutsche Ärztetag folgte dem Vorstand mit großer Mehrheit: Er beschloss zusätzlich zu den Spezialinternisten die Einführung eines allgemeinen Facharztes der Inneren Medizin. Nun haben auch die Deutschen ihren Internisten wieder.

Dies war eine weise Entscheidung. Denn die Spezialisierung geht weiter, die Methoden in den Spezialgebieten werden technisch aufwendiger, die notwendigen Spezialkenntnisse und Fertigkeiten nehmen weiter zu. Gleichzeitig werden die Patienten älter und multimorbider, häufig bestimmt nicht mehr das einzelne

Krankheitsbild die Prognose, Lebensqualität und Therapie, sondern die Summe der Erkrankungen, die Komorbiditäten. Eine vom BMBF geförderte Würzburger Studie an etwa 1000 Patienten hat gerade gezeigt, dass bei Patienten mit chronischer Herzschwäche die Überlebenswahrscheinlichkeit nach einem Jahr 80 Prozent ist, wenn keine zusätzlichen Erkrankungen vorliegen. Mit jeder weiteren internistischen Erkrankung fällt die Überlebenswahrscheinlichkeit schrittweise auf 20 Prozent bei drei Begleiterkrankungen ab. Die Nachfrage nach dem, der die Fäden zusammenführt, nach dem „ganzheitlichen“ Internisten, wird dringender. Schon immer versammelte die Innere Medizin in ihrem Schoß die unklaren, nicht eindeutig zuordenbaren, fachübergreifenden Krankheitsbilder. In Zukunft werden diese internistischen Patienten eher die Regel als die Ausnahme sein. Hierzu bedarf es einer aufwendigen Weiterbildung in der gesamten Inneren Medizin, die mindestens soviel Zeit erfordert, wie eine Spezialisierung.

Andererseits ist die Weiterbildungsordnung noch ein bißchen unübersichtlicher geworden. Nach Umsetzung durch die Landesärztekammern wird es folgende Weiterbildungsmöglichkeiten im Gebiet 12 Innere Medizin und Allgemeinmedizin geben:

- Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin
- Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung
- Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung

Alle drei Weiterbildungswege durchlaufen eine einheitliche Weiterbildung von drei Jahren im Gebiet der Inneren Medizin. Danach folgen zwei Jahre in der ambulanten Versorgung für den Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin, drei Jahre im Schwerpunkt für den Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung und zwei Jahre in der stationären Versorgung mit unterschiedlichen Weiterbildungsinhalten für den Facharzt Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung. Kombinationen sind möglich, nahe liegend natürlich der Facharzt für Innere Medizin ohne und der Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung.

**Kontakt:**

Prof. Dr. Georg Ertl  
 Universitätsklinikum Würzburg  
 Josef-Schneider-Str. 2  
 97080 Würzburg  
 Tel.: +49(0)931-20 136-303  
 Fax: +49(0)931-20 136-302  
 dgim2008@klinik.uni-wuerz-  
 burg.de

Für letzteren wären allerdings dann  $5 + 3 = 8$  Jahre Weiterbildungszeit angesagt. Facharzt für Innere Medizin und Allgemeinmedizin, Facharzt für (allgemeine) Innere Medizin, Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie (etc). Welchen Weg soll ich einschlagen, wenn ich heute am Anfang meiner Weiterbildung stehe? Was sollen wir unseren jungen Kolleginnen und Kollegen raten, wenn sie die Weiterbildung beginnen? Steht der Hausärztliche Weg von vorne rein fest, ist die Entscheidung für den Facharzt Innere Medizin und Allgemeinmedizin wahrscheinlich klar.

Wem sollen wir zum Facharzt für Innere Medizin ohne, wem zum Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung raten?

Hier könnte ich mir verschiedene Szenarien vorstellen:

1. Zunächst, acht Jahre Weiterbildungszeit sind nicht so furchtbar lang. Würde das Studium mit 25 beendet, so wäre die Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin ohne und mit Schwerpunktbezeichnung mit 35 Jahren abgeschlossen. Für die Niederlassung noch ein akzeptables Alter, für die Weiterbildungsqualität im Schwerpunkt sicher ausreichend, wenn Schwerpunktfunktionen während der gesamten Weiterbildungszeit wahrgenommen werden können.
2. Spätberufene, die vielleicht mit 30 erst in die Weiterbildung gehen, könnten sich bei klarem Berufsziel für einen Schwerpunkt in der ambulanten Versorgung allerdings für den Facharzt Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung entscheiden.
3. Ist es das Berufsziel, in der klinischen Versorgung zu bleiben, so ist ohnehin keine Eile geboten. Leitende Positionen werden erst später erreicht. Ein Facharzt ohne Schwerpunktbezeichnung als Basis macht flexibler und breiter einsetzbar. Allerdings werden auch in Zukunft die meisten Kliniken zusätzlich eine Schwerpunktqualifikation fordern.
4. Dies wird auch für die Weiterbildung an einem Universitätsklinikum gelten, wo allerdings unter Umständen die Rotation nicht so einfach sein wird. Für die Forschung ist es sicher nur von Vorteil, ein größeres Spektrum der Inneren Medizin vertiefend kennen gelernt zu haben.



5. Denkbar ist, dass Fachkliniken für einen bestimmten Schwerpunkt Mitarbeiter bevorzugen, die möglichst lang im Schwerpunkt gearbeitet haben, also Weiterbildung zum Facharzt Innere Medizin mit Schwerpunkt und danach Arbeit im Schwerpunkt.
6. Langwieriger geworden ist es, mehrere Schwerpunktbezeichnungen zu erwerben, da hierfür jeweils zusätzlich drei Jahre notwendig sein werden. Meist werden sich die Übergänge von einem Schwerpunkt zum andern nicht nahtlos organisieren lassen, was zusätzlich Zeit verschlingt. Eigentlich war dies bisher der Königsweg zu einer breiteren internistischen Weiterbildung, und wenn sich die Interessen und Voraussetzungen für einen solchen Weiterbildungsweg frühzeitig festlegen lassen, kann er auch heute noch empfehlenswert sein.

Kurz: wer nicht unter Zeitdruck ist, wird in der Regel zunächst den Facharzt für Innere Medizin ohne Zusatzbezeichnung machen, auch wenn hinterher noch ein Schwerpunkt kommen soll. Eine intensive Beratung mit dem Ausbilder sollte am Anfang stehen, bei der auch die Möglichkeiten der Klinik oder Abteilung und die Kooperation mit anderen Abteilungen oder Kliniken zur Sprache kommen sollten.

Prof. Dr. med Georg Ertl, Würzburg ■

# DGIM – aktiv

## DGIM fordert: Fachgebundene Intensivmedizin für jedes Krankenhaus

### Gemeinsame Empfehlung

der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten sowie der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin zur Organisation der Intensivmedizin\*

### Präambel

Leitgedanke der Intensivmedizin ist es, Patienten, die einer besonderen Überwachung, Pflege oder Behandlung bedürfen, in speziellen Einrichtungen des Krankenhauses, den Intensivstationen, zu konzentrieren. Auf diese Weise sollen Patienten in einer spezialisierten Einheit von eigens für diese Aufgaben geschultem ärztlichem und pflegerischem Personal behandelt werden, bei gleichzeitig möglichst ökonomischer Nutzung der personellen und technischer Ressourcen.

Die Grundsätze der Organisation der Intensivmedizin sind in den „Gemeinsamen Empfehlungen für die Fachgebiete Anästhesiologie und Innere Medizin zur Organisation der Intensivmedizin am Krankenhaus“ der DGAI, der DGIIN, des BDA und des BDI von 1980 festgelegt.

### I. Gliederung der Intensivmedizin

Ausgehend von dem Grundsatz, dass die Behandlung der Grunderkrankung auch das Vorgehen auf Intensivstationen bestimmt, erscheint es zwingend notwendig, in jedem Krankenhaus fachgebundene Intensivbehandlung für die konservative und operative Medizin vorzuhalten. Diese können räumlich und organisatorisch auf einer Intensivstation erfolgen.

Für die ärztliche Leitung und die Zusammenarbeit gilt, dass der konservative Bereich von Internisten und der operative von Anästhesisten/Chirurgen geleitet werden.

Sowohl im konservativen als auch im operativen Bereich ist jeweils die Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ des verantwortlichen Arztes Voraussetzung.

Eine Rotation der Weiterbildungsassistenten gemäß Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer sowie eine Zusammenarbeit in klinischer Forschung und akademischer Lehre sind notwendig.

### II. Separate konservative/operative Intensivmedizin

Für größere Krankenhäuser ist in der Regel eine Teilung in einen konservativen und einen operativen Intensivbereich vorzusehen.

### III. Interdisziplinäre (gemeinsame konservative/operative) Intensivstation

An kleineren Krankenhäusern kann die Einrichtung einer gemeinsamen konservativen/operativen Intensivstation sinnvoll sein. Auf derartigen Einheiten wird der konservative Intensivmedizinbereich verantwortlich von Internisten und der operative Bereich von Anästhesisten/Chirurgen fachlich geleitet.

Die organisatorische Leitung der Intensivstation kann im Wechsel erfolgen.



## Quellen

Richtlinien für die Organisation der Intensivmedizin in den Krankenhäusern. Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) vom 9. September 1974. Das Krankenhaus 1974; 11: 457

Gemeinsame Empfehlung für die Fachgebiete Anästhesiologie und Innere Medizin zur Organisation der Intensivmedizin am Krankenhaus der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin, des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten und des Berufsverbandes Deutscher Internisten. Anästh. Intensivmed. 21 (1980); 166-167

### III.1 Konflikte und Konfliktlösung auf interdisziplinären Intensivstationen

Auch bei optimaler Kooperation können Konflikte entstehen.

Im Grundsatz gilt: Über die im konkreten Fall zu treffenden medizinischen Maßnahmen entscheidet im Bereich des Grundleidens der Vertreter des betreffenden Faches und im Bereich der Intensivtherapie der verantwortliche Leiter. Für den Fall, dass kein Konsens erreicht werden kann, ist hausintern festzulegen, wer den Stichentscheid trifft.

Die volle ärztliche und rechtliche Verantwortung trägt derjenige, der die Entscheidung trifft.

### III.2 Bettenbelegung auf der interdisziplinären Intensivstation

1. Rechnerisches Bettenkontingent:  
Um die intensivmedizinische Versorgung der Patienten aller Kliniken/Fachabteilungen zu gewährleisten, sollte eine am Bettenbedarf orientierte rechnerische Durchschnittsbettenzahl für jede Klinik/jede Fachabteilung hausintern festgelegt werden. Grundsätzlich ist eine starre Zuordnung des gesamten Bettenkontingents zu vermeiden, um den akuten Anforderungen gerecht zu werden.

#### 2. Aufnahme und Verlegung:

Über die Aufnahme der Patienten auf die interdisziplinäre Intensivstation entscheidet der Behandler des Grundleidens im Einvernehmen mit dem Leiter der interdisziplinären Intensivstation. Über die Verlegung der Patienten von der interdisziplinären Intensivstation entscheidet der verantwortliche Leiter im Einvernehmen mit dem Behandler des Grundleidens.

Kann keine einvernehmliche Entscheidung getroffen werden, trägt derjenige, der die Entscheidung über die Verlegung trifft, die alleinige ärztliche und rechtliche Verantwortung.

### III.3 Gemeinsame Weiterbildung

Die interdisziplinäre Intensivstation stellt für Ärzte der beteiligten Fachgebiete die Weiterbildung und die Zusatzweiterbildung in der Intensivmedizin sicher.

Eine gemeinsame Weiterbildungsbefugnis für Intensivmedizin – für zwei Vertreter unterschiedlicher Fachgebiete (z.B. Anästhesiologie und Innere Medizin) – kann bei der zuständigen Landesärztekammer beantragt werden.

### III.4 Forschung

Die Organisationsform der interdisziplinären Intensivstation bietet exzellente Voraussetzungen sowohl für interdisziplinäre als auch fachbezogene Forschungsprojekte.



Die beteiligten Fachgebiete werden sich gegenseitig über beabsichtigte Forschungsprojekte im Bereich der Intensivmedizin und über fachbezogene Studien bei Patienten der jeweiligen Abteilung informieren, diese abstimmen und unterstützen. Darüber hinaus sollen gemeinsame Forschungsstrategien für die Intensivmedizin entwickelt werden. Die eingeworbenen Forschungsgelder werden zwischen den beteiligten Disziplinen angemessen verteilt.

*Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hugo Van Aken  
Präsident der Deutschen Gesellschaft für  
Anästhesiologie und Intensivmedizin*

*Prof. Dr. med. Wolfgang Hiddemann  
1. stellv. Vorsitzender der  
Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin*

*Prof. Dr. med. Bernd Landauer  
Präsident des Berufsverbandes  
Deutscher Anästhesisten*

*Prof. Dr. med. Uwe Janssens  
Präsident der Deutschen Gesellschaft  
für internistische Intensivmedizin  
und Notfallmedizin ■*

## Deutscher Ärztetag beschließt Einführung des Facharztes für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung

Konkret existieren nach der Umsetzung dieses Beschlusses durch die Landesärztekammern folgende Weiterbildungsmöglichkeiten im Gebiet 12 Innere Medizin und Allgemeinmedizin:

- Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin
- Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung
- Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung

**Auf dem 110. Deutschen Ärztetag, der vom 15. Mai 2007 bis 18. Mai 2007 in Münster stattfand, wurde der auf Initiative der DGIM und des BDI angestoßene und von der Bundesärztekammer eingebrachte Antrag auf Einführung des Facharztes für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung mit Zweidrittelmehrheit von den Delegierten angenommen. Damit ist ein großer Schritt zur Gewährleistung einer breiten und variablen Ausbildung ärztlicher Kollegen in der Inneren Medizin, einer guten und breiten Versorgung der Patienten und nicht zuletzt zur Sicherung der Einheit der Inneren Medizin getan worden.**

Durch diesen Beschluss werden die bisherigen Weiterbildungswege zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin sowie zum Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt durch die Option ergänzt, in einer fünfjährigen Weiterbildungszeit die Qualifikation zum Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt zu erwerben. Diese Entscheidung stellt daher die entsprechenden Beschlüsse der Ärztetage in Köln und Rostock nicht in Frage, sondern ergänzt sie in sinnvoller, der Weiterbildung jüngerer Kollegen und der breiten Versorgung der Patienten sowohl im Krankenhaus als auch in der Praxis gerecht werdender Weise.

Alle drei Weiterbildungswege durchlaufen eine einheitliche Weiterbildung von drei Jahren im Gebiet der Inneren Medizin. Zum Erwerb des Facharztes für Innere und Allgemeinmedizin schließt sich eine zweijährige Weiterbildung im ambulanten Bereich an. Zum Erwerb des Facharztes für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung wird unmittelbar nach der dreijährigen Basisweiterbildung mit der entsprechenden Weiterbildung begonnen. Zum Erwerb des Facharztes für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung ist nach der dreijährigen Basisweiterbildung ein Zeitraum von weiteren zwei Jahren im stationären Bereich der Inneren Medizin zu absolvieren.

Für alle drei Weiterbildungswege gilt, dass durch entsprechende zusätzliche Weiterbildungszeiten ergänzende Qualifikationen erworben werden können. Dies bedeutet konkret, dass der Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin durch eine zusätzliche zweijährige Weiterbildung im stationären Bereich der Inneren Medizin die Facharztbezeichnung

Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung erwerben kann. Gleiches gilt für den Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung. Der Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung kann durch eine entsprechende Weiterbildung eine Schwerpunktbezeichnung erlangen. Diese Zusatzqualifikationen werden nach außen erkennbar, indem in diesen Fällen die Führung von zwei Facharztbezeichnungen möglich ist, d.h. Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin & Facharzt für Innere Medizin bzw. Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt & Facharzt für Innere Medizin bzw. Facharzt für Innere Medizin & Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt.

Durch diese Optionen, die in moduhafter Weise angelegt sind, ist eine große Flexibilität und Anpassung an aktuelle Änderungen persönlicher Weiterbildungsziele oder andere Erfordernisse gewährleistet.

Die DGIM hat sich für diese Beschlüsse mit großem Engagement eingesetzt. Dieses Engagement war getragen von der Überzeugung und dem traditionellen Grundverständnis, dass es einen breit ausgebildeten und nicht auf ein Spezialgebiet fokussierten Internisten geben muss, um sowohl die Fähigkeiten der internistischen Schwerpunktfächer als auch der Allgemeinmedizin zu ergänzen.

Die DGIM dankt dem BDI dafür, dass diese Initiative gemeinsam und in enger Abstimmung vorangetrieben werden konnte. Sie dankt insbesondere dem Referat für Weiterbildung und dem Bildungsausschuss der Bundesärztekammer für eine äußerst konstruktive und interaktive Vorbereitung der Beschlussvorlagen.

*Prof. Dr. med. Wolfgang Hiddemann*  
1. Stellvertretender Vorsitzender

*Prof. Dr. med. Georg Ertl*  
Vorsitzender

*Prof. Dr. med. Hans-Peter Schuster*  
Generalsekretär

*RA Maximilian Broglie*  
Geschäftsführer ■



## DGIM – Kongress

### 113. Internistenkongress in Wiesbaden – Von „Hochleistungsmedizin und Menschlichkeit“ durchdrungen

Der **114. Internistenkongress** findet von Samstag, den 29. März, bis Mittwoch, den 2. April 2008 in Wiesbaden statt. Ein Schwerpunkt wird auf der Bildung in der Inneren Medizin liegen. Gemeinsam mit Radiologie und Nuklearmedizin werden die Möglichkeiten und Grenzen bewährter Verfahren und neuester Entwicklungen diskutiert. Darüber hinaus wird es um Fortschritte in der Therapie gehen, chronische Erkrankungen – insbesondere des Herzens – und das Erkennen und Behandeln seltener Erkrankungen.

**Kongresspräsident:**

Prof. Dr. Georg Ertl  
 Universitätsklinikum Würzburg  
 Josef-Schneider-Str. 2  
 97080 Würzburg  
 Tel.: +49(0)931-20 136-303  
 Fax: +49(0)931-20 136-302  
 dgim2008@klinik.uni-wuerz-  
 burg.de

Rund 8500 Teilnehmer besuchten den 113. Internistenkongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) in Wiesbaden. Vom 14. bis 18. April 2007 hörten sie in den Rhein-Main-Hallen Vorträge und nahmen an verschiedenen Symposien, Kursen und Patientenveranstaltungen teil. Die DGIM feierte in diesem Rahmen auch ihr 125-jähriges Bestehen als medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft. Der Kongress mit den Schwerpunkten „der ältere Patient“, „interdisziplinäre Onkologie“, „molekulare Medizin“ und „Gesundheitsstrukturen in Deutschland“ stand unter dem Motto „Hochleistungsmedizin mit Menschlichkeit“.

Dass der Kongress von seinem Motto durchdrungen schien, zeigte sich vor allem in dem „Experiment“ Patientenveranstaltungen: „Wiesbaden hat uns dringend ans Herz gelegt, dies weiterzuführen“, so Professor Dr. med. Wolfgang Hiddemann in seinem Fazit auf der Abschlusspressekonferenz der DGIM. Darüber hinaus sei der Kongress von gegenseitigem Kennlernen, Austausch und fruchtbaren „Social Events“ geprägt gewesen.

Als ebenso ergiebig erwies sich die fachliche Seite des Kongresses. Schon die Tutorials morgens um sieben waren gut besucht. Vor allem der ärztliche Nachwuchs nahm den breiten Fächer von Wissenschaft und Fortbildung wahr: „Ich habe diese Tagung als ‚Kongress der



Jungen’ erlebt“, beschreibt Professor Hiddemann seine Eindrücke. Das Programmkomitee hatte die Situation junger Ärzte in Deutschland in den Vordergrund des Kongresses gestellt: In einer offenen Diskussion mit dem Titel „Gesundheitssystem im Umbruch – Konsequenzen für Ärzte und ihre Karriereplanung“ diskutierten Experten mit dem internistischen Nachwuchs neue Perspektiven. An zwei Tagen, die sich der Zukunft junger Mediziner widmeten, ging es unter anderem um Facharztprofile in der Inneren Medizin, Existenzgründung, Niederlassung und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

Bei der Auswahl der Themen hatte sich der Kongresspräsident an den internistischen Grundsätzen einer ganzheitlichen Betrachtung des kranken Menschen orientiert: „In meinen Augen ist dies neben der Einheit der Inneren Medizin und der Verknüpfung von Forschung und Klinik das wichtigste Grundelement der DGIM – den uns anvertrauten Patienten in seinen körperlichen und seelischen Dimensionen wahrzunehmen.“ Dass der Leitgedanke des Kongresses „Hochleistungsmedizin mit Menschlichkeit“ nicht nur auf dem Papier stand,





bewies auch die diesjährige Kunstoaase. Die Kongressveranstalter präsentierten in diesem Rahmen die Ausstellung „Malen als Quelle, Betrachten als Quelle“: Bilder von Krebspatientinnen, die während einer Kunsttherapie mit dem Team der Psycho-Onkologie der Ludwig-Maximilians-Universität in München entstanden waren. Zahlreiche Kongressbesucher nahmen die Ausstellung interessiert und beeindruckt auf.

Vor diesem patientenorientierten Hintergrund widmete die DGIM in diesem Jahr erstmals ein umfassendes Programm ausschließlich Patienten, Angehörigen und Interessierten: In kostenlosen Seminaren, Vorträgen und Diskussionen informierten internistische Experten über

Krankheiten wie Krebs, Bluthochdruck, Asthma, Diabetes oder Osteoporose. An Ständen auf dem Wiesbadener Schlossplatz standen sie Besuchern Rede und Antwort. Die gut besuchten Arzt-Patienten-Seminare in den Rhein-Main-Hallen boten Besuchern praktische Information zu Themen wie alternative Krebstherapien, Sport im Alter, gesunde Ernährung und Raucherentwöhnung.

In der den Kongress begleitenden Industrieausstellung stellten sich 135 Firmen vor. Sie zeigten dort neue Produkte aus Pharmaforschung und Medizintechnik. Etwa 3 600 Quadratmeter Ausstellungsfläche der Rhein-Main-Hallen waren während des diesjährigen Internistenkongresses belegt. ■

## 1. Deutscher Internistentag

**Vom 25. bis 27. Oktober 2007 findet in Berlin der 1. Deutsche Internistentag von DGIM und BDI statt. Im „Estrel Convention Center“ kommen niedergelassene Ärzte und Kliniker zusammen, um berufspolitische und medizinische Themen aus allen Bereichen der Inneren Medizin zu diskutieren. Die Fachgesellschaft und der Berufsverband zielen mit dem gemeinsamen Kongress darauf ab, den gesellschafts- und gesundheitspolitischen Stellenwert der Inneren Medizin in Deutschland zu stärken.**

„Das Bild des Internisten in der Öffentlichkeit muss dem sich über alle Bereiche erstreckenden internistischen Versorgungsauftrag gerecht werden“, so die Veranstalter. Darüber hinaus spielen vor allem auch der Standort eine wichtige Rolle: DGIM und BDI sehen in der Veranstaltung in Berlin die ideale Ergänzung zum traditionsreichen Jahreskongress der DGIM in Wiesbaden. Denn thematisch stünden in Berlin die Berufspolitik, in Wiesbaden die wissenschaftliche Fortbildung im Fokus. „So werden wir in Zukunft noch präsenter, schlagkräftiger und im Bewusstsein der Öffentlichkeit kontinuierlicher verankert sein“, betont Professor Dr. med. Wolfgang Hiddemann, einer der Tagungspräsidenten und 1. stellvertretender Vorsitzender der DGIM.

Zu den Schwerpunkten des Kongresses zählen unter anderem Symposien und Kurse in den verschiedenen Bereichen der Inneren Medizin.



Sie geben Einblicke in den aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Stand von Angiologie, Kardiologie, Nephrologie und allen anderen internistischen Schwerpunkten. Darüber hinaus können sich Teilnehmer über berufspolitische Themen wie Rationierung im Gesundheitswesen informieren. Dieser Teil bietet außerdem Hilfe für die Praxis in rechtlichen Fragen, Business- und Karriereplanung oder zur Gebührenordnung für Ärzte.

Die Gebühren für die Teilnahme an der gesamten Tagung liegen zwischen 70 und 210 Euro. Tageskarten kosten von 40 bis 115 Euro. Für Studenten kostet die Teilnahme an einem Kurs 40 Euro, für Assistenten 120 Euro und für alle übrigen 160 Euro. Interessierte können sich online anmelden unter [www.deutscherinternistentag.de](http://www.deutscherinternistentag.de). ■

### Tagungspräsidenten:

Prof. Dr. med. Wolfgang Hiddemann  
Klinikum der Universität München-  
Großhadern  
Medizinische Klinik und Poliklinik III  
Marchioninistr. 15  
81377 München

Prof. Dr. med. Jürgen F. Riemann  
Klinikum der Stadt Ludwigshafen  
Medizinische Klinik C  
Bremserstr. 79  
67063 Ludwigshafen

### Veranstalter:

Deutsche Gesellschaft für  
Innere Medizin e.V. (DGIM)  
Irenenstr. 1  
65189 Wiesbaden  
Tel.: +49 (0) 6 11 / 205 80 40 0  
Fax: +49 (0) 6 11 / 205 80 40 46  
[info@dgim.de](mailto:info@dgim.de)  
[www.dgim.de](http://www.dgim.de)

Berufsverband  
Deutscher Internisten e.V. (BDI)  
Schöne Aussicht 5  
65193 Wiesbaden  
Tel.: +49 (0) 6 11 / 181 33-0  
Fax: +49 (0) 6 11 / 181 33-50  
[info@bdi.de](mailto:info@bdi.de)  
[www.bdi.de](http://www.bdi.de)

## DGIM – Korporative Mitglieder

### Symposium der Korporativen Mitglieder Deutsches Gesundheitswesen 2007: Reform oder Abwicklung?

#### Position des Verbands Forschender Arzneimittelhersteller zum Prozessablauf der Kosten-Nutzen-Bewertung (Zusammenfassung)

Die Einbindung der vom Gesetz genannten zu Beteiligten hat bereits in einem Scoping-Workshop zu Beginn des Verfahrens zu erfolgen. Gemeinsam werden dort definiert:

- die zu betrachtenden Fragestellungen,
  - die zu wählenden Vergleichstherapien,
  - die patientenrelevanten Nutzen und Outcomes sowie
  - die anzuwendende Methodik.
- Der Scoping-Workshop wird von einem unabhängigen externen Moderator geleitet.

Die Bewertungen werden vom IQWiG an externe Sachverständige vergeben, die Aufträge werden öffentlich ausgeschrieben. Auswahlkriterien müssen offengelegt werden.

■ Fortsetzung auf Seite 10

Ist die bislang letzte Gesundheitsreform nun der Weisheit letzter Schluss? Im Rahmen des Symposiums der Korporativen Mitglieder der DGIM während des 113. Internistenkongresses in Wiesbaden wurden die aktuellen Reformbeschlüsse vorgestellt und diskutiert. Die beiden Sprecher der Korporativen Mitglieder, Dr. rer. nat. Ottfried Zierenberg, Geschäftsführer Medizin, MSD Sharp & Dohme und Dr. med. Dieter Götte, Medizinischer Direktor, Novartis Pharma, leiteten die Sitzung.

Die eine Gesundheitsreform gibt es nicht – seit den siebziger Jahren wurden mehr als 50 „große“ Reformen durchgeführt und mehr als 7000 Einzelmaßnahmen getroffen, um die Kostenproblematik im Gesundheitswesen zu bewältigen. Eine Analyse von Prof. Dr. Volker Ulrich, Rechts- und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät der Universität Bayreuth, lässt erkennen, dass es sich auch bei den neuesten Gesetzen zur Gesundheitsreform nicht um die entscheidende letzte Umgestaltung handeln wird.

#### Ziele verfehlt?

Wesentliche Ziele der derzeitigen Reformbemühungen sind es, so Ulrich: die Nachhaltigkeit zu verbessern, die „Beschäftigungsfeindlichkeit“ zu reduzieren und den Wettbewerb im Gesundheitswesen zu fördern. Ein bedeutender Eckpfeiler ist dabei die Einführung des Gesund-

heitsfonds zum 1. Januar 2009, der als Kompromiss aus Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie entstanden ist. In den Gesundheitsfonds zahlen die Arbeitnehmer 7 Prozent und die Arbeitgeber 6 Prozent des Bruttolohns ein. Die Versicherung von Kindern wird als „gesellschaftliche“ Aufgabe künftig über die Steuer finanziert. Im Jahr 2009 sind hierfür drei Milliarden Euro vorgesehen; eine Anhebung auf 14 Milliarden ist geplant. Aus diesem gemeinsamen Topf erhalten die gesetzlichen Krankenkassen eine Pauschale pro Versichertem, gestaffelt nach Alter, Geschlecht und Krankheiten. Reicht dieses Geld nicht aus, kann die Kasse zusätzlich von jedem Mitglied 8 Euro pro Monat einziehen; ferner können weitere 1 Prozent des sozialversicherungspflichtigen Haushaltseinkommens eines Versicherten zur Deckung der Kosten herangezogen werden.

„Die Verknüpfung der Zusatzprämie mit der Überforderungsklausel“, erläuterte Ulrich, „macht einen Preiswettbewerb unmöglich.“ Das Ziel der Nachhaltigkeit hat die Gesundheitsreform nach seiner Ansicht verfehlt, da die Mehrkosten nicht gedeckt sind, sondern auf zukünftige Generationen übertragen werden. Positive Effekte sind seines Erachtens zwar durch die Steuerfinanzierung der Kinderversicherung zu erwarten. Woher diese Gelder kommen sollen, ist jedoch unklar.

#### Auswirkungen für Vertragsärzte

Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG), das bereits am 1. Januar 2007 in Kraft getreten ist, bringt vermutlich organisatorische Erleichterungen für sogenannte „Vertragsärzte“. Wie Rechtsanwalt Dr. Peter Wigge, Fachanwalt für Medizinrecht, Münster, ausführte, können sie zukünftig – zahlenmäßig unbegrenzt – Ärzte anstellen und deren Arbeitszeit dienstvertraglich flexibel gestalten. Voraussetzung ist jedoch, dass der Planungsbereich nicht gesperrt ist beziehungsweise für das Fachgebiet keine Zulassungsbeschränkungen vorliegen. Das gilt auch für fachgebietfremde Ärzte. Vertragsärzte können ferner über den Praxissitz hinaus an zwei weiteren Orten tätig sein – wenn die ordnungsgemäße Versorgung an jedem Ort gewährleistet wird.

■ Fortsetzung auf Seite 10



Fortsetzung von Seite 9

Bei der Literaturrecherche wird systematisch der Hersteller von Beginn an einbezogen. Die Hersteller haben das Recht, Studien- und gesundheitsökonomische Analysen einzureichen. Die recherchierten und eingereichten Daten sind in den Bewertungsprozess einzubeziehen. Eine eventuelle Nichtberücksichtigung ist zu begründen.

Die Beurteilung der Anwendbarkeit bereits vorhandener Modelle oder die Definition eines ggf. neu zu erstellenden Modells erfolgt über eine noch zu etablierende Clearingstelle (z. B. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI], Robert Koch-Institut [RKI] oder eine universitäre Einrichtung).

Diese übernimmt auch die Aufgabe einer Schiedsstelle in Streitfragen. Jedes Verfahren schließt ein internes und ein externes Review ein.

Dem Hersteller wird mit Vorlage des Endberichts die Möglichkeit einer letzten Stellungnahme an den Auftraggeber des Verfahrens (Gemeinsamer Bundesausschuss [G-BA] oder Bundesministerium für Gesundheit [BMG]) gegeben (Appeal).

Quelle: [www.vfa.de](http://www.vfa.de) ■

### Wo bleibt die Prävention?

„Ohne Stärkung der Prävention ist jede Gesundheitsreform unvollständig,“ sagte Professor Dr. med. Martin Middeke, Chefredakteur der Deutschen Medizinischen Wochenschrift und Leiter des Blutdruckinstituts München. „Prävention funktioniert nicht automatisch, nur weil sie sinnvoll ist. Sie muss politisch gewollt werden“. Unter diesem Gesichtspunkt wäre das Präventionsgesetz, das seit einiger Zeit „auf Eis liegt“, ein wichtiger erster Schritt in die richtige Richtung. Besonders wünschenswert wäre es hier, dass nicht nur die betriebliche, sondern vor allem auch die ärztliche Prävention gestärkt wird. So sollten nach Middekes Ansicht ärztliche Präventionsleistungen, zum Beispiel auf dem Gebiet der Gewichtsreduktion, auch finanziell honoriert werden. Er kritisierte daher den Bericht des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vom 3. November 2006, nach dem für die nichtmedikamentösen diätetischen Maßnahmen zur Gewichtsreduktion bei essenzieller Hypertonie ein Nutzen nicht belegt sei – ein äußerst unbefriedigendes Ergebnis, das, so Middeke, vor allem auf die beschränkte Auswahl von Studien (Endpunkt Gesamtmortalität) zurückzuführen ist.

### Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln

Mit der Bewertung von Arzneimitteln durch das IQWiG befassten sich gleich zwei Vorträge des Symposiums. Unausweichlich ist nach Ansicht von Prof. Dr. Jürgen Wasem, Inhaber des Alfred Krupp von Bohlen und Halbach Stiftungslehrstuhls für Medizinmanagement der Universität Duisburg/Essen, dass zukünftig – bei begrenztem Budget – eine Auswahl getroffen werden muss, welche medizinischen Maßnahmen noch bezahlt werden. Berücksichtigt man dabei nicht nur den Nutzen einer Maßnahme, sondern auch noch das Kosten-Nutzen-Verhältnis, so lässt sich mit diesem nach Wasem „zutiefst ethischen“ Entscheidungskriterium möglichst viel „Outcome“ für begrenzte Mittel erzielen.

Von maßgeblicher Bedeutung ist die Methodik, die bei der ökonomischen Bewertung von Arzneimitteln eingesetzt wird. So ist zum einen ein relativ weiter Kostenbegriff erforderlich, der neben den reinen Interventionskosten und den medizinischen Folgekosten auch die nicht medizinischen Kosten und die indirekten Kosten umfasst. Bei der Berechnung des Nutzens einer Therapie werden für Kosteneffektivitätsstudien so genannte medizinische Effekteinheiten herangezogen, beispielsweise gewonne-



ne Lebensjahre oder die Zeit bis zu einem Rückfall. Andere Methoden setzen „Nutzwerte“ zur Berechnung ein; bekanntestes Beispiel sind die international akzeptierten, aber vom IQWiG abgelehnten qualitätsadjustierten Lebensjahre (QALY).

Bei neu zugelassenen Medikamenten (Innovationen) soll in Zukunft, so will es der Gesetzgeber, nur dann kein Höchstbetrag festgesetzt werden, wenn das Arzneimittel vom IQWiG bei der Kosten-Nutzen-Bewertung als kosteneffektiv eingeschätzt wurde. Diese Kosten-Nutzen-Bewertung ist nach Dr. Steffen Wahler vom Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V. (VFA), Berlin, ein völlig neues Prinzip, das er – anders als die bisherige alleinige Nutzenbewertung – grundsätzlich für sinnvoll hält: unter bestimmten Bedingungen (siehe Info-Kasten Seite 10). So sollten zum Beispiel die Prüfungskriterien bereits zu Beginn des Verfahrens durch ein Auswahlgremium aus allen Beteiligten (Scoping-Workshop) klar festgelegt und nicht dem IQWiG alleine überlassen werden. Eine Schiedsstelle für Streitfragen wäre wünschenswert, und der VFA fordert ferner die Möglichkeit einer Stellungnahme gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) beziehungsweise dem Bundesministerium für Gesundheit.

### Fazit

In seiner Zusammenfassung stellte Prof. Dr. Ulrich Fölsch, Kiel, der Beauftragte für die Korporativen Mitglieder der DGIM, mit großen Bedenken fest, dass derzeit die „Kostenträger“ die Medizin kontrollierten. Er forderte dazu auf, die Repräsentanten der Fachgesellschaften mit ihrem medizinischen Sachverstand stärker in die Entscheidungen des IQWiG und des GBA einzubinden, damit diese Entscheidungen „nicht nur aus dem Blickwinkel der Ökonomie, sondern vor allem aus dem Blickwinkel der Medizin und damit aus der Sicht der Patienten getroffen werden“.

## DGIM – Personalia

Der neue Vorstand der DGIM setzt sich zusammen aus:

- **Vorsitzender**  
Professor Dr. med.  
Georg Ertl
- **1. Stellvertretender Vorsitzender**  
Professor Dr. med.  
Wolfgang Hiddemann
- **Generalsekretär**  
Professor Dr. med.  
Hans-Peter Schuster
- **Kassenführer**  
Professor Dr. med.  
Richard Raedch
- **Geschäftsführer**  
Maximilian Broglie
- **2. Stellvertretender Vorsitzender**  
Professor Dr. med.  
Rainer E. Kolloch
- **3. Stellvertretender Vorsitzender**  
Professor Dr. med.  
Jürgen Schölmerich

### Professor Dr. med. Georg Ertl DGIM-Vorsitzender 2007/2008



Neuer Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) ist ab sofort Professor Dr. med. Georg Ertl, Direktor der Medizinischen Klinik I, Klinikum der Julius-Maximilians-Universität, Würzburg. In dieser Funktion löst der

Kardiologe Professor Dr. med. Wolfgang Hiddemann, Direktor der Medizinischen Klinik III, Klinikum der Universität München-Großhadern, ab. Als Vorsitzender der DGIM ist Professor Ertl zugleich Präsident des 114. Kongresses der DGIM, der vom 29. März bis 2. April 2008 in Wiesbaden stattfinden wird.

Professor Ertl, geboren 1950 in Neuburg am Rhein, studierte Humanmedizin in Mainz und Graz. Er forschte als wissenschaftlicher Assistent außerdem an der Universität Düsseldorf, der Harvard Universität und dem Peter Bent Brigham Hospital in Boston. Für das Fach Innere Medizin habilitierte sich Professor Ertl im Jahr 1986 am Würzburger Universitätsklinikum. Zwischen 1995 und 1998 hatte der Herzspezialist den Lehrstuhl für Kardiologie der Universität Heidelberg in Mannheim inne.

Seit 1999 ist Professor Ertl Lehrstuhlinhaber für Innere Medizin und Direktor der Medizinischen Klinik und Poliklinik I, Klinikum der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität, Würzburg. Forschungsschwerpunkte seiner Klinik liegen in den Krankheitsprozessen und der Vorbeugung der Herzschwäche und ihrer Komplikationen – einschließlich psychischer und kognitiver Störungen. Sein Institut untersucht außerdem die Therapie der Herzinsuffizienz in umfassenden Versorgungsprogrammen, arbeitet an der nicht invasiven kardiovaskulären Bildgebung sowie seltenen Systemerkrankungen und ihrer kardialen Beteiligung. Außerdem gehören zu den Schwerpunkten funktionelle Erkrankungen und Tumoren der Nebennieren, Bindegewebsstoffwechsel und Chemostrahlentherapie der Lunge und Genetik, Risikofaktoren und Prävention der diabetischen Nephropathie einschließlich der Leitung großer internationaler multizentrischer Studien. ■

### Professor Dr. med. Volker Diehl mit Gustav-von-Bergmann-Medaille geehrt

Für sein Lebenswerk in der Inneren Medizin ehrte die DGIM beim diesjährigen Internistenkongress Professor Dr. med. Volker Diehl mit der Gustav-von-Bergmann-Medaille. Geboren 1938 in Berlin-Lichterfelde, studierte Volker Diehl von 1958 bis



1966 in Marburg, Freiburg und Wien Medizin. 1966 bis 1982 war er aktiv in Klinik und Forschung an verschiedenen Standorten in Philadelphia, Nairobi, Stockholm, am Institut für Virologie der Universität Würzburg sowie ab 1972 an der Medizinischen Hochschule Hannover. Von 1983 bis 2003 war Professor Diehl Direktor der Klinik I für Innere Medizin der Universität zu Köln. Professor Diehls klinische und wissenschaftliche Schwerpunkte liegen unter anderem im Bereich Hämatologie-Onkologie, Infektionskrankheiten, Immunologie und vor allem die Entstehung und Therapie des Morbus Hodgkin. Hier gelangen ihm grundlegende wissenschaftliche Erfolge: Er wies nach, dass das Epstein-Barr-Virus für das Pfeiffer'sche Drüsenfieber verantwortlich ist und auch bei der Entstehung bestimmter Lymphkrebarten eine Rolle spielt. Professor Diehl ist Mitglied zahlreicher wissenschaftlicher Fachgesellschaften. Im Jahr 1998/99 war er Vorsitzender der DGIM, die ihn 2004 zum Ehrenmitglied ernannte. Die Universitäten von Athen und Heidelberg ehrten Professor Diehl 2002 beziehungsweise 2005 mit der Ehrendoktorwürde. Seine Laufbahn im In- und Ausland zeichnen zahlreiche Preise aus, darunter 1997 der Preis der Deutschen Krebsgesellschaft. ■

## Gustav-von-Bergmann-Medaille für Professor Dr. med. Hans-Peter Schuster

Die Medaille ist nach dem deutschen Internisten Franz August Richard Gustav von Bergmann (\* 1878 Würzburg, † 1955 München) benannt.

Als Professor der Inneren Medizin in Marburg, Frankfurt, Berlin und München gab Gustav von Bergmann weit über sein Fachgebiet hinaus dem medizinischen Denken neue Impulse. Er schuf die Grundlagen der Psychosomatik und gilt deswegen als einer der Väter der psychosomatischen Medizin.

Die DGIM hat die Verleihung der Medaille anlässlich ihres 100. Kongresses ins Leben gerufen. Sie ehrt damit herausragende Wissenschaftler, die mit ihrem Lebenswerk die Innere Medizin in Deutschland entscheidend geprägt haben.



Im Rahmen des 113. Internistenkongresses verlieh die DGIM ihrem langjährigen Generalsekretär Professor Dr. med. Hans-Peter Schuster die Gustav-von-Bergmann-Medaille für sein Lebenswerk. Geboren 1937 in Frankfurt/Main,

studierte Professor Schuster in Frankfurt, Tübingen, Wien und Marburg Philosophie und Humanmedizin und promovierte 1968 an der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz. Seine Anerkennung als Internist erlangte er 1973, die Habilitation folgte schon ein Jahr später. Von 1981 bis 1982 war Professor Schuster geschäftsführender Leiter der II. Medizinischen Klinik und Poliklinik der Universität Mainz. Im September 1983 ernannte ihn das Städtische Krankenhaus Hildesheim, Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule, zum Chefarzt der Medizinischen Klinik I. Professor Schusters wissenschaftliches Wirken hat seinen Schwerpunkt in der internistischen Intensivmedizin. Diese hat er jahrzehntelang – auch in der medizinischen Lehre – stark beeinflusst. Professor Schuster ist Mitglied in mehreren wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Im Jahr 1992/93 war er Vorsitzender der DGIM. Seit 2001 ist er deren Generalsekretär und hat in dieser Funktion die Modernisierung der Fachgesellschaft vorangetrieben. Professor Schuster erhielt mehrere Auszeichnungen, darunter im Jahr 1995 die Rudolf-Frey-Medaille der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und 1997 die E.K.-Frey-Medaille in Gold der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin. Die DGIM ehrt Professor Schuster mit der Gustav-von-Bergmann-Medaille für seine herausragenden Verdienste für die gesamte Innere Medizin. ■

## Professor Dr. med. Albrecht Encke zum Ehrenmitglied ernannt

Die DGIM wählte im Rahmen des 113. Internistenkongresses Professor Dr. med. Albrecht Encke zum Ehrenmitglied. Bis zu seiner Emeritierung im August 2002 war er Direktor der Klinik für Allgemein- und Gefäßchirurgie, Zentrum der Chirurgie der



Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt/Main. 1935 in Remscheid geboren, studierte Professor Encke in Freiburg, Tübingen, Wien und Köln, wo er 1961 das Staatsexamen ablegte und promovierte. Als Stipendiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft erforschte er die Mechanismen der Blutgerinnung, bevor er von 1965 bis 1979 als Assistent und Oberarzt der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg tätig war. 1970 erhielt Professor Encke seine Facharztanerkennung für Chirurgie und habilitierte an der Medizinischen Fakultät Heidelberg zum Thema „Disseminierte intravasale Gerinnung in der Chirurgie“. Zum Ordentlichen Professor für Chirurgie wurde Professor Encke 1979 an die Universität Frankfurt/Main berufen. In seiner wissenschaftlichen und klinischen Arbeit hat sich Professor Encke unter anderem der chirurgischen Pathophysiologie, der Blutgerinnungs- und Thromboseforschung, der chirurgischen Intensivmedizin sowie der Pankreaschirurgie gewidmet. 1986 gelang ihm die erste Lebertransplantation in Frankfurt. Professor Encke ist Mitglied zahlreicher ärztlicher und wissenschaftlicher Fachgesellschaften. Seit dem Jahr 2001 ist er Präsident der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Im vergangenen Jahr wurden ihm der Verdienstorden der Bundesrepublik Deutschland am Bande und die Adolf-Schmidt-Medaille des Medizinischen Fakultätentages verliehen. ■

## Ehrenmitgliedschaft an Professor Dr. med. Thomas R. Weihrauch verliehen

Der Preis ist nach dem Präsidenten des ersten „Congress für Innere Medizin“ – dem Internisten Friedrich Theodor von Frerichs – benannt. Die DGIM honoriert damit die beste zur Bewerbung eingereichte, möglichst klinisch-experimentelle Arbeit auf diesem Gebiet im deutschsprachigen Raum. Sie verleiht die Auszeichnung jährlich im Rahmen der Eröffnung ihrer Jahrestagung in Wiesbaden.



Ebenfalls zu ihrem Ehrenmitglied ernannte die DGIM Professor Dr. med. Thomas R. Weihrauch. Als Mitbegründer der Korporativen Mitglieder der DGIM war der Internist von 1993 bis 2005 deren 1. Sprecher.

Geboren 1942 in München, studierte Weihrauch in Freiburg und München. Er erfuhr seine internistische Ausbildung an den Universitätskliniken von Kiel und Mainz sowie in den USA. 1975 wurde er Arzt für Innere Medizin und erwarb 1977 die Schwerpunktbezeichnung Gastroenterologie. Nach seiner Habilitation für Innere Medizin übernahm Professor Weihrauch die Leitung der Klinischen Forschung und Klinischen Pathophysiologie bei der Bayer AG, Wuppertal. Dort war er zuletzt Senior Vice President and Head of Global Medical Strategy. Weihrauch ist in zahlreichen nationalen und internationalen Gremien und Kommissionen tätig. Seit 2006 ist Professor Weihrauch außerdem Mitglied im Advisory Committee der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für den Forschungsbereich Chemotherapie und Infektionskrankheiten in Ländern der Dritten Welt. Das von ihm erstellte, mittlerweile in 16. Auflage erschienene Buch, „Internistische Therapie“ gehört zum Standardwerk der Medizin. ■

## Theodor-Frerichs-Preis für Adipositasforscher

Das Hormon Insulin, ist entgegen bisherigen Erkenntnissen auch im Gehirn wirksam. Dies belegen aktuelle Studien von Dr. med. Otto Tschritter von der Universität Tübingen. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin zeichnete den Nachwuchsforscher dafür mit dem Theodor-Frerichs-Preis 2007 aus. Der Preis ist mit 20000 Euro dotiert. Die DGIM verleiht den Preis im Rahmen ihres 113. Kongresses in Wiesbaden.



Die meisten Zellen benötigen das Hormon Insulin, um Zucker zu verwerten. Nicht jedoch Nervenzellen: sie nutzen ihn auch ohne Insulin als Energieträger. Dennoch tragen Nervenzellen viele Rezeptoren. Bislang war die Aufgabe dieser reichlich im Gehirn vorhandenen Insulinrezeptoren ungeklärt. Aufgrund von tierexperimentellen Studien vermutete Dr. Tschritter, dass sie für die Regulierung des Körpergewichts wichtig seien. Denn Mäuse, denen diese Rezeptoren fehlen, sind stark übergewichtig. Eine vergleichbare Störung ist beim Menschen die Insulinresistenz, zu der es beim Typ-2-Diabetes, dem „Alterszucker“ kommt: Insulin ist reichlich vorhanden, es wirkt jedoch nicht und der Blutzucker bleibt hoch.

In weiteren Versuchen registrierte der Hormonspezialist die magnetische Aktivität des Gehirns: Die Magnetoenzephalographie nimmt feinste Nervenaktivitäten wahr. Es zeigte sich, dass die Gabe von Insulin bei schlanken Menschen Reaktionen im Gehirn auslöst. Bei übergewichtigen Versuchsteilnehmern ist dies jedoch nicht der Fall. „Dr. Tschritter hat damit als Erster gezeigt, dass es beim Menschen eine Insulinresistenz des zentralen Nervensystems gibt und dass diese möglicherweise mit der Entstehung von Übergewicht und Typ-2-Diabetes in Verbindung steht“, begründete das Preiskomitee der DGIM die Entscheidung für den Preisträger: „Aus den Ergebnissen lassen sich möglicherweise ganz neuartige therapeutische Strategien zur Behandlung oder Vorbeugung von Übergewicht und Typ-2-Diabetes ableiten.“ ■

Die DGIM verleiht den „Präventionspreis Innere Medizin“ jährlich für die beste aus dem deutschsprachigen Raum vorgelegte Arbeit auf dem Gebiet der Primär- und Sekundär-Prävention innerer Erkrankungen. Stifter des Preises ist der Internist und Kardiologe Professor Dr. med. Dieter Klaus, Dortmund.

## Bessere Vorsorge durch Information – Präventionspreis für Studie zur Darmkrebsvorsorge



Sind Menschen über ein familiär bedingt erhöhtes Dickdarmkrebsrisiko informiert, nehmen sie häufiger an einer Untersuchung zur Früherkennung des Kolonkarzinoms teil, als wenn sie darüber nicht Bescheid wissen.

Dies zeigt eine Studie von Privatdozent Dr. med. Tim Greten von der Medizinischen Hochschule Hannover. Im Rahmen des 113. Internistenkongresses verlieh die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) dem Gastroenterologen für seine wissenschaftliche Arbeit den „Präventionspreis Innere Medizin“. Der Preis ist mit EUR 5000 dotiert.

Erstgradig Verwandte von Patienten mit einem kolorektalen Karzinom haben ein bis 3,5-fach erhöhtes Risiko, selbst daran zu erkranken. Dies gilt insbesondere dann, wenn Betroffene jung sind. Deshalb ist es sinnvoll, dass sich Angehörige frühzeitig einer Dickdarmspiegelung unterziehen: Ist der Tumor früh entdeckt, verspricht eine Therapie mehr Erfolg als im späten Stadium. Ziel des Autors der Arbeit „Vorsorgekoloskopien bei Verwandten von Patienten mit Kolorektalem Carcinom“ war es deshalb zu klären, in welchem Umfang Verwandte ersten Grades Vorsorgekoloskopien nutzen. Darüber hinaus sollte sie zeigen, wie sich die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen verbessern ließe.

Der Autor bezog in seine Studie 602 Patienten unter 59 Jahren ein, die zwischen Januar 2003 und August 2005 an einem Kolonkarzinom operiert wurden. Diesen sandte er Fragebögen zu Diagnose und Vorsorgeverhalten zu. Er fragte darin auch ab, ob Geschwistern und Eltern der Patienten das bestehende familiäre Darmkrebsrisiko bekannt war. Insgesamt 442 Patienten schickten die Bögen ausgefüllt zurück. Aus den Antworten ergab sich, dass sich nur etwa 30 Prozent der Verwandten einer vorsorglichen Darmuntersuchung unterzogen hatten. Rund die Hälfte aller Patienten gab an, dass sie von dem erhöhten familiären Risiko wusste.

„Die Arbeit ist in die Zukunft weisend und verspricht bei Ausdehnung der Ergebnisse eine Rückwirkung ob der Mortalität des Kolonkarzinoms“, begründet die Kommission aus Vorstand und Ausschuss der DGIM ihre Entscheidung.

Eindeutig ruge sie hinsichtlich ihres wissenschaftlichen und, was die Prävention anbetrifft, zukunftssträchtigen Ergebnisses hervor. Spektakulärstes Ergebnis für die Jury: Geschwister nahmen sehr viel häufiger an einer Screening-Koloskopie teil, wenn sie das familiär bedingt erhöhte Risiko kannten. Durch gezielte und verbesserte Information lässt sich demzufolge die Teilnahme an Vorsorgekoloskopien verbessern. ■

## Young Investigator's Award für Arbeit zu Genprogrammen bei Herzinsuffizienz



Für das beste Poster der unter 35-jährigen Autoren verlieh die DGIM dem Kardiologen Dr. med. Thomas Thum aus Würzburg im Rahmen des diesjährigen Internistenkongresses den ersten Platz beim Young Investigator's Award.

Mit dem Preis prämiert die DGIM die Arbeit „MicroRNAs im humanen Herz: Regulation der Aktivierung fetaler Genprogramme bei Herzinsuffizienz“.

Je eine Arbeit nahm aus den jeweiligen Schwerpunktgesellschaften der DGIM am Young Investigator's Award teil. Die Vorauswahl erfolgte durch Gutachter der Schwerpunktgesellschaften. Die endgültige Auswahl des preiswürdigen Beitrages fand im Rahmen einer Vortragsveranstaltung statt. Der Preis wurde am 17. April während der Get-Together-Party verliehen. ■

1. September bis 15. September 2007

**Kongress für Innere Medizin und Allgemeinmedizin Internationales Rheuma-Symposium**

Sant'Angelo d'Ischia, Italien

10. September bis 12. September 2007

**Deutscher Ärztekongress 2007**

Berlin

27. September bis 29. September 2007

**Deutsche Kardiagnostik-Tage**

Stuttgart

19. Oktober bis 20. Oktober 2007

**44. Kongress der Südwestdeutschen Gesellschaft für Innere Medizin unter der Schirmherrschaft der DGIM**

Esslingen

25. Oktober bis 27. Oktober 2007

**Deutscher Internistentag 2007**

Berlin

9. November bis 10. November 2007

**Tagung der Thüringer Internisten**

Jena

22. November bis 24. November 2007

**182. Jahrestagung der Rheinisch-Westfälischen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. unter der Schirmherrschaft der DGIM**

Essen

23. November bis 24. November 2007

**Internistenupdate 2007 – 2. DGIM-Internisten-Seminar unter der Schirmherrschaft der DGIM**

Wiesbaden

■ Fortsetzung auf Seite 16

## Preise für beste Poster aus den Schwerpunkten der Inneren Medizin

Die DGIM prämierte beim 113. Internistenkongress in Wiesbaden die besten Poster aus den jeweiligen internistischen Schwerpunkten. Drei von jeder Schwerpunktesellschaft benannte Gutachter bewerteten die Poster. Hauptkriterien waren neben Originalität auch Qualität und Aktualität. Die Preisverleihung fand am 17. April 2007 im Rahmen der Get-together Party statt.

### Die Preisträger:

#### ■ Angiologie:

„Ein schneller nicht-invasiver Belastungstest für die Funktion des Gefäßendothels“, Prof. Dr. med. Richard Stodtmeister (Pirmasens), Dipl.-Ing. Walthard Vilser (Ilmenau).

#### ■ Kardiologie:

„Nahrungsmittelsupplementation mit pflanzlichen Sterolen – Korrelation von Serum und Gewebekonzentration“, Dr. Oliver Weingärtner (Homburg), Priv.-Doz. Thomas Sudhop (Bonn), Prof. Dr. Klaus von Bergmann (Bonn), Prof. Dr. Hans-Joachim Schäfers (Homburg), Prof. Dr. U. Laufs (Homburg/Saar), Prof. Dr. Michael Böhm (Homburg/Saar).

#### ■ Rheumatologie:

„Dreidimensionale Farbdopplersonographie als neue bildgebende Methode zum Entzündungsmonitoring unter antiinflammatorischer Therapie bei Rheumatoider Arthritis“, Dr. Katinka Albrecht (Gießen), Carola Rumbaur (Bad Nauheim), Prof. Dr. Ulf Müller-Ladner (Bad Nauheim), Dr. Johannes Strunk (Bad Nauheim).

#### ■ Nephrologie:

„PPAR-gamma Agonist verbessert die tubuläre Sekretion von organischen Anionen nach ischämischem Nierenversagen unabhängig von einer AKT abhängigen eNOS Aktivierung“, Dr. Reinhard Schneider (Würzburg), Tobias Kress (Würzburg), Boris Betz (Würzburg), PD Dr. Christoph Sauvant (Würzburg), Prof. Dr. Jan Galle (Lüdenscheid), Prof. Dr. Christoph Wanner (Würzburg).

#### ■ Endokrinologie:

„Potenzierung des Lipoprotein-induzierten Wachstums menschlicher Gefäßmuskelzellen durch Insulin“, Dr. Elvira Haas (Zürich), Dipl.-Bio. Roberta Minotti (Zürich), Cristian Raselli

(Zürich), Andreas Höhn (Zürich), PD Dr. med. habil. Matthias Barton (Zürich).

#### ■ Infektiologie:

„INTERREGIO-II: Ambulanter Antibiotikaverbrauch neun verschiedener Facharztgruppen – WER verschreibt WAS in Baden-Württemberg?“, Dr. Katja de With (Freiburg), Michaela Steib-Bauert (Freiburg), Magda Geldmacher (Lahr), Birger Bär (Lahr), Prof. Dr. Winfried V. Kern (Freiburg).

#### ■ Gastroenterologie:

„Ko-Transduktion von dendritischen Zellen (DC) mit AFP- und CD40L-kodierenden Adenoviren kann ihre immunstimulatorische Wirkung gegen AFP-exprimierende HCC in vivo signifikant verstärken“, Dr. Maria Gonzalez-Carmona (Bonn), Carlo Schneider (Bonn), Prof. Dr. Ingo Schmidt-Wolf (Bonn), PD Dr. Volker Schmitz (Bonn), Prof. Dr. Tilman Sauerbruch (Bonn), Prof. Dr. Wolfgang Caselmann (Bonn).

#### ■ Intensiv-/Notfallmedizin:

„Kann die Gabe von  $\beta$ -Blockern das Überleben von Patienten mit Multiorgandysfunktionssyndrom über die Veränderung der autonomen Funktion beeinflussen?“, Dr. Hendrik Schmidt (Halle), Ralf Hennen (Halle), Priv.-Doz. Dirk Hoyer (Jena), Prof. Dr. Kuno Hottenrott (Halle), PD Dr. Michael Buerke (Halle), Prof. Dr. Ursula Müller-Werdan (Halle), Prof. Dr. Karl Werdan (Halle/Saale).

#### ■ Hämatologie-Onkologie:

„Das leukaemogene Potential des Homeoboxgens Cdx2 benoetigt die N-terminale Transaktivierungsdomaene und kann durch einen MEK1/2 Inhibitor in einem Mausmodell einer Cdx2 positiver AML blockiert werden“, Dipl.-Bio. Vijay Rawat (München), Dr. Natalia Arseni (München), Dipl.-Bio. Vegi. Naidu (München), Dipl.-Bio. Farid Ahmed (München), Dipl.-Bio. Hendrik Reuter (München), Dipl.-Bio. Konstantin Petropoulos (München), Prof. Dr. Wolfgang Hiddemann (München), Dr. Michaela Feuring-Buske (München), PD Dr. Christian Buske (München).

#### ■ Pneumologie:

„Akkumulation von nicht prozessiertem Surfactant-Protein B und Induktion einer apoptotischen ER-Stressantwort bei Idiopathischer Pulmonaler Fibrose und Nicht-spezifischer Interstitieller Pneumonie“, Dr. Martina Korfei (Giessen), Dr. Clemens Ruppert (Giessen),

■ Fortsetzung auf Seite 16

Fortsetzung von Seite 15

1. Februar bis 2. Februar 2008  
**134. Jahrestagung der Nordwestdeutschen Gesellschaft für Innere Medizin**  
Hamburg

29. März bis 02. April 2008  
**114. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)**  
Wiesbaden

## Intensivkurse Innere Medizin

### Vorbereitung auf die Facharztprüfung und Refreshing

10. September bis 15. September 2007  
Bonn

17. September bis 21. September 2007  
Erfurt

17. September bis 26. September 2007  
Bad Segeberg (Kiel)

24. September bis 28. September 2007  
München

08. Oktober bis 13. Oktober 2007  
Wiesbaden

12. November bis 17. November 2007  
Bad Nauheim

26. November bis 01. Dezember 2007  
Wiesbaden

Weitere Informationen über die Intensivkurse Innere Medizin finden sie im Internet unter: [www.dgim.de](http://www.dgim.de)



DGIM – Personalia Fortsetzung von Seite 15 Preise für die besten Poster aus den Schwerpunktgesellschaften

Poornima Mahavadi (Giessen), Miriam Koch (Giessen), Dr. med. Philipp Markart (Giessen), Dr. Heiko Witt (Berlin), Dr. Georg Lang (Wien), Prof. Dr. Werner Seeger (Giessen), Prof. Dr. Timothy Weaver (Cincinnati), Prof. Dr. Andreas Günther (Giessen).

■ Sonstiges:  
„Patientenverfügungen: Verbreitung und Befürchtungen – eine empirische Untersuchung“, PD Dr. Stephan Sahn (Offenbach), Lars Schröder (Offenbach). ■

## 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 EUR 20.000 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 wird 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 114. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin 2008 in Wiesbaden. Friedrich Theodor von Frerichs war 1882 der erste Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Nach ihm ist der gleichnamige Preis benannt.

### 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 2007** beim Generalsekretär der DGIM einzureichen:

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin  
Prof. Dr. med. Hans-Peter Schuster  
Irenenstraße 1  
65189 Wiesbaden ■

## Bewerbung um Präventionspreis Innere Medizin bis Mitte November

Auch den „Präventionspreis Innere Medizin“ verleiht die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin in 2008 wieder. 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 EUR 5.000 dotiert. Die DGIM berücksichtigt dafür Arbeiten über die Prävention: 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 einem Kennwort und Angabe des Geburtsdatums, ohne Angabe des Verfassers, bis zum **15. November 2007** 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.

Kontakt:  
Deutsche Stiftung Innere Medizin  
Prof. Dr. med. Manfred Weber  
Vorsitzender des Stiftungskuratoriums  
Irenenstraße 1  
65189 Wiesbaden ■

## Presseschau

### Berufsbild Arzt: „Unglaubliches Potenzial“

Berlin – Auf das „unglaubliche Potential“, das im Arztberuf steckt, hat der Vorsitzende des Marburger Bundes, Frank Ulrich Montgomery, am 22. Juni in Berlin hingewiesen. Anstatt am Ende des Monats immer nur auf die Abrechnungen zu schauen, sollten Mediziner das deutsche Gesundheitswesen mit anderen Systemen vergleichen und sich der Qualität der Gesundheitsversorgung bewusst werden (...). Gleichzeitig forderte der MB-Vorsitzende junge Ärzte dazu auf, eine zeitlang im Ausland zu arbeiten. (...) Anforderungen, die der Gesetzgeber an Ärzte stelle, beispielsweise die Pflicht zur regelmäßigen Fortbildung, begrüßte Montgomery. (...) Er selbst habe Fortbildungen immer als Wissensbereicherung gesehen, nicht als zusätzliche Bürde.

Quelle: Deutsches Ärzteblatt ■

### Führungskrise – Streit im Ärztehaus

Die Kassenärzte begehren gegen ihre Führung auf. Erstmals in der 52 Jahre alten Geschichte der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) soll die Spitze der 147.000 Haus- und Fachärzte sowie der Psychologen abgewählt werden. Grund dafür ist der eskalierende Streit zwischen Haus- und Fachärzten über die Verteilung der Honorare, die sich auf mehr als 22 Milliarden Euro summieren. (...) In einem Antrag für die außerordentliche KBV-Vertreterversammlung am 5. und 6. Juli verlangen 18 Unterzeichner die Abwahl des KBV-Vorstands. Das ist fast ein Drittel der 60 Delegierten, die die bundesweit 17 Kassenärztlichen Vereinigungen repräsentieren. Um mit dem Begehren durchzukommen, müssen mindestens 40 Vertreter zustimmen. (...)

Quelle: F.A.Z. ■

### Bewerbermangel bei Arztstellen ist jetzt vorbei

Bonn – Von einem Bewerbermangel für Jobs in Praxis und Klinik kann nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit jetzt keine Rede mehr sein. Die Zahl der Stellen für Ärzte, für die nach mindestens sechs Monaten kein geeigneter Bewerber gefunden werden konnte, ist stark zurückgegangen. Mit 17,1 Prozent gemeldeter Vakanzen lag der Wert im vergangenen Jahr nur noch knapp über dem Durchschnitt der Stellen aller Branchen (16 Prozent). Im Vorjahr blieben noch 24,1 Prozent aller Arztstellen länger als ein halbes Jahr unbesetzt. Immer weniger Mediziner sind jedoch als Hausärzte tätig. 2006 gab es den Angaben zufolge insgesamt 59.000 Hausärzte – und damit 0,2 Prozent weniger als im Vorjahr. Die meisten Ärzte waren stationär tätig (148.300), gefolgt von nicht-ärztlichen Tätigkeiten (95.700) und Fachärzten (60.600). Die restlichen Mediziner arbeiten unter anderem bei Behörden oder als Angestellte in Praxen.

Quelle: Ärzte-Zeitung ■

## Impressum

### Herausgeber:

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

### Geschäftsstelle:

Hausanschrift:  
Irenenstraße 1  
65189 Wiesbaden

Postfachadresse:  
Postfach 2170  
65011 Wiesbaden

Tel.: 0611/20 58 04 0 0  
Fax: 0611/2 05 80 40 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

