

DGIM aktuell

Newsletter der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin



Editorial



Liebe Mitglieder,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

Ich möchte Ihnen allen ein gutes und friedvolles Jahr 2007 wünschen. Möge es Ihnen viel Freude bringen und den leider unvermeidlichen Ärger erträglich machen. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin wird 125 Jahre alt und wir möchten diesen Geburtstag im Rahmen unserer Jahrestagung angemessen feiern. Ich lade Sie daher herzlich zum 113. Kongress der DGIM ein, der vom 14. bis 18. April 2007 in den Rhein-Main-Hallen in Wiesbaden stattfinden wird. Lassen Sie sich von einigen kleinen „Geburtstagsgeschenken“ überraschen aber kommen Sie vor allem, um sich über die neuen Entwicklungen in der Inneren Medizin und ihren Nachbardsdisziplinen umfassend zu informieren. In diesem Jahr werden wir uns wieder einer Vielzahl unterschiedlicher Themen widmen, die den großen Fortschritt in der Medizin reflektieren.

Darüber hinaus werden Sie wieder die Möglichkeit zur breiten Fort- und Weiterbildung auf hohem Niveau haben und spannende Diskussionen zu allgemeinen medizinischen, ethischen und sozialen Fragen erleben. Speziell auch für jüngere Kollegen gibt es ein umfassendes Angebot.

Ich freue mich darauf, Sie im April 2007 in Wiesbaden begrüßen zu dürfen und hoffe, dass Sie durch Ihre aktive Teilnahme zu einem guten Gelingen des Kongresses beitragen werden.

Mit besten Grüßen

Ihr Wolfgang Hiddemann

Inhalt

4/2006

Editorial des Vorsitzenden

DGIM – Presidential News

Hat die Klinische Forschung in Deutschland (noch) Perspektiven?

Schon jetzt ist ein deutlicher Rückgang des medizinischen Nachwuchses an Universitätskliniken zu verzeichnen und hat nur noch ein relativ kleiner Anteil von Stellenbewerbern Interesse an medizinischer

Forschung und einer universitären Karriere. Wie soll unter diesen Bedingungen klinische Forschung erfolgreich entwickelt werden?

DGIM – aktiv

Zur Problematik zentraler Notaufnahmen

Die meisten Patienten in einer zentralen Notaufnahme werden von einem anderen Arzt eingewiesen oder kommen spontan mit akuten Erkrankungen oder

Verletzungen. Sie unterscheiden sich deutlich von Patienten beim Notarzteinsatz oder im ambulanten Notfalldienst der niedergelassenen Ärzte.

Intensivkurse Innere Medizin

Innerhalb der vielfältigen Fortbildungsveranstaltungen stellt das System der Intensivkurse Innere Medizin – Vorbereitung auf die Facharztprüfung und Refreshing

Innere Medizin ein besonderes, von der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) initiiertes Modell dar.

DGIM – Korporative Mitglieder

Bericht Herbstsymposium

DGIM – Kongress

Einladung/Ausblick 2007 in Kurzform

Termine

Presseschau

Impressum

DGIM – Presidential News

Hat die Klinische Forschung in Deutschland (noch) Perspektiven?

In diesen Wochen und Monaten wird sehr viel über die Stärkung der Forschung in Deutschland geredet und geschrieben. Aktionen wie die Exzellenz-Initiative stoßen in der Öffentlichkeit auf große Beachtung und viele Politiker werden nicht müde zu betonen, wie wichtig die Forschung für die Zukunftsperspektiven unseres Landes ist und dass sie unbedingt gefördert werden muss.

Tatsächlich sind viele der derzeit initiierten Programme grundsätzlich dazu geeignet, dieses hohe Ziel zu erreichen. So verfolgen Programme wie die „Exzellenz-Initiative“, die Einrichtung von „Kompetenz-Netzen“ oder die Förderung „Interdisziplinärer Kompetenzzentren für Forschung“ den richtigen Ansatz, Mittel für klinische Forschung nach Qualitätskriterien für gute Projektskizzen und ausgewiesene Arbeitsgruppen zu vergeben. Die praktische Umsetzung und vor allem die langfristige Absicherung dieser Aktivitäten wird jedoch in der klinischen Forschung und insbesondere an den Universitäten gleichzeitig durch neue Gesetzgebungen und Verordnungen erheblich erschwert.

Forschung für Patienten

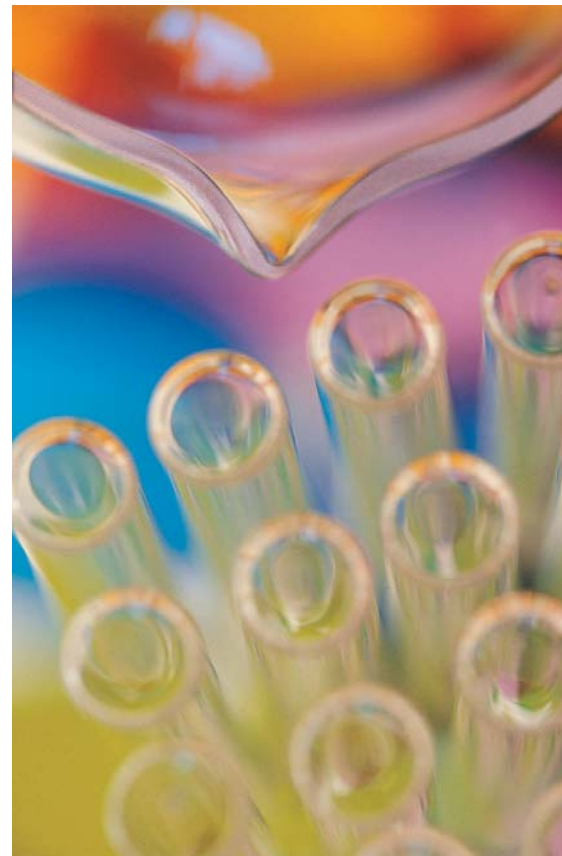
Um dies zu begründen, sei zunächst klargestellt, was klinische Forschung an universitären Einrichtungen beinhaltet. Sie beinhaltet als zentrales Element die Forschung für den Patienten und am Patienten. Damit geht es zum einen um Aspekte der klinischen Grundlagenforschung wie die Aufklärung pathogenetischer Abläufe, die zur Entstehung von bestimmten Erkrankungen führen. Zum anderen und entscheidend geht es jedoch darum, in klinischen Studien Maßnahmen zur Vorbeugung, Früherkennung, Diagnostik und Therapie von Erkrankungen zu entwickeln und zu prüfen.

Arzneimittelgesetz behindert Forschung

Diese Form der klinischen Forschung wird unter anderem durch das neue Arzneimittelgesetz massiv behindert. Darauf haben die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) und die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) gemeinsam mit der Deutschen Krebshilfe und der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) vor einigen Monaten nachdrücklich hingewiesen.

Hochschulrahmengesetz schwächt Positionen

Viel gravierender und von grundsätzlicher Bedeutung für die klinische Forschung an den Universitäten sind jedoch die Auswirkungen des neuen Hochschulrahmengesetzes. Diese Verordnung hat unter anderem die Rahmenbedingungen für die Führungskräfte, das heißt die Professoren, neu festgelegt. Die Eingrup-



pirung in die Bundesbesoldungsordnung C wurde durch die W-Besoldung abgelöst. Die bisherigen C 3-Stellen werden derzeit oft durch W 2-Stellen ersetzt, die C 4-Positionen durch W 3-Positionen abgelöst. Dies bedeutet nicht nur eine erhebliche Absenkung des Grundgehaltes der Professoren, sondern auch eine gravierende Schwächung ihrer Position. Die Annahme eines Rufs auf eine W 2-Professur bedeutet beispielsweise für einen habilitierten, klinisch erfahrenen Oberarzt, der derzeit nach BAT Ib vergütet wird, ein um Euro 600,- niedrigeres Grundgehalt.

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

Außerdem fallen die Vergütungen für Dienstbereitschaft und Überstunden ersatzlos fort. Zudem ist das W 2-Gehalt ein „End“gehalt und eine weitere Anpassung an Dienstzeiten ist nicht vorgesehen. Eine als Kompensation angebotene „Leistungszulage“ ist nur zu 40 Prozent ruhegehaltsfähig. Was also sollte diesen Kollegen dazu motivieren, seine wissenschaftliche Karriere fortzusetzen und eine Professorenstelle anzutreten, die mit weiteren Aufgaben und einer größeren Verantwortung verbunden ist?

zeitig diejenigen, die diese Forschung machen sollen und machen wollen, systematisch durch höhere Arbeitsbelastungen, niedrigere Besoldung und unsichere Zukunftsperspektiven substantiell demotiviert und desillusioniert werden. Schon jetzt ist ein deutlicher Rückgang des medizinischen Nachwuchses an Universitätskliniken zu verzeichnen und hat nur noch ein relativ kleiner Anteil von Stellenbewerben Interesse an medizinischer Forschung und einer universitären Karriere.



Wie soll unter diesen Bedingungen klinische Forschung erfolgreich entwickelt werden? Wie ist es erklärlich, dass auf der einen Seite erhebliche Mittel für definierte Programme bereitgestellt werden, auf der anderen Seite aber der wissenschaftliche Nachwuchs aufgrund schlechter Zukunftsperspektiven abgeschreckt wird? Wie soll klinische Forschung realisiert werden, wenn die Träger dieser Forschung, nämlich die Professoren mit Annahme eines Rufs erhebliche Verschlechterungen in Kauf nehmen müssen?

Vision ins Gegenteil verkehrt

Es ist den meisten von uns klar, dass ein rohstoffarmes Land wie Deutschland seine Zukunft vor allem über „Köpfe“ und innovative Ideen gestalten muss. Gerade diese Vision wird an den Universitätskliniken derzeit ins Gegenteil verdreht, werden die führenden Köpfe demotiviert und ins Ausland gedrängt und der Nachwuchs abgeschreckt. So wird die klinische Forschung in Deutschland nicht gefördert. Anfang 2006 sind die Assistenzärzte der Universitätskliniken in den Streik getreten, um auf ihre Situation aufmerksam zu machen und sie waren erfolgreich. Ist es jetzt an der Zeit, dass die Professoren auf die Straße gehen müssen?

*Prof. Dr. Wolfgang Hiddemann, München
Vorsitzender DGIM ■*

Nachwuchs abgeschreckt

Dieses Beispiel verdeutlicht ein zentrales Dilemma der universitären klinischen Forschung. Alle noch so sinnvollen Programme zur Stärkung der klinischen Forschung an den Universitäten müssen daran scheitern, dass gleich-

DGIM – aktiv

Unterzeichner:
**Deutsche Gesellschaft für Innere
 Medizin DGIM**
 (Vorsitzender: Prof. Dr. med.
 Wolfgang Hiddemann, München)

**Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
 DGCH**

(Präsident: Prof. Dr. med. Hans-
 Ulrich Steinau, Bochum) mit ihren
Mitgliedsgesellschaften:
 Deutsche Gesellschaft für
 Gefäßchirurgie DGG (Präsident: Prof.
 Dr. med. Klaus Balzer, Mülheim),
 Deutsche Gesellschaft für Kinder-
 chirurgie DGKCH (Präsident: Dr.
 med. Ulrich Hofmann, Hannover),
 Deutsche Gesellschaft für Plastische,
 Rekonstruktive und Ästhetische
 Chirurgie DGPRÄC (Präsidentin:
 Dr. med. Marita Eisenmann-Klein,
 Regensburg), Deutsche Gesellschaft
 für Orthopädie und Orthopädische
 Chirurgie DGOOC (Präsident: Prof.
 Dr. med. Jochen Eulert, Würzburg),
 Deutsche Gesellschaft für Thorax-
 chirurgie DGT (Präsident: Dr. med.
 habil. Detlev Branscheid, Großhans-
 dorf), Deutsche Gesellschaft für
 Herz- Thorax- und Gefäßchirurgie
 DGTHG (Präsident: Prof. Dr. med.
 Arno Krian, Duisburg), Deutsche
 Gesellschaft für Unfallchirurgie DGU
 (Präsident: Prof. Dr. med. Klaus-
 Michael Stürmer, Göttingen),
 Deutsche Gesellschaft für Viszeral-
 chirurgie DGVC (Präsident: Prof.
 Dr. med. Heinz Buhr, Berlin)

Zur Problematik zentraler Notaufnahmen

**Gemeinsame Stellungnahme
 der Deutschen Gesellschaft
 für Chirurgie (DGCH) und
 der Deutschen Gesellschaft
 für Innere Medizin (DGIM)**



Aktueller Stand

Bisher hat es sich in Deutschland medizinisch bewährt, dass die Notaufnahmen der Krankenhäuser verschiedener Versorgungsstufen in chirurgische und internistische Notaufnahmen unterteilt sind und im Regel- und Bereitschaftsdienst von Ärzten dieser beiden Fachgebiete auf Facharztniveau versorgt werden. Für Häuser der Maximalversorgung mit hohem Patientenaufkommen empfiehlt sich diese Struktur nach wie vor.

Einsparmaßnahmen und neue Arbeitszeitregelungen veranlassen vielerorts zu Überlegungen, Notaufnahmen zusammen zu legen, möglichst ohne das Qualitätsniveau und die Akzeptanz der Patienten zu mindern oder neue Kosten zu produzieren. Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie und die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin schlagen zur Umsetzung dieser Ziele ein gemeinsames Konzept für die verschiedenen stationären Versorgungsstufen vor. Dabei wird bewusst auf die kostenträchtige Zwischenschaltung einer zusätzlichen und in Deutschland nicht erforderlichen Abteilungsstruktur für „Emergency Care“ Medizin verzichtet. Es ist weder medizinisch noch ökonomisch sinnvoll, eine derartige weitere Subspezialisierung zu etablieren.

Leitung einer zentralen Notaufnahme

Die ärztliche und organisatorische Leitung einer zentralen Notaufnahme sollte in einer Hand sein, um Reibungsverluste zu vermeiden, die sich Kosten steigernd und Qualität mindernd auswirken. Dabei sollte die Notaufnahme von den ärztlichen Fachdisziplinen geleitet werden, in deren Fachkompetenz die überwiegende Zahl der dort Behandlung suchenden Patienten fällt. Dies sind in Deutschland die Fachgebiete Innere Medizin und Chirurgie. Der Unfallchirurg ist in der Regel der zugelassene D-Arzt für die gesetzlich unfallversicherten Patienten und muss diese Patienten primär behandeln. Die Zulassung zum D-Arztverfahren ist an den verantwortlichen D-Arzt und andere festgelegte Ausstattungsmerkmale des Krankenhauses geknüpft.

Unter diesen Voraussetzungen bietet sich eine kollegiale gemeinsame Leitung der zentralen Notaufnahme durch die Fachvertreter der Gebiete Innere Medizin und Chirurgie – hier speziell der Unfallchirurgie – an. Dabei könnte die Geschäftsführung alle zwei oder drei Jahre rotieren. In einem Beirat könnten alle weiteren in die Behandlung von Notfallpatienten eingebundenen Disziplinen repräsentiert sein.

Welche Patienten kommen in eine zentrale Notaufnahme?

Die meisten Patienten in einer zentralen Notaufnahme werden von einem anderen Arzt eingewiesen oder kommen spontan mit akuten Erkrankungen oder Verletzungen. Dies unterscheidet sie von Patienten beim Notarzteinsatz oder im ambulanten Notfalldienst der niedergelassenen Ärzte. Es gilt, nicht nur über Sofortmaßnahmen zu entscheiden, sondern über eine indizierte stationäre Aufnahme oder aber die Entlassung nach Hause nach fachgerechter Erstversorgung. Nur ein sehr geringer Teil der Patienten wird vom Notarzt mit akut lebensbedrohlichen Erkrankungen oder Verletzungen direkt eingeliefert (circa 3 bis 5 Prozent).

Typische Erkrankungen und Verletzungen, die in einer zentralen Notaufnahme zur Behandlung kommen, sind zum Beispiel hohes Fieber, Thoraxschmerzen, akutes Abdomen, Diarrhoen, Intoxikationen, allergische Reaktionen, Thrombosen, Schnittwunden, Distorsionen, Frakturen und Luxationen. Diese und viele andere Erkran-



**Die Intensivkurse
Innere Medizin 2006**
**DGIM:
Mainz**
(Med. Klin. I, Universitätsklinikum)

Wuppertal
(Kliniken St. Antonius)

Halle
(Med. Klin. I, Universitätsklinikum)

München
(Med. Klin., Klinikum Innenstadt)

Münster (Med. Klin. D,
Universitätsklinikum)

Würzburg
(Endokrinologie,
Universitätsklinikum)

Heidelberg
(Inn. Med. I, Universitätsklinikum)

Dresden
(Med. Klin. III, Krankenhaus
Dresden Friedrichstadt)

Erfurt
(2. Med. Klin., Helios-Klinikum)

München
(2. Med. Klin., Klinikum rechts
der Isar)

Hannover
(Zentrum Innere Medizin, MHH)

**LÄK:
Jena**
(Landesärztekammer Thüringen)

Bad Segeberg
(Landesärztekammer Schleswig-
Holstein)

Bad Nauheim
(Landesärztekammer Hessen)

kungen und Verletzungen bedürfen einer unmittelbaren fachärztlichen Diagnostik und Therapie. Hierbei ist die gelegentlich vorgeschlagene Vorschaltung eines speziellen Notfallmediziners weder erforderlich noch sinnvoll. Weitere Fachärzte wie zum Beispiel für Pädiatrie, Gynäkologie oder HNO können unverzüglich hinzugezogen werden. Falls das Haus regelmäßig in die Behandlung Schwerverletzter eingebunden ist, sollte ein Schockraumteam bereitstehen, wie es im Weißbuch „Schwerverletzten-Versorgung“ der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie empfohlen wird. Ähnliche Teams sind auch für andere akut bedrohliche Notfallsituationen sinnvoll. Wichtig sind Algorithmen und regelmäßige Qualität sichernde Maßnahmen, die für alle Disziplinen und Mitarbeiter verbindlich sind.

Personelle Besetzung

Die personelle Besetzung in der Regeldienstzeit richtet sich nach den zusätzlichen Aufgaben, die in der Notaufnahme stattfinden, wie zum Beispiel die stationäre Aufnahme eingewiesener Patienten oder spezielle Sprechstunden wie die D- Arztsprechstunde.

Außerhalb der Regeldienstzeit ist je nach Auslastung der zentralen Notaufnahme Bereitschafts- oder Schichtdienst erforderlich. Dies gilt für mindestens je einen Chirurgen und Internisten, die eine Behandlung auf Facharzt-niveau sicherstellen. Zusätzlich muss im Hintergrund je ein Oberarzt beider Disziplinen erreichbar sein (Oberarzt-Rufdienst). In der Regel sind weitere chirurgische und internistische Bereitschafts- oder Rufdienste erforderlich, je nach Auslastung mit Notfalloperationen und internistischen Notfallbehandlungen.

Der hohe Personalbedarf für eine zentrale Notaufnahme macht deutlich, dass sich in Zukunft nicht mehr alle Krankenhäuser an der Notfallbehandlung beteiligen können. In den großen Zentren wird die Fallzahl steigen und so zu einer höheren Auslastung und Versorgungsqualität führen.

*Im Auftrag erarbeitet von Prof. Dr. med. Klaus Michael Stürmer, Göttingen
Präsident der Deutschen Gesellschaft für
Unfallchirurgie (DGU) ■*

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

Fortbildung ist eine große Aufgabe. Die Vielfalt der angebotenen Fortbildungsveranstaltungen ist groß. Dies ist ein Qualitätsmerkmal und belegt den hohen Grad an Aktivität und Verantwortung aller Internistinnen und Internisten für ihr Gebiet.

Innerhalb der vielfältigen Fortbildungsveranstaltungen stellt das System der Intensivkurse Innere Medizin – Vorbereitung auf die Facharztprüfung und Refreshing Innere Medizin ein besonderes, von der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) initiiertes Modell dar. Es ist bemerkenswert, dass bereits 1891 E. von Leyden in seiner Eröffnungsrede zum 10. Internistenkongress eine wissenschaftlich begründete Fortbildung in Form „referierender Vorträge“ zusätzlich zu den wissenschaftlichen Vorträgen als wichtigen Bestand des Kongresses hervorgehoben hat.

Die Intensivkurse Innere Medizin stellen derzeit – neben dem hervorragenden Modell des Update Innere Medizin – ein trotz der Vielfalt

der Kursanbieter relativ geschlossenes und wesentliches Instrument der Fortbildung in der Inneren Medizin dar.

Wegen häufiger bei der Gesellschaft eingehender Fragen möchten wir im folgenden den historischen Rahmen aufzeigen, in dem sich diese Vielfalt entwickelt hat.

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) – Abteilung I

Der erste Intensivkurs Innere Medizin fand 1994 in Mainz statt (Medizinische Klinik I der Universität). Er wurde 1998 in Buchform als „Intensivkurs zur Weiterbildung. Essentials Innere Medizin“ publiziert (Ferdinand Enke Verlag Stuttgart 1998). Das Kurssystem wurde von zahlreichen Universitätskliniken und Krankenhäusern übernommen und weiter entwickelt.

Landesärztekammern (LÄK) – Abteilung II

Das Konzept wurde auch von einzelnen Landesärztekammern aufgegriffen und fortgeführt.

Akademie für Fort- und Weiterbildung in der Inneren Medizin GbR – Abteilung III

Das Kurskonzept diente weiterhin der neu gegründeten Akademie für Fort- und Weiterbildung in der Inneren Medizin als Vorbild für ihre Akademieurse.

Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) – Abteilung IV

Das Kurskonzept wurde auch vom Berufsverband übernommen, der erste Kurse ankündigt. ■

Prof. Dr. H.-P. Schuster,
Generalsekretär Hildesheim

DGIM – Korporative Mitglieder

Herbstsymposium der Korporativen Mitglieder der DGIM Der sanktionierte Arzt – zum (Un-)wohl des Patienten?

Im Rahmen des Herbstsymposiums der Korporativen Mitglieder der DGIM haben sich Experten aus Medizin, Industrie, Recht und Gesundheitswesen mit den Auswirkungen des Arzneimittel-Versorgungs-Wirtschaftlichkeits-Gesetzes (AVWG) auseinandergesetzt. Sie tagten am 10. Oktober 2006 in einer Sitzung mit dem Titel „Der sanktionierte Arzt – Zum (Un-)Wohl des Patienten?“ im Hotel Nassauer Hof in Wiesbaden. Unmittelbar im Anschluss veranstaltete die DGIM dazu eine Pressekonferenz.

Mit dem seit Mai in Kraft getretenen Arzneimittel-Versorgungs-Wirtschaftlichkeits-Gesetz (AVWG) sieht sich die gesamte Ärzteschaft verstärkt unter Druck gesetzt und sanktioniert: neue Zuzahlungsmodalitäten für Medikamente, abgesenkte Festbeträge, Bonus-Malus-Regelung, Positivlisten sowie die Bewertungen und Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) erschweren es Ärzten, ihre Patienten so optimal zu therapieren, wie dies im Sozialgesetzbuch V (SGB V) verankert ist.

Anlässlich des diesjährigen Herbstsymposiums der Korporativen Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) gab es zu diesen Punkten intensive und kritische Diskussionen unter dem Leitthema „Der sanktionierte Arzt – Zum (Un-)Wohl des Patienten?“. Experten aus Praxis und Pharmaindustrie, Juristen und Vertreter des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sowie einer Patientenorganisation kamen dazu am runden Tisch zusammen. „Wir betrachten die Änderungen des AVWG mit großer Sorge und fordern nachdrücklich, dass die Fachgesellschaften als kompetenteste Gesprächspartner akzeptiert und unbedingt bereits im Vorfeld bei den Beratungen für die Bewertung von Kosten, Nutzen und Qualität für Arznei-Innovationen des G-BA und IQWiG einbezogen werden müssen.“ Mit dieser Aussage formulierte der Ansprechpartner der Korporativen Mitglieder für die DGIM, Professor Dr. med. Ulrich Robert Fölsch, Kiel, die Hauptforderung der Fachgesellschaft.

Die im AVWG enthaltene Bonus-Malus-Regelung lässt die Experten vor allem eines befürchten: Dass sie Ärzte dazu verleiten könne, nicht mehr leitliniengerecht zu behandeln, da sie bei Überschreitung des festgelegten Durchschnittswertes die Mehrkosten einem bestimmten Abrechnungsschlüssel gemäß ersetzen müssen. Dieser Betrag kann bei Zielüberschreitung zwischen 20 und 50 Prozent Maluskosten ausmachen. Nach den Ausführungen von Rechtsanwalt Claus Burghardt, Bonn, „hat der Arzt nach dem Wirtschaftlichkeits-Prinzip vorzugehen, um den therapeutischen Nutzen möglichst preiswert zu erzielen, denn nur ein relevant höherer therapeutischer Nutzen rechtfertigt den Mehrpreis.“ Andererseits habe der Patient weiterhin einen gesetzlichen Anspruch darauf, nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft therapiert zu werden.

Auf das bereits jetzt gestörte Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten verwies Dr. Ottfried Zierenberg, Haar. Der Sprecher der Korporativen Mitglieder der DGIM vertrat die Ansicht, „dass durch die bisherigen und weiteren geplanten Änderungen der Gesundheitsreform die Basis für den therapeutischen Erfolg gestört ist, da die Therapiefreiheit des Arztes stark eingeschränkt wird.“ Diese Basis bestehe unter anderem in der Trias der Evidence Based Medicine (EBM: Beste publizierte Evidenz, Erfahrungen des behandelnden Arztes, Wunsch des Patienten). Er formulierte die Lösungsvorschläge der Korporativen Mitglieder so:

- Den medizinischen Fortschritt auch weiterhin jedem Patienten zugänglich zu machen, da durch staatlich verordnete Medizin der individuelle Bedarf nicht definiert werden kann,

Einig waren sich alle Referenten des Symposiums darüber, dass der Patient wieder im Mittelpunkt aller Reformen stehen und der Arzt in die Lage versetzt werden müsse, eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Therapie nach den Grundlagen der Evidenz basierten Medizin verordnen zu können. Hierzu bedarf es einer intensiven Diskussion zwischen allen Beteiligten im Gesundheitswesen.

- den Arzt aus der finanziellen Verantwortung für das Morbiditätsrisiko der Patienten zu entlassen und dieses auf die Kassen zu übertragen,
- die arzneimittelrechtliche Bewertung von Medikamenten und Medizinprodukten weiterhin nach höchsten wissenschaftlichen Standards durchzuführen,
- die Bewertung neuer Arzneimittel und anderer diagnostischer bzw. therapeutischer Maßnahmen unter Praxisbedingungen zu etablieren und bisherige Verfahren internationalen Standards anzupassen,
- Wirtschaftlichkeitsreserven durch verbesserten Wettbewerb zwischen Herstellern und einzelnen Krankenkassen zu fördern, und
- Patientenpräferenzen durch entsprechende Wahltarife der Kassen abzudecken.

„Das System ist schon gegen die Wand gefahren und deshalb dürfen wir das Thema Qualität und Gesundheitsökonomie nicht länger tabuisieren. Wir müssen Rahmenbedingungen schaffen, mit denen wir uns noch wohlfühlen können“, lautete die Botschaft von Dr. med. Leonhard Hansen von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein. „Wir müssen psychologisch kommunizieren und dem Patienten die veränderte Lage so erklären, dass er sie versteht.“ Auch bei angespannter Finanzlage sieht er noch Spielraum, um Patienten auch mit teuren Medikamenten zu behandeln. „Wenn 80 Prozent der Zielwerte bei den Medikamentenausgaben in der Praxis mit Generika erreicht werden können, können von den verbleibenden 20 Prozent teurere Mittel für die Patienten verordnet werden, die sie wirklich brauchen.“

Eine weitere Überregulierung durch die zu erwartende neue Gesetzgebung mit zunehmenden Sanktionierungen befürchtet Dr. med. Marion Braun, Schlüchtern. Die Internistin mit Spezialgebiet Diabetologie hält eine Festbetragsregelung für „völlig ausreichend“ und befürchtet, dass es für die DDD-Konzepte keine Praxisbesonderheiten für Tagestherapiekosten mehr gibt: „Durch die massive Überregulierung wird unser Handlungsspielraum unerträglich eingeschränkt.“ Außerdem werde der medizinische Fortschritt durch die Absenkung der Therapiekosten verhindert.



„Wir müssen die Einsparungen bis zu einem gewissen Grad mittragen und einen tragbaren Kompromiss für die Patienten finden, damit sie nicht in der Apotheke ein ungeeignetes Präparat kaufen“, sagte Marliese Köster, Bundesvorsitzende vom Deutschen Allergie- und Asthmabund (DAB), Ludwigshafen. Die Patientenorganisation ist mit 18.000 Mitgliedern eine der stärksten. „Wir stellen eine zunehmende Verunsicherung unserer Mitglieder fest, die zum großen Teil auf einer Kommunikationsschwäche mit dem behandelnden Arzt beruht. Die Patienten suchen bei uns das Verständnis und die Beratung, die sie bei ihrem Arzt nicht mehr finden, beziehungsweise es nicht wagen, ihn anzusprechen und Forderungen zu stellen, so Köster. Transparenz sei für die Therapietreue jedoch von immenser Bedeutung. Sonst drohe eine Über- oder Untertherapie, weil Patienten zur Selbstmedikation schreiten, da ihnen ihr gewohntes Präparat nicht mehr verordnet wird. ■

Pressestelle DGIM Stuttgart

DGIM – Kongress

Internistenkongress 2007: Hochleistungsmedizin mit Menschlichkeit

113. Kongress der DGIM
 14. April bis 18. April 2007
 Rhein-Main-Hallen
 Tel 49(0)611144.0
 Fax 49(0)611144.118
 info@rhein-main-hallen.de

Vorsitzender:

Prof. Dr. med. Wolfgang Hiddemann
 Direktor der Medizinischen Klinik und Poliklinik III
 Universität München-Großhadern

Kongresssekretariat:

PD Dr. med. Karsten Spiekermann
 PD Dr. med. Christian Buske
 PD Dr. med. Joachim Stemmler
 (Patiententag)
 Dr. med. André Althoff (beratend)
 Tel +49(0)89.70.95.55.30
 Fax +49(0)89.70.95.55.50
 dgim2007@med.uni-muenchen.de

Teilnehmerregistrierung:

Ivonne Bähr
 Tel +49(0)621.41.06.102
 Fax +49(0)621.41.06.80.102
 ivonne.baehr@mcon-mannheim.de

Arzt-Patienten-Seminare finden am Sonntag, 15. April 2007, zu folgenden Themen statt:

- Osteoporose – wenn der Mensch kleiner wird
- Diabetes mellitus – Zuckerkrank und jetzt?
- „Gesunde“ Ernährung – was ist das?
- Alternative Krebstherapie – tue ich etwas Gutes für mich?
- Raucherentwöhnung - wie kann ich endlich aufhören?
- Allergisches Asthma – warum bekomme ich so schlecht Luft?
- Sport im Alter – kann ich wirklich mit 70 noch joggen?
- Herzkrankgefäßverengung – wenn es eng wird in der Brust

Der 113. Kongress der DGIM in Wiesbaden rückt rasch näher. Mit ihm verbunden ist ein Jubiläum: Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin wird 125 Jahre alt. Mit Blick auf diese Geschichte ist das Kongressprogramm auf bewährte hohe wissenschaftliche Qualität und umfassende und hoch qualifizierte Fort- und Weiterbildung ausgerichtet. Vor diesem Hintergrund thematisiert Kongresspräsident Professor Dr. med. Wolfgang Hiddemann die molekulare Medizin, die interdisziplinäre Onkologie, die Therapie des älteren Patienten und Gesundheitsstrukturen in Deutschland. Eine wichtige Rolle spielen auf dem Kongress vom 14. bis 18. April 2007 die sich ändernden Rahmenbedingungen ärztlicher Arbeit und berufspolitische Themen.

Die Hauptthemen bauen auf der Grundstruktur des Kongresses auf, die Professor Werner Seeger als Vorsitzender des 112. Kongresses um einige neue Veranstaltungsformen wie die frühmorgendlichen Tutorials, das „Clinical Year in Review“ und die „How to“-Sitzungen ergänzt hat. Angesichts der Tatsache, dass etwa die Hälfte aller Absolventen des Medizinstudiums nicht mehr in der Versorgung von Kranken tätig wird, betont Professor Hiddemann mit dem Kongress vor allem auch die Rolle des Nachwuchses: Es gelte, angehenden Ärzten die Attraktivität dieses Berufes aufzuzeigen. Mit Blick auf die Zukunft der Inneren Medizin sei es vordringlich, sich mit den Bedürfnissen junger Mediziner auseinanderzusetzen. Im Kongressgeschehen schlägt sich dies unter anderem in Foren nieder, die über verschiedene medizinische Berufsbereiche informieren und Kliniken die Möglichkeit zur Darstellung ihrer eigenen Konzepte geben.

Das Leitthema „Hochleistungsmedizin mit Menschlichkeit“ greift neben klinischen und wissenschaftlichen Fragen vor allem auch patientenorientierte Veranstaltungen auf. Darunter setzt das erstmals stattfindende „Patientenforum Innere Medizin“ auf dem Rathausplatz in Wiesbaden einen besonderen Akzent. Die DGIM widmet sich damit einen vollen Tag dem direkten Kontakt zu Patienten und Angehörigen. In der Zeit von 10.00 bis 17.00 Uhr stehen Experten verschiedener Fachrichtungen der Inneren Medizin für Fragen der Besucher zu Verfügung. An 26 Ständen vermitteln sie aktuelles und bewährtes Wissen über zahlreiche Krankheitsbilder und diagnostische und therapeutische Verfahren. Parallel dazu bietet die DGIM im Wiesbadener Rathaus laienverständliche Vorträge und Kurzreferate zu aktuellen Schwerpunktthemen der Inneren Medizin. Die Fachgesellschaft veranstaltet diesen Patiententag gemeinsam mit der Stadt Wiesbaden und dem Verein Lebensmut e.V.. Darüber hinaus plant Professor Hiddemann die Rolle der bewährten Arzt-Patienten-Seminare zu stärken. Das Angebot an Veranstaltungen dieser Art zu verschiedensten medizinischen Themen ist im Jubiläumsjahr der DGIM besonders groß.

Das Jubiläum der DGIM lässt auf die Geschichte der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaft zurückblicken: Die Entwicklung der letzten 125 Jahre beleuchtet unter anderem ein Film. Die traditionell eng mit der DGIM verbundene Stadt Wiesbaden lädt zu diesem 125. „Geburtstag“ zur Aufführung der Oper La Traviata in ihr städtisches Opernhaus ein. ■



Termine

28. Februar 2007

Ende der Frist der ermäßigten Anmeldung zum 113. Internistenkongress:

Registrierung unter:

Tel 49(0)621 41 06 102

Fax +49(0)621 41 06 80 102

E-Mail: ivonne.baehr@mcon-mannheim.de

13. März bis 17. März 2007

7. Weltkongress für Trauma, Schock, Inflammation und Sepsis 2007

München

22. März bis 24. März 2007

38. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Nephrologie(pdf)
Stuttgart

14. April bis 18. April 2007

113. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin
Rhein-Main-Hallen Wiesbaden

27. Juni bis 30. Juni 2007

DÖAK 2007 Deutsch-Österreichischer AIDS-Kongress
Frankfurt am Main

Intensivkurse Innere Medizin

Vorbereitung auf die Facharztprüfung und Refreshing

29. Januar bis 08. Februar 2007

Wuppertal

19. Februar bis 23. Februar 2007

Halle

26. Februar bis 2. März 2007

München, Innenstadtlinik

26. Februar bis 02. März 2007

Münster – Teil 1

05. März bis 09. März 2007

Dresden

05. März bis 14. März 2007

Mainz

■ Fortsetzung auf Seite 10

DGIM – Personalia

Bundesverdienstkreuz für Kardiologen



Die Bundesrepublik Deutschland zeichnete Professor Dr. med. Erland Erdmann, Inhaber des Lehrstuhls für Innere Medizin an der Universität zu Köln und Direktor der Medizinischen Universitätsklinik III, mit dem Verdienstkreuz 1. Klasse aus.

Im Mittelpunkt der Arbeit des Internisten stehen die Erforschung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, deren Prävention und klinische Behandlung. Parallel zu seiner wissenschaftlichen Arbeit setzt sich Professor Erdmann aktiv für die Förderung des in- und ausländischen wissenschaftlichen Nachwuchses und für qualifizierte Weiterbildung ambulant tätiger Ärzte ein. Professor Erdmann wurde zudem erneut in die Ständige Kommission für Forschung und wissenschaftlichen Nachwuchs der Hochschulrektorenkonferenz gewählt. Dort setzt er sich für bessere Rahmenbedingungen für die Forschungstätigkeit junger Mediziner in Deutschland ein. ■

Foto (c: Presseservice NRW)

Neuer Vorsitz Ständige Kommission Organtransplantation BÄK



Die Ständige Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer (BÄK) hat den Strafrechtler und Mediziner Professor Dr. jur. Hans Lilie zu ihrem neuen Vorsitzenden gewählt. Zum stellvertretenden Vor-

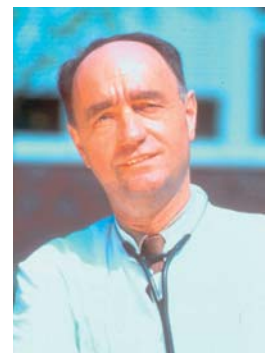
sitzenden der Kommission wurde erneut der Ehrenpräsident der BÄK, Professor Dr. med. Karsten Vilmar, gewählt. Professor Lilie ist Inhaber des Lehrstuhls für Strafrecht, Straf-

prozessrecht, Rechtsvergleichung und Medizinrecht an der Juristischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. „Unser vorrangiges Anliegen ist es, dass die Bürger der Organtransplantation in Deutschland vertrauen. Deshalb werden wir auch weiterhin daran mitwirken, dass das strukturbedingte komplizierte Geflecht der Beteiligten an der Gemeinschaftsaufgabe Organtransplantation funktioniert“, sagte der neu gewählte Vorsitzende. Der bisherige Kommissionsvorsitzende, Professor Dr. jur. Hans-Ludwig Schreiber, wurde vom Vorstand der Bundesärztekammer zum Ehrenvorsitzenden auf Lebenszeit der Ständigen Kommission Organtransplantation ernannt. ■

Foto: Universität Halle

Ausgezeichnete Rheumaforschung

Mit der Dr. Franziskus-Blondel-Medaille zeichnet die Stadt Aachen Professor Dr. med. Wolfgang L. Gross, Lübeck, aus. Sie honoriert damit die herausragenden Verdienste des Chefarztes der Rheumaklinik Bad Bramstedt auf dem Gebiet der



Rheumatologie. Die Verleihung würdigt die wissenschaftlichen Arbeiten von Professor Gross und seinen Mitarbeitern in der Erforschung von vaskulitischen Systemkrankheiten, insbesondere der Wegenerschen Granulomatose. Die Medaille ehrt zudem seinen Einsatz beim Aufbau des Vaskulitiszentrums Schleswig-Holstein als modellhaftes Kompetenzzentrum für entzündliche Blutgefäßkrankungen und sein Engagement in internationalen Vaskulitis-Forschungsverbänden. Namensgeber Dr. Franziskus Blondel (1613-1703) war als Badearzt in Aachen einer der Pioniere der wissenschaftlich begründeten physikalischen Medizin. ■

Foto Rheumaklinik Bad Bramstedt GmbH

DGIM – Personalia

Kontakt für Informationen zur Ausschreibung:

Dr. med. R.F. Nicolescu,
Vizepräsident der Deutsch-Rumänischen Akademie
Tel.: 06131-225443
Fax: 06131-9723978
E-Mail: dr.nicolescu@t-online.de

Sekretariat der II. Med. Univ. Klinik Mainz
Tel.: 06131-175737
Fax: 06131-175660
E-Mail: grasmueck@2-med.klinik.uni-mainz.de

Bewerbungsschluss

für den Paul Schölmerich-Preis für Innere Medizin:
31. Januar 2007

Termine Fortsetzung v. S. 9

Intensivkurse Innere Medizin

Vorbereitung auf die Facharztprüfung und Refreshing

12. März bis 16. März 2007
Jena

12. März bis 16. März 2007
Münster – Teil 2

19. März bis 23. März 2007
Würzburg

07. Mai bis 12. Mai 2007
Hamburg

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

Erstmals ausgeschrieben: „Paul Schölmerich Preis für Innere Medizin“

Der Fachbereich Medizin-Naturwissenschaften der Deutsch-Rumänischen Akademie hat erstmalig den „Paul Schölmerich Preis für Innere Medizin“ ausgeschrieben. Verliehen wird er im Rahmen des 113. Kongresses der DGIM für die beste vorgelegte klinische oder experimentelle Arbeit auf dem Gebiet der Inneren Medizin, insbesondere auch der internistischen Intensivmedizin.

Der Namensgeber des Preises, Professor Dr. Paul Schölmerich, ist Ehrenmitglied und ehemaliger Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) sowie Träger der Gustavon-Bergmann-Medaille in Gold für sein Lebenswerk. Die DGIM ehrte damit im Jahr 2000 seine Leistungen als wissenschaftlicher Lehrer und Integrationsfigur der Inneren Medizin. Professor Schölmerich hat in seiner Laufbahn als Wissenschaftler und Arzt insbesondere der internistischen Intensivmedizin und der intensivmedizinischen Forschung immer einen sehr hohen Stellenwert beigetragen. Damit hat er auch zur Entwicklung der Intensivmedizin in Deutschland Wesentliches beigetragen.

Bewerber können bis zum **31. Januar 2007** Arbeiten einreichen, die sie 2006 in einer deutsch- oder englischsprachigen Fachzeitschrift veröffentlichten.

Der Preis ist mit 10.000 Euro dotiert. Die zweit- und dritt-plazierten Arbeiten erhalten diplomierte Nominierungen sowie jeweils 1.000 Euro. Die Bewerber müssen keine Mitglieder der Deutsch-Rumänischen Akademie sein, sollen die Arbeit aber in Deutschland oder Rumänien geleistet haben. Teilnehmen können Wissenschaftler bis zum 40. Lebensjahr.

Die Preisverleihung findet während des Internistenkongresses zwischen dem 14. und 18. April 2007 in Wiesbaden statt. ■

Vorstand Arzneimittelkommission neu gewählt

Die ordentlichen Mitglieder der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) haben auf ihrer diesjährigen Mitgliederversammlung in Berlin ihren Vorstand gewählt. Neuer Vorsitzender ist der Berliner Hämatologe und Onkologe Professor Dr. Wolf-Dieter Ludwig, der bereits zuvor dem Vorstand angehörte. Seine Stellvertreterin ist zukünftig die Klinische Pharmakologin und Internistin Professor Dr. Ursula Gundert-Remy, ebenfalls aus Berlin. Neben dem Gastroenterologen und Klinischen Pharmakologen Professor Dr. Roland Gugler, Karlsruhe, gehören dem Vorstand als neue Mitglieder der Gastroenterologe Professor Dr. Kai Daniel Grandt, Saarbrücken, und der in Titisee-Neustadt niedergelassene Facharzt für Allgemeinmedizin Professor Dr. Wilhelm Niebling an. ■



Presseschau

Bonus-Malus könnte als Bürokratiemonster mehr kosten als sparen

Dortmund – Die Bonus-Malus-Regelung könnte Prüfungs- und Beschwerdeausschüssen viel Arbeit bescheren und ein Beschäftigungsprogramm für Anwälte sein. Dies ist die Quintessenz einer Studie des Beratungsunternehmens Refaconsult (...). Nach Ansicht der Studienautoren würden „selbst bei sehr konservativem Ansatz der Berechnungen die Kosten für Prüfungs-, Beschwerde- und Gerichtsverfahren die Einsparungen durch eine wirtschaftlichere Arzneimittelversorgung in etwa egalalisieren“. (...) Im schlechtesten Fall könnten die Bürokratiekosten in Folge von Bonus-Malus bundesweit bis zu 516 Millionen Euro pro Jahr betragen. Gespart werden soll durch Bonus-Malus nach Angaben des Gesetzgebers bis zu 500 Millionen Euro. (...)

EU will gemeinsame medizinische Forschung vorantreiben

Brüssel – Die Europäische Union (EU) will künftig verstärkt in die grenzüberschreitende medizinische Forschung investieren. 6,2 Milliarden Euro sollen zwischen 2007 bis 2013 in entsprechende Forschungsprogramme fließen. Das sieht das 7. Forschungsrahmenprogramm (7. FRP) vor, für das das Europaparlament heute in zweiter Lesung grünes Licht gegeben hat. Das Programm wurde zuvor mit dem Ministerrat ausgehandelt. Dessen Zustimmung noch vor Ende des Jahres gilt somit als sicher, so dass das Programm, wie vorgesehen, am 1. Januar nächsten Jahres in Kraft treten kann. (...)

Quelle: Deutsches Ärzteblatt ■

Impressum

Herausgeber:

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

Geschäftsstelle:

Hausanschrift:
Irenenstraße 1
65189 Wiesbaden

Postfachadresse:
Postfach 2170
65011 Wiesbaden

Tel.: 0611/2058040
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

550 Millionen Euro Entlastung durch AVWG

Berlin – Das Arzneispargesetz AVWG hat die Gesetzlichen Kassen im laufenden Jahr bereits um mehr als 500 Millionen Euro entlastet. Das hat die Bundesregierung auf eine Anfrage der FDP-Bundestagsfraktion hin mitgeteilt. Eine der Vorgaben des AVWG ist der seit 1. April gültige zehnprozentige Herstellerabschlag auf patentfreie wirkstoffgleiche Arzneimittel. Diese Zwangsabgabe spart den Kassen bis Jahresende etwa 365 Millionen Euro. Weiterhin haben die Spitzenverbände der Kassen zum 1. Juli die Festbeträge in 295 Gruppen zum Teil drastisch gesenkt. Das dadurch erreichte Einsparvolumen bis Ende 2006 wird auf 180 Millionen Euro beziffert. (...)

Quelle: Ärzte-Zeitung ■

