

DGIM aktuell

Newsletter der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin



Editorial



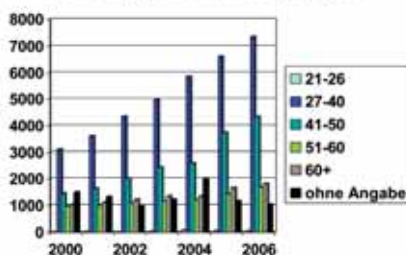
Liebe Mitglieder,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

In diesem „DGIM aktuell gratulieren wir unserem Generalsekretär Professor Hans-Peter Schuster ganz herzlich. Unser Generalsekretär feierte am 17. Juli seinen 70. Geburtstag.

Seit 2001 ist H.-P. Schuster Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, deren Vorsitzender er 1992/93 gewesen war. Lieber Herr Schuster, herzlichen Glückwunsch und herzlichen Dank von Ihrer Gesellschaft und die allerbesten Wünsche für die kommenden Jahre!

Weiter werden Sie ein Interview mit Herrn Rechtsanwalt Broglie lesen, dem Geschäftsführer der DGIM, zum Thema „Traditionsreiche und zugleich junge Gesellschaft mit Weitblick“, in dem er sich unter anderem über die steigende Zahl junger Mitglieder in der DGIM freut (Grafik).

DGIM-Mitglieder in Altersgruppen



Die DGIM – Presidential News dieses Newsletters beschäftigen sich mit „Evidenz-basierter Medizin“ (EBM). Sie ist an sich keine Wissenschaft, sondern „nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft die beste Form der Beschreibung wissenschaftlicher Ergebnisse und Zusammenhänge“. Einerseits gibt die EBM uns die Möglichkeit, für alle Ärztinnen und Ärzte nachvollziehbar auf rationaler Basis zu diagnostizieren und zu therapieren. Dies birgt die Gefahr, dass außerhalb der Kriterien der evidenzbasierten Medizin

■ Fortsetzung auf Seite 2

Inhalt

4/2007

Editorial

DGIM – Presidential News

Von der Forschung zur Versorgung. Evidenzbasierte Medizin und individualisierte Therapie: Ein Widerspruch?

In Deutschland basieren Nationale Versorgungsleitlinien (NVL) auf Leitlinien, die Expertengruppen wissenschaftlicher Fachgesellschaften aus Ergebnissen

klinischer Studien umsetzen. Der Weg von der Forschung in die Versorgung verläuft allerdings nicht geradlinig.

DGIM – aktiv

„Traditionsreiche und zugleich junge Gesellschaft mit Weitblick“

Maximilian Guido Broglie, Rechtsanwalt und Geschäftsführer der DGIM, im Interview mit

„DGIM aktuell“ über wachsende Mitgliederzahlen und die guten Gründe dafür.

Bericht der Pressestelle der DGIM 2006/2007

Die DGIM prägte im vergangenen Jahr durch ihre aktive Medien- und Öffentlichkeitsarbeit die wissen-

schaftlichen, medizinischen, ethischen und gesundheitspolitischen Diskussionen in der Medizin mit.

DGIM – Kongress

Internistenkongress 2008: Abstracts einreichen

Über die Kongresshomepage www.dgim2008.de können Autoren bis Mitte November 2007 ihre Vortragzusammenfassungen einreichen.

Erstmals ist dies nicht nur nach Fachrichtungen, sondern auch nach fachübergreifenden Oberthemen möglich.

DGIM – Korporative Mitglieder

Vorschau auf das Herbstsymposium

Im Rahmen des Herbstsymposiums der Korporativen Mitglieder der DGIM in Wiesbaden diskutieren Experten, inwieweit verantwortungsvolle Patienten-

versorgung unter den regulierten Bedingungen mit Analogpräparaten und Leitsubstanzen noch möglich ist.

Termine

Internisten Update 2007: Von der Wissenschaft in die internistische Praxis – DGIM ist Schirmherrin

Zum zweiten Mal findet das „Internisten Update“ in Wiesbaden statt: Internistische Experten referieren, kommentieren und diskutieren im Kurhaus aktuelle

Veröffentlichungen aus allen Teilbereichen der Inneren Medizin.

Personalia

Presseschau

liegende Verfahren als obsolet angesehen und entsprechend auch durch die Kostenträger nicht mehr finanziert werden. Andererseits bildet die evidenzbasierte Medizin die Realität unserer Patientinnen und Patienten nicht umfassend ab. Masoudi und Mitarbeiter zeigen an 20388 herzinsuffizienten Patienten >64 Jahre, dass nur 13 bis 25% die Einschlusskriterien der großen Studien SOLVD, MERIT-HF oder RALES erfüllten und zwar Frauen weniger als Männer; ältere Patienten weniger als jüngere. Für seltene Erkrankungen gibt es meist keine die Kriterien einer wissenschaftlichen Leitlinie erfüllenden Studien. Wie schaffen wir es in Zukunft, den Boden der Evidenz nicht zu verlassen und in eine beliebige Medizin zurückzufallen und dennoch unseren individuellen Patienten gerecht zu werden? Dies wird eine große Herausforderung für die Forschung der nächsten Jahre werden. Mehr darüber in ‚DGIM aktuell‘ und auf dem Internistenkongress 2008.

Viel Vergnügen beim Lesen von DGIM aktuell, und tragen Sie sich in Ihren Kalender ein: 29. März bis 2. April 2008, 114. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin in Wiesbaden!

Ihr Georg Ertl

DGIM – Presidential News

Von der Forschung zur Versorgung. Evidenzbasierte Medizin und individualisierte Therapie: Ein Widerspruch?

Die Innere Medizin hat in den letzten beiden Jahrzehnten entscheidende Fortschritte bei der Prävention, Diagnostik und Therapie gemacht. Die gesteigerte Lebenserwartung geht ganz wesentlich auf eine reduzierte Sterblichkeit an internistischen Erkrankungen zurück. Molekulare Methoden haben zum besseren Krankheitsverständnis geführt, große klinische Studien haben die Evidenz erbracht, dass eine medikamentöse oder apparative Therapie bei schweren chronischen Erkrankungen das Leben verlängern kann, Mortalität ist der „Goldstandard“-Endpunkt für klinische Studien, ohne den eine Zulassung eines Medikaments in vielen Bereichen nicht mehr denkbar ist.

Die Ergebnisse dieser Studien werden in definierten Verfahren von Expertengruppen, die von wissenschaftlichen Fachgesellschaften beauftragt werden, in Leitlinien für die Therapie umgesetzt. Auf diesen basieren in Deutschland Nationale Versorgungsleitlinien (NVL), die von Gruppen, die für das Gesundheitssystem repräsentativ sind, erarbeitet werden, und die als Grundlage für „Disease-Management-Programme“ (DMP) dienen sollten. Damit ist die evidenzbasierte Medizin in der Gesundheitspolitik angekommen und erlangt entscheidende Bedeutung für die medizinische Versorgung. Der Weg von der Forschung in die Versorgung verläuft allerdings nicht geradlinig.

Die Evidenz oder allgemeine Übereinkunft, dass eine Therapieform oder eine diagnostische Maßnahme effektiv, nützlich oder heilsam ist, wird durch kontrollierte, randomisierte, wenn möglich verblindete Studien oder eine Konsensusmeinung von Experten gestützt und in wissenschaftlichen Leitlinien der Fachgesellschaften zusammengefasst. Leitlinien quantifizieren die Evidenz, indem sie einen Empfehlungsgrad definieren, zum Beispiel Empfehlungsgrad I: Evidenz oder allgemeine Übereinkunft, dass eine Therapieform oder eine diagnostische Maßnahme effektiv, nützlich oder heilsam ist. Empfehlungsgrad II: Widersprüchliche Evidenz und/oder unterschiedliche Meinungen über den Nutzen/die Effektivität einer Therapieform oder einer diagnostischen Maßnahme etc. Eine leitliniengerechte Therapie ist mit einem besseren Therapieergebnis assoziiert, wie das Würzburger Interdisziplinäre Herzinsuffizienzregister (INH) zeigt (☒ Abb. 1).

Fehlende Umsetzung von Leitlinien

Tatsächlich werden Leitlinien in der alltäglichen Praxis erstaunlich wenig umgesetzt (☒ Abb. 2). Im Register des Interdisziplinären Netzwerks Herzinsuffizienz (INH) Würzburg wurde bei höheren Schweregraden zunehmend seltener leitliniengerecht therapiert. Andererseits legen unsere jüngsten Registerdaten nahe, dass auch

■ Fortsetzung auf Seite 3

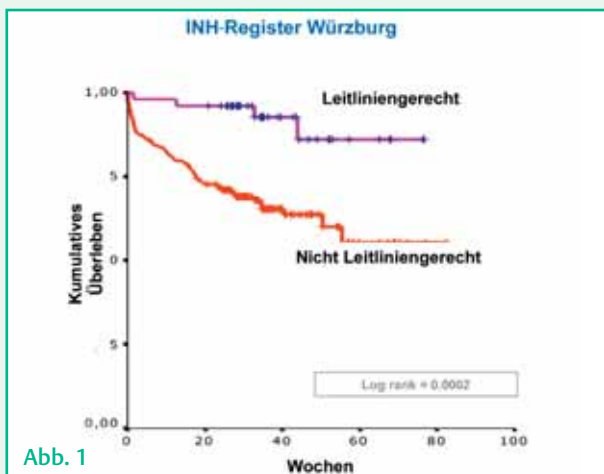


Abb. 1



Abb. 2

Kontakt:

Prof. Dr. med. 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-
 wuerzburg.de

nicht selektionierte und insbesondere ältere Patienten erheblich von einer leitliniengerechten Therapie profitieren. Allerdings fehlen zu dieser Frage prospektive kontrollierte Studien.

Die Probleme von Leitlinien

Mortalität ist der „harte“ Endpunkt für Studien, weil sie unabhängig von einer Messmethode oder der Interpretation des Untersuchers ist. Allerdings fordert dieser Studienendpunkt sehr große Patientenkollektive und entsprechende Ressourcen. Die Refinanzierung muss daher auch ein entscheidendes Kriterium für das Studiendesign darstellen. Ergebnis ist unter Umständen ein nur geringer Unterschied zwischen zwei Therapieformen, der aufgrund großer Studienkollektive statistisch signifikant wird. Ganz ohne Zweifel sind Meilensteine in der Therapie so gesetzt worden. Aber die Anzahl von Patienten, die behandelt werden müssen, um ein Leben zu retten („number needed to treat“), ist häufig groß. Allerdings war in den meisten Studien der Endpunkt „Mortalität“ auch ein guter Indikator für die weniger harten Endpunkte wie bessere Lebensqualität, weniger Krankenhausaufenthalte etc. Der behandelnde Arzt muss sich auch fragen, inwieweit die Einschlusskriterien der Studien, die einer Leitlinie zugrunde liegen, auf seinen Patienten zutreffen. Da kontrollierte Multicenterstudien die Patienten der täglichen Praxis nicht generell repräsentieren, wurde die mangelhafte Umsetzung von Leitlinien darauf zurückgeführt, dass „Alltagspatienten“ die in Leitlinien empfohlene Therapie nicht tolerieren. Die Auswahl der Patientenstichprobe unterliegt vielfältigen Kriterien, einschließlich Sicherheits- und ökonomischen Aspekten. Die Ausschlusskriterien für randomisierte kontrollierte Studien zur Therapie der Herzinsuffizienz zum Beispiel beschreiben einen Großteil des Kollektivs der Patienten, das uns in der Praxis begegnet: Alter >65 Jahre, Frauen, Niereninsuffizienz etc. Die Prognose und Lebensqualität des multimorbiden Patienten mit Herzinsuffizienz, Koronarer Herzkrankheit, Diabetes, Hochdruck, Niereninsuffizienz werden aber häufig entscheidend von seinen Komorbiditäten bestimmt, was bei behandelnden Ärzten vielfach zur Einschätzung führt, dass Leitlinien nicht praxisrelevant sind. Misserfolge mit bestimmten, heiklen Therapieverfahren legen nahe, dass Leitlinien generell nicht klinisch realisierbar sind (zum Beispiel Hypotonie, Bradykardie bei der Therapie der Herzinsuffizienz mit ACE-Hemmern und Betablockern). Leitlinien verschiedener wissenschaftlicher Fachgesellschaften und Berufsverbände sowie internatio-

nale Leitlinien stimmen nicht immer in jedem Detail überein und es werden nicht generell die gleichen Methoden und Evidenzkriterien verwendet. Dies macht es für den behandelnden Arzt schwierig, die gerade aktuellste Leitlinie zu kennen und auszuwählen. Eine drohende Überschreitung von gedeckelten Budgets (zum Beispiel Medikamente, ICD-Implantation) kann die Therapiemöglichkeiten einschränken. Patienten fürchten, dass sie eine leitliniengerechte Therapie aufgrund ökonomischer Zwänge nicht erhalten. Schließlich fehlen evidenzbasierte Leitlinien für die meisten Erkrankungen. Für seltenere Erkrankungen, die ja viele Patienten betreffen, können Leitlinien auch nur aus Expertenmeinungen bestehen, die Evidenz aus großen kontrollierten Studien fehlt zwangsläufig.

Von einem Kollegen wurde mir ein Prozess vor dem Bundessozialgericht zur Kenntnis gebracht, in dem um die Kosten für die Therapie einer seltenen Erkrankung gestritten wurde. Argument des Kostenträgers war, dass keine Evidenz für die Wirksamkeit vorliege. Das Urteil ging zugunsten des Patienten aus, der Prozess zeigte aber die grundsätzliche Brisanz einer möglichen Umsetzung evidenzbasierter Therapie in unserem Gesundheitssystem. Jeder Einzelfall entzieht sich der statistischen Analyse. Die medizinisch wissenschaftliche Evidenz wird durch Studien erzeugt, die den Einzelfall nicht zwangsläufig repräsentieren. Leitlinien sollten in einer Präambel auf dieses Problem hinweisen. „Evidenz-basierte Medizin“ ist an sich keine Wissenschaft, sondern die nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft beste Form der Beschreibung wissenschaftlicher Ergebnisse und Zusammenhänge. Jede individuelle medizinische Entscheidung muss eine wissenschaftlich begründete Entscheidung sein, die sich von Fachleuten mit aktuellem Wissensstand nachvollziehen lässt. Die Fachgesellschaften müssen insbesondere bei der Erstellung und Formulierung von Leitlinien auf diese Punkte Rücksicht nehmen. Entsprechend wurde vor die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie die Präambel gesetzt: „Diese Leitlinie ist eine wissenschaftlich und systematisch erarbeitete Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislauforschung e.V. (DGK), die den gegenwärtigen Erkenntnisstand zum Thema wiedergibt und allen behandelnden Ärzten und ihren Patienten die Entscheidungsfindung für eine angemessene Behandlung dieser spezifischen Krankheits-situation erleichtern soll. Diese Leitlinie ersetzt nicht die ärztliche Evaluation des individuellen

Patienten und die Anpassung der Diagnostik und Therapie an die spezifische Situation des einzelnen Patienten.“

Nationale Versorgungsleitlinien

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und die Selbstverwaltungskörperschaften der Ärzteschaft (BÄK und KBV) entwickeln seit vielen Jahren Leitlinien. Zusätzlich existiert seit 2002 das Programm für Nationale Versorgungsleitlinien (NVL-Programm) in Trägerschaft von BÄK, KBV und AWMF. Auch in den veröffentlichten Definitionen und Dokumenten zur Methodik der Nationalen Versorgungsleitlinien wird explizit eingeschränkt: „Bei einer Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) handelt es sich um eine ‚systematisch entwickelte Entscheidungshilfe über die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen im Rahmen der strukturierten medizinischen Versorgung‘ und damit um eine **Orientierungshilfe** im Sinne von ‚Handlungs- und Entscheidungsvorschlägen‘, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss. Die Entscheidung darüber, ob einer bestimmten Empfehlung gefolgt werden soll, muss vom Arzt unter Berücksichtigung der beim individuellen Patienten vorliegenden Gegebenheiten und der verfügbaren Ressourcen getroffen werden.“

Bislang gibt es aus dem Bereich der Inneren Medizin NVL für Asthma, COPD, Typ-2-Diabetes und Koronare Herzkrankheit, die auf Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften basieren; eine NVL Herzinsuffizienz ist in Arbeit. Die Empfehlungen der NVL richten sich vorrangig an Ärztinnen und Ärzte aller Versorgungsbereiche sowie an die medizinisch wissen-

schaftlichen Fachgesellschaften und andere Herausgeber von Leitlinien; an die Kooperationspartner der Ärzteschaft (zum Beispiel Fachberufe im Gesundheitswesen, Kostenträger); an betroffene Patienten und ihr persönliches Umfeld (zum Beispiel Eltern, Partner) in dezidierten Patientenleitlinien; an die Öffentlichkeit zur Information über gute medizinische Vorge-

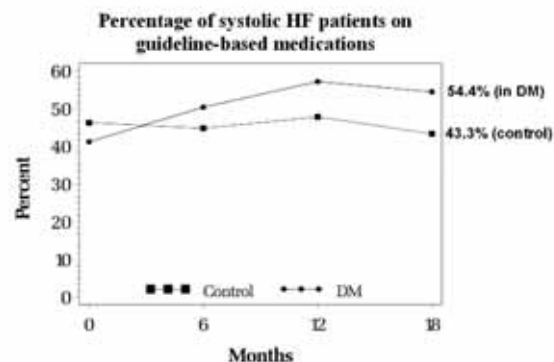
hensweise; schließlich an die Herausgeber von „Strukturierten Behandlungsprogrammen“, da sie als deren Grundlage bei der Erstellung von zukünftigen „Strukturierten Behandlungsprogrammen“ dienen sollten.

Strukturierte Behandlungsprogramme/ Disease-Management-Programme (DMP)

Nach Ansicht des Gesetzgebers sollen Strukturierte Behandlungsprogramme für besonders behandlungs- und damit auch kostenintensive chronische Krankheiten – unter dem Namen Disease Management Program (DMP) – eingeführt werden. Durch Kooperation der Beteiligten sollen eine verstärkte Einbindung und Verantwortung der Patienten und durch eine Standardisierung bewährter Behandlungsformen der Behandlungserfolg maximiert und die Kosten minimiert werden. Geregelt ist das DMP im SGB V im Kapitel „Qualitätssicherung“. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) wird ermächtigt, in einer Rechtsverordnung das Verfahren zu regeln. Mit der Durchführung der DMP werden nach dem Gesetz die Kassen beauftragt. Der Vorteil für den Patienten könnte in einer leitliniengerechten Behandlung und Versorgung liegen. Aber Leitlinien können und sollen Ärzte leiten, in einem DMP vollzieht der Arzt eine Rechtsverordnung. Darin liegt eine wesentliche Problematik der DMP und die bisherigen Erfahrungen bedürfen noch der gründlichen Analyse. Hierfür sind kontrollierte, randomisierte, zwischen DMP und bisher üblicher Behandlung und Versorgung vergleichende Studien notwendig. Bisher durchgeführte Studien haben den Effekt von DMP als nur erstaunlich gering quantifiziert (☒ Abb. 3).

Resümee

Eine evidenzbasierte, in Leitlinien im Konsens von Wissenschaftlern formulierte Therapie verbessert die Patientenversorgung, einschließlich einer verbesserten Lebenserwartung und -qualität. Es sollten daher in möglichst breitem Konsens von Experten erarbeitete und die Besonderheiten unserer Gesellschaft und unseres Gesundheitssystems berücksichtigende „Nationale Versorgungsleitlinien“ erarbeitet werden. Gesetzliche Regularien zur Patientensicherheit und zum Patientenschutz (zum Beispiel Arzneimittelgesetz, Datenschutzgesetz) sind hierbei zu beachten. Für die Versorgung des individuellen Patienten bleibt die Verantwortung beim behandelnden Arzt, der die Besonderheiten seines Patienten ebenso berücksichtigen muss, wie die Lücken und Einschränkungen von Leitlinien. Das Instrument DMP basiert zwar auf



Gallbreath, A. D. et al. *Circulation* 2004;110:3518-3526

Abb. 3

In einem Editorial zu Disease-Management-Programmen in Zirkulation wurden die Anforderungen an ein DMP wie folgt formuliert:

1. Das Hauptziel von DMP sollte die Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung sein.
2. Die Basis aller DMP sollten wissenschaftliche Leitlinien sein.
3. DMP sollten die Compliance für Behandlungspläne verbessern.
4. DMP sollten eine Qualitätssicherung und wissenschaftliche Evaluation einschließen.
6. DMP sollten integrierte Programme zur Patientenversorgung einschließen.
7. Auch im DMP sollte die Arzt-Patienten-Beziehung im Zentrum stehen.
8. DMP sollten berücksichtigen, dass Komorbiditäten für das Ergebnis der Behandlung von entscheidender Bedeutung sind.
9. DMP sollten insbesondere für bisher nicht zufriedenstellend behandelte Patienten entwickelt werden.
10. Organisationen, die DMP entwickeln, haben die Verantwortung dafür, Interessenskonflikte transparent zu machen (Fonarow Circulation 2004).

wissenschaftlichen Leitlinien, ist aber in seinen Wirkungen und Nebenwirkungen im deutschen Gesundheitssystem bisher nicht wissenschaftlich überprüft. Dies ist eine zentrale Aufgabe der Versorgungsforschung. Die Forderungen der Politik an die Qualitätssicherung im Gesundheitssystem müssen an dieser Stelle zurückgegeben und eine Qualitätssicherung auch für gesundheitspolitische Maßnahmen gefordert werden. Diese Form der Versorgungsforschung stellt allerdings auch hohe methodische, informationstechnologische und organisatorische Anforderungen. Es ist sehr zu begrüßen, dass das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) beabsichtigt, Instrumenten- und Methodenentwicklungen für die patientenorientierte klinische Forschung zu unterstützen. Auch die Bundesärztekammer

unterstützt Versorgungsforschung. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin bemüht sich, entsprechende Programme auf den Weg zu bringen und wird auf ihrer Jahrestagung 2008 mit den Hauptthemen „Prävention und Therapie: von Grundlagen- zur Versorgungsforschung“ und „Von Leitlinien zur



Therapie des individuellen Patienten“ der Problematik ein besonderes Gewicht geben.

Prof. Dr. med. Georg Ertl, Würzburg ■

DGIM – aktiv

Die DGIM: Eine „traditionsreiche und zugleich junge Gesellschaft mit Weitblick“

RA Maximilian Guido Broglie: Ausgewählte biografische Daten

RA Maximilian Guido Broglie studierte von 1967 bis 1972 in Marburg, Mannheim, Freiburg, Heidelberg und Adelaide/Australien Jura und Betriebswirtschaftslehre.

Als Fachanwalt hat er sich spezialisiert auf Medizin- und Sozialrecht. Seit 2003 ist er Geschäftsführer der DGIM und Mitglied im Vorstand der Fachgesellschaft. Neben seiner Tätigkeit als Geschäftsführer und Rechtsanwalt gibt Maximilian G. Broglie unter anderem juristische Fachbücher zum Arzt- und Gebührenrecht heraus, darunter ist er Mitherausgeber des in 18. Auflage erschienenen Gebührenhandbuchs.

Darüber hinaus ist er Mitglied des Fachanwaltsausschusses für Medizinrecht in Berlin und organisiert die jährlich stattfindende „Medica juristica“.



Langjährige Mitgliedschaften und wachsender Zulauf zur DGIM zeugen nicht zuletzt von einer aktiven Verbindung zwischen der Fachgesellschaft und ihren Mitgliedern. Im Interview erzählt Geschäftsführer Maximilian

G. Broglie, worin dieser Kontakt besteht und was es bedeutet, ihn zu pflegen.

? In den vergangenen Jahren ist die Mitgliederzahl der DGIM kontinuierlich gestiegen. Worin liegen Ihrer Meinung nach die Gründe für den hohen Zuwachs?

Auf der einen Seite haben wir das Dienstleistungsangebot für Mitglieder verbessert und erweitert. Andererseits macht die hohe wissenschaftliche Kompetenz die Fachgesellschaft sehr attraktiv: Dies zeigt sich zum Beispiel in unseren aktuellen berufsbegleitenden Fortbildungen – sie sind auf höchstem wissenschaftlichen Niveau und werden gut angenommen. Ebenso die Vermittlung von Wissen für die Weiterbildung zum Internisten. Außerdem setzt sich die DGIM dafür ein, die Innere Medizin weiterzuentwickeln und die Patientenversorgung zu verbessern. Und nicht zuletzt gehört es zum Selbstverständnis vieler Mediziner, Mitglied in der Fachgesellschaft zu sein, die sich für ihre Belange einsetzt.

? Die DGIM ist einerseits eine „traditionsreiche“ Fachgesellschaft. Zum anderen zeigt sich an der Mitgliederentwicklung, dass sie insbesondere für sehr viele junge Ärzte attraktiv ist. Was – meinen Sie – ist für sie das Reizvolle an einer Mitgliedschaft?

Die DGIM engagiert sich auf mehreren Ebenen für den internistischen Nachwuchs: Ärztinnen und Ärzte in Aus- und Weiterbildung erhalten zu einem ermäßigten Mitgliedsbeitrag die glei-

chen Leistungen wie andere Mitglieder. Zudem sind die Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen der DGIM sehr vielfältig: Intensivkurse, Akademiekurse Innere Medizin zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung und Refreshing. Darüber hinaus informiert die DGIM junge Mediziner über Berufsstart, Karriereplanung und Facharztweiterbildung. Wissenschaftliche Nachwuchspreise wie der „Young Investigator’s Award“ oder auch Stipendien für die European School of Internal Medicine schaffen durchaus Anreize für eine Laufbahn in der Forschung.

? Zeugt das auch davon, dass das Fach Innere Medizin für junge Mediziner besonders gute Karrierechancen bietet?

Das kann ich in jedem Fall bestätigen: Die Innere Medizin und ihre Weiterbildungsmöglichkeiten in den Schwerpunkten eröffnen jungen Medizinerinnen enorme Chancen für eine Karriere in Klinik, Praxis oder in der Industrie.

? Viele Mitglieder sind bereits länger als 25 Jahre in der DGIM. Wie erklären Sie sich diese jahrzehntelange Verbundenheit mit der DGIM?

Die DGIM blickt auf eine 125-jährige Geschichte zurück. Bedeutende Mediziner wie Robert Koch, Albert Schweitzer, Gustav von Bergmann, Friedrich Theodor von Frerichs, Ernst Viktor von Leyden und viele weitere prägten sie von Beginn an. Teil dieser traditionsreichen Gesellschaft mit modernem Weitblick zu sein, bewegt viele Mitglieder zu einer langfristigen Mitgliedschaft.

? Welchen logistischen Aufwand erfordert die Verwaltung von inzwischen mehr als 17 000 Mitgliedern?

Neben einem gut funktionierenden, effektiv organisierten Büro setzt das vor allem auch qualifiziertes Fachpersonal voraus: Vier Vollzeitkräfte und eine Halbtagskraft verwalten unsere 17 000 Mitglieder – natürlich mithilfe der entsprechenden modernen Technik.

Kontakt:

RA Maximilian Guido Broglie
Irenenstraße 1
65189 Wiesbaden
Tel.: 0611/20 58 04 0 0
Fax: 0611/2 05 80 40 46
E-Mail: info@dgim.de

? Die Geschäftsstelle hält vor allem auch persönlich engen Kontakt zu den Mitgliedern der DGIM – wie pflegen Sie diesen bei einer so großen Zahl?

Die Mitarbeiter der Geschäftsstelle sind auf ‚allen Kanälen‘ mit den Mitgliedern der DGIM verbunden: Das persönliche Gespräch am Telefon, Faxen, Mailen und ein aktuelles Internetangebot gehören untrennbar dazu. Dabei sind sie sehr dienstleistungsorientiert: Entscheidend sind die individuellen Ansprüche und Bedürfnisse der Mitglieder. Dafür fühlen sich unsere Mitarbeiter verantwortlich. Sie sind immer bestrebt, Mitgliederanfragen und -wünsche bestmöglich zu beantworten und zu bedienen. Diese hohe Kompetenz unterstützt die DGIM durch ständige Fortbildungsmaßnahmen.

? Welche Möglichkeiten haben umgekehrt die Mitglieder, sich innerhalb der DGIM zu engagieren beziehungsweise die Geschäftsstelle als erste DGIM-Adresse zu nutzen?

Mitglieder können sich zum Beispiel aktiv am Kongress beteiligen. Denn natürlich lebt die Jahrestagung auch davon, dass interessante Abstracts eingereicht werden und herausragende wissenschaftliche Arbeiten um fachliche Anerkennung durch Preise konkurrieren. Innerhalb der Fachgesellschaft bieten verschiedene Arbeitskreise und Kommissionen die Möglichkeit, sich persönlich einzubringen und die DGIM zu unterstützen. In der Geschäftsstelle haben wir jederzeit ein offenes Ohr für Anregungen. ■

DGIM – aktiv

Bericht der Pressestelle der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin 2006/2007

Ein besonderes Highlight der Medienarbeit bildete in diesem Jahr das 125-jährige Jubiläum der DGIM. In persönlichen Gesprächen, Pressemitteilungen und historischen Bildern hat die Pressestelle über die Geschichte der Fachgesellschaft informiert und so den Brückenschlag von den Wurzeln der DGIM bis in die Gegenwart und zu ihren Zielen für die Zukunft geschlagen.



Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin konnte im vergangenen Jahr durch ihre aktive Medien- und Öffentlichkeitsarbeit die wissenschaftlichen, medizinischen, ethischen und gesundheitspolitischen Diskussionen in der Medizin mitprägen. Im Mittelpunkt standen dabei die Rolle der Inneren Medizin im Gesundheitswesen, ihr Auftrag in Klinik und Praxis sowie in der Gesamtmedizin und ihre Bedeutung für Gesellschaft und Patienten.

Themen in die Öffentlichkeit bringen

Über ihre Pressestelle pflegt die DGIM beständig Kontakte zu den meinungsbildenden Print-Redaktionen in Deutschland, öffentlichen wie privaten Hörfunk- und Fernsehanstalten sowie zu Nachrichtenagenturen. In einer Jahrespressekonferenz im Januar 2007 konnte sie über die Bedeutung und Rolle der Inneren Medizin mit Blick auf aktuelle Entwicklungen im Gesundheitswesen nachhaltig aufmerksam machen. Die von über 30 Medien besuchte Veranstaltung trug dazu bei, die Problematik des neuen Hochschulrahmengesetzes ebenso zu thematisieren wie den unverändert zeitgemäßen „ganzheitlichen“ Ansatz der Inneren Medizin zu erläutern.

Die Vielzahl der für die DGIM bedeutenden Themen hat die Pressestelle unabhängig von

der Jahrespressekonferenz regelmäßig mit Pressemitteilungen in der Öffentlichkeit bekannt gemacht. Diese Presseinformationen bezogen sich auf Publikationen der DGIM, neue Erkenntnisse oder neu startende Projekte. Im Mittelpunkt stand dabei eine Reihe von Stellungnahmen, die die DGIM gemeinsam mit anderen medizinisch wissenschaftlichen Fachgesellschaften erarbeitete und über den Weg der Medienarbeit bekannt gemacht hat. Auch in diesen Aktivitäten zeigt sich der integrative Ansatz der DGIM und ihre Rolle als „Motor“ in der Medizin, qualitative, strukturelle und prozessorientierte Veränderungen anzuregen. Immer wieder machte sich die DGIM auch für die klinische Forschung in Deutschland stark und formulierte gegenüber Medien und Öffentlichkeit, in welcher Form und mit welchen Mitteln diese verbessert werden muss.

Der Kongress als Spiegel der Inneren Medizin

Im Mittelpunkt der wissenschaftlich medizinischen Medien- und Öffentlichkeitsarbeit für die DGIM standen zukunftsweisende Themen wie die vielfältigen Fortschritte der Molekularen Medizin, die es immer häufiger möglich macht, Krankheiten frühzeitig zu diagnostizieren und individuell zu behandeln. Besonders viel Aufmerksamkeit konnte die DGIM-Pressestelle auf einen Gentest lenken, mit dessen Hilfe es mög-

Eine besondere Rolle in der Medienarbeit für den Kongress 2007 spielten die öffentlichkeitswirksamen Veranstaltungen für Patienten. Neben den jährlichen Arzt-Patienten-Seminaren fand auch ein Patiententag vor dem Kurhaus der Stadt Wiesbaden statt. Die Pressestelle machte insbesondere im Vorfeld des Kongresses auf diese Veranstaltungen aufmerksam, was die Medien der Region intensiv aufgriffen. So nutzten sie diesen Anlass, um ausführlich über die DGIM, internistische Themen und die Fachgesellschaft zu berichten.

lich ist, eine tödliche Herzkrankheit bei jungen Menschen zu erkennen und somit die Träger dieses Gens vor dem plötzlichen Herztod zu retten.

Die wissenschaftlich medizinischen Themen der Inneren Medizin standen insbesondere auch bei der Pressearbeit für den Internistenkongress im Mittelpunkt. Durch über 20 Pressemitteilungen hat die Pressestelle bereits im Vorfeld des Kongresses auf zahlreiche neue wissenschaftliche Erkenntnisse und medizinische Fortschritte in der Behandlung internistischer Patienten aufmerksam gemacht.

Im Vorfeld des Kongresses informierte die Pressestelle neben den wissenschaftlichen Themen der DGIM verstärkt auch über aktuelle organisatorische Neuerungen, die sich durch die weiterentwickelten Kongresskonzepte der DGIM und erweiterte Angebote für die Kongressteilnehmer ergaben.

Der 113. Internistenkongress wurde von der Presse außerordentlich intensiv wahrgenommen: Rund 500 Medienvertreter besuchten die Tagung in den Rhein-Main-Hallen. Dazu gehörten Journalisten der lokalen wie überregionalen Medien, von speziellen und allgemeinmedizinischen Fachzeitschriften, von der Tagespresse und Publikumszeitschriften bis hin zu Hörfunk, Fernsehen sowie Nachrichtenagenturen. Die Resonanz in den Medien spiegelt das große Interesse der Öffentlichkeit am Internisten-

kongress wider: Rund 35 Meldungen gingen deutschlandweit über die Ticker der Nachrichtenagenturen.

125 Jahre Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin

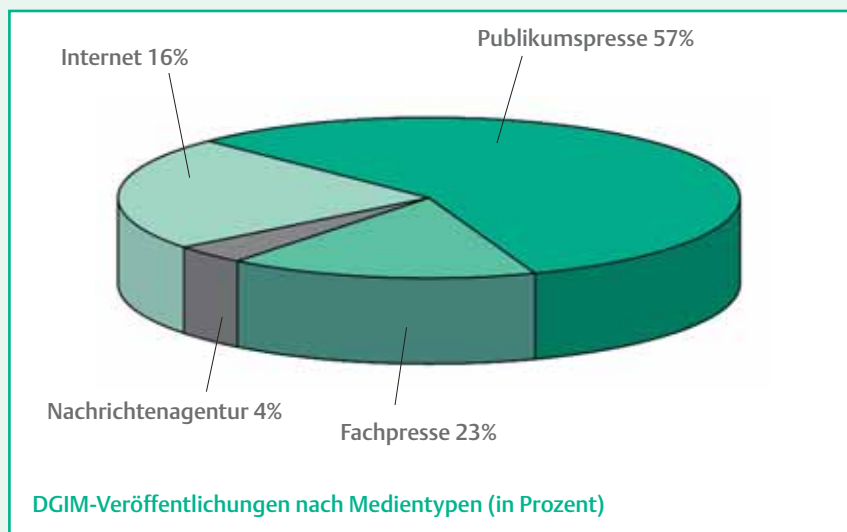
In einer Jubiläums-Pressemappe erhielten Medienvertreter umfangreiches Informationsmaterial zu den historischen Highlights der Gesellschaft und konnten das auf verschiedene Art und Weise für ihre Berichterstattung nutzen. Bei einem Presse-Empfang anlässlich des Jubiläums hatten zahlreiche Medienvertreter außerdem die Möglichkeit, verschiedene Publikationen zum Jubiläum sowie eine Image-CD zu erhalten und im Gespräch mit DGIM-Verantwortlichen über die Rolle der DGIM im Wandel der Zeiten zu diskutieren.

Gesundheitspolitische Foren

Fester Bestandteil der Pressearbeit der DGIM war auch in 2006 das Herbstsymposium der Korporativen Mitglieder. Die im Oktober 2006 direkt im Anschluss an das Symposium zum Thema „Der sanktionierte Arzt – Zum (Un-) Wohl des Patienten“ stattfindende Presseveranstaltung war sehr gut von Vertretern der Publikums- und Fachmedien aus den Bereichen Print, Hörfunk und Fernsehen besucht. Darüber hinaus konnten die Korporativen Mitglieder der DGIM auch während des Internistenkongresses im Frühjahr ihre Anliegen bei einer eigenen Pressekonferenz unter dem Titel „Deutsches Gesundheitswesen 2007: Reform oder Abwicklung?“ transportieren. Ein Flyer, der über die Zusammenarbeit der Korporativen Mitglieder mit der DGIM informiert, liegt soeben überarbeitet vor.

Die regelmäßige umfangreiche Berichterstattung über Anliegen und Positionen der DGIM ist auch in den letzten 12 Monaten ein Beleg für die Relevanz ihrer Themen und ihre mediale Präsenz. Insgesamt konnte sie allein über die Berichterstattung in den Printmedien über 60 Millionen Bundesbürger erreichen. Mit einer aktuellen Imagebroschüre „Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin – Kompetenz für den ganzen Menschen“ hat die DGIM nun auch ein weiteres Instrumentarium für ihre Öffentlichkeitsarbeit in der Hand, um grundsätzlich über ihren Auftrag, Anliegen und Bedeutung aufzuklären.

Anne-Katrin Döbler, Stuttgart ■



DGIM – Kongress

Internistenkongress 2008: Abstracts bald einreichen

114. Kongress der DGIM

Samstag, 29. März, bis Mittwoch,
2. April 2008
Rhein-Main-Hallen
info@rhein-main-hallen.de
Kurhaus Wiesbaden
www.wiesbaden.de/kurhaus
Museum Wiesbaden
www.museum-wiesbaden.de

Vorsitzender:

Prof. Dr. med. Georg Ertl
Direktor der Medizinischen Klinik
und Poliklinik I,
Universitätsklinikum Würzburg

Kongresssekretariat:

PD Dr. med. Johann Bauersachs
PD Dr. med. Stefan Frantz
Dr. med. André Althoff (beratend)
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-
wuerzburg.de

Teilnehmerregistrierung:

Manon Waas
Tel.: +49(0)621-4106-102
Fax: +49(0)621-4106-80102
manon.waas@mcon-
mannheim.de

Der „Call for Abstracts“ für den 114. Kongress der DGIM 2008 hat begonnen: Bis zum 19. November 2007 können Autoren ihre Vortragszusammenfassungen über die Homepage www.dgim2008.de einreichen. Zum ersten Mal ist dies nicht nur nach Fachrichtungen möglich, sondern auch nach fachübergreifenden Oberthemen. Beiträge von Autoren unter 35 Jahren kommen in die Auswahl für den „Young Investigator’s Award“ der DGIM.

Über ein Portal auf der Kongresshomepage www.dgim2008.de können Autoren ihre Vortragszusammenfassungen für den Internistenkongress 2008 speichern, jederzeit bearbeiten und nach einer endgültigen Bestätigung bis zum Abgabeschluss am 19. November 2007 einreichen. Autoren haben erstmals die Option, ihren Beitrag einem fachübergreifenden Oberthema anstatt einer internistischen Fach-

richtung zuzuordnen. Dabei können sie unter den Themen Bildgebung, Versorgungsforschung, Molekulare Mechanismen, Therapie-Studien klinisch, Therapie-Studien experimentell, Diagnostik (ohne Bildgebung) und Prävention wählen. Die akzeptierten Beiträge werden während der Tagung im Rahmen von Posterinseln in der Ausstellung präsentiert und in Postersessions diskutiert. Die Sessions sind fester Bestandteil des Kongressprogramms und würdigen auch die Arbeiten junger Mediziner: Alle Autoren unter 35 Jahren nehmen automatisch am „Young Investigator’s Award“ teil. Der jeweilige Erstautor sollte daher sein Geburtsdatum angeben. Der Preis wird innerhalb des „CHANCES – Forum für junge Mediziner“ vergeben und im Rahmen der Get-together-Party im Kurhaus Wiesbaden verliehen. Weitere Informationen zur Einreichung finden Autoren auf der Kongresshomepage. ■

DGIM – Termine

Von der Wissenschaft in die internistische Praxis – DGIM ist Schirmherrin von Internisten Update 2007

Unter Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) findet am 23. und 24. November 2007 erneut ein „Internisten Update“ in Wiesbaden statt. Internistische Experten referieren, kommentieren und diskutieren darin aktuelle Veröffentlichungen aus allen Teilbereichen der Inneren Medizin. Die DGIM unterstützt mit dem Seminar den Transfer wissenschaftlicher internistischer Ergebnisse in die Praxis.

Der Schwerpunkt des Internisten Update 2007 ist die Beurteilung neuester Studienergebnisse: Anhand derer geben die Referenten Empfehlungen im Hinblick auf die Integration der Daten in den klinischen und praktischen Alltag. Dieses Fortbildungskonzept zielt darauf ab, einen Überblick über die zahlreichen Veröffentlichungen auf dem Gebiet der Inneren Medizin



Fotos: Wiesbaden Marketing



aus dem Jahr 2006 zu ermöglichen und diese für das ärztliche Handeln zu bewerten.

In diesem Jahr haben die Veranstalter die Themen ZNS und Infektiologie neu in das Programm aufgenommen. Damit finden insgesamt 15 Vorträge statt. Wichtiges Vortragelement der interaktiven Teilseminare ist die Kommentierung der Ergebnisse im Blick auf abzuleitende Konsequenzen für das ärztliche Handeln in der internistischen Klinik und Praxis.

Besonderen Wert legen wissenschaftliche Leitung und Referenten auf eine kritische und praxisnahe Diskussion der präsentierten Studien und deren Bewertung mit den Seminarteil-

nehmern. Während der Vorträge und im Rahmen der „Speaker’s und Chairman’s Corner“ ist deshalb Zeit, Fragen mit den Experten zu erörtern.

Die Breite der für den Internisten relevanten Teilbereiche und die Unabhängigkeit in der Programmplanung sowie in den Inhalten des Seminars sind zentrale Bestandteile des Internisten-Update-Konzepts. Das Internisten Update 2007 findet am 23. und 24. November 2007 im Wiesbadener Kurhaus statt. Veranstalter des Seminars ist die med update GmbH aus Wiesbaden. Die Landesärztekammer Hessen vergibt für die Teilnahme 16 Fortbildungspunkte. ■

DGIM – Korporative Mitglieder

Herbstsymposium der Korporativen Mitglieder

Das Herbstsymposium der Korporativen Mitglieder der DGIM findet am Donnerstag, den 18. Oktober 2007 von 9.00 bis 13.00 Uhr im Dorint Hotel Pallas statt; Auguste-Viktoria-Straße 15, 65185 Wiesbaden.

Beauftragter für die Korporativen Mitglieder der DGIM:

Prof. Dr. med. Ulrich R. Fölsch
Direktor der Klinik für Allg. Innere Medizin
Universitätsklinikum S-H,
Campus Kiel
Schittenhelmstraße 12
24105 Kiel
Tel.: 0431/597-1271
Fax: 0431/597-1302
E-Mail: urfoelsch@1med.uni-kiel-de

Inwieweit verantwortungsvolle Patientenversorgung unter den regulierten Bedingungen mit Analogpräparaten und Leitsubstanzen noch möglich ist, diskutieren Experten im Rahmen des diesjährigen Herbstsymposiums der Korporativen Mitglieder der DGIM.

Etwa 2600 Medikamente wurden im Jahr 2006 in Deutschland zugelassen. Die verschiedenen Interessengruppen im Gesundheitswesen sind jedoch nicht immer einig darüber, wann neu eingeführte Arzneimittel auch innovativ sind. Analogpräparate fallen deshalb unter die Festbetragsregelung. Sie soll das System vor hohen Kosten für Arzneimittel schützen. Fraglich ist, ob sich auf diese Weise noch Therapiefreiheit garantieren lässt oder ob dadurch stattdessen eher ein Hindernis entsteht für eine qualitativ hochwertige, individuell angepasste Versorgung der Patienten. Im Rahmen des Herbstsymposiums der Korporativen Mitglieder der DGIM erörtern deshalb Ärzte, Vertreter der



DGIM, von Krankenkassen, Pharmaindustrie und Recht verschiedene Blickwinkel des Problems. Dabei wird es unter anderem um empirische Erkenntnisse zu Analogpräparaten und Erfahrungen mit entsprechenden Listen gehen, ebenso wie um juristische Konsequenzen und Positivlisten als alternativer Ansatz zur wirtschaftlichen Verordnung. ■

DGIM – Personalia

Kontakt für Informationen zur Ausschreibung:

Bewerber werden gebeten, ihre Arbeit in dreifacher Ausfertigung unter Angabe eines Kurztitels, des Geburtsdatums sowie durch Beifügung eines kurzen Autorreferats bis zum 15. November 2007 einzureichen:

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

Präventionspreis 2008: DGIM nimmt Arbeiten bis Mitte November an

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin verleiht diesen Preis durch die Deutsche Stiftung Innere Medizin für die beste aus dem deutschsprachigen Raum vorgelegte Arbeit auf dem Gebiet der Primär- und Sekundär-Prävention innerer Erkrankungen. Der Preis wurde von Professor Dr. med. D. Klaus (Dortmund) gestiftet. Für den Preis werden Arbeiten über die Prävention innerer Erkrankungen berücksichtigt. Sowohl experimentell erzielte Ergebnisse als auch epidemiologisch interessante Fragestellungen, sofern sie die Prävention innerer Erkrankungen zum Inhalt haben, kommen für die Preisverleihung in Betracht.

Der Preis ist mit 5 000 Euro dotiert. 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.

Die Verleihung des Preises erfolgt während der 114. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin in Wiesbaden. ■

Jahresbroschüre 2007 erscheint Mitte Oktober

In Kürze erscheint die neue Jahresbroschüre der DGIM. Auf etwa 50 Seiten stellt die DGIM ihre Struktur, ihre Aufgaben und Aktivitäten dieses Jahres vor. Neben einem Rückblick auf den 113. Internistenkongress gibt die Schrift mit aktuellen Preisausschreibungen außerdem bereits einen Ausblick auf den Kongress 2008. Die Broschüre geht an alle Mitglieder und liegt den Organen der DGIM bei.



Die Jahresbroschüre 2007 enthält ausführliche Berichte über Vorstand, Ausschuss und Gremien der DGIM, die Deutsche Stiftung für Innere Medizin, ein Porträt des Vorsitzenden 2007/2008 sowie Informationen zum Fort- und Weiterbildungsangebot. Daneben umfasst die Broschüre die Vorstandsbeschlüsse, Positionspapiere und Stellungnahmen der DGIM. Außerdem berichten die korporativen Mitglieder und die Pressestelle jeweils über ihre Aktivitäten.

Eine Übersicht über die Mitgliederentwicklung und -struktur der DGIM spiegelt ihren stetigen Zuwachs wider. Erst im Februar dieses Jahres begrüßte die DGIM ihr 16 000. Mitglied. Im Juli hieß Rechtsanwalt Maximilian Broglie, Geschäftsführer der DGIM, den Assistenzarzt Dirk Bremser als 17 000. Mitglied willkommen. Mehr als fünfzig Prozent der Mitglieder sind zurzeit Assistenzärzte. Ärzte in leitenden Positionen wie Chefarzte und Niedergelassene stellen mit vierzig Prozent die zweitgrößte Gruppe der Mitglieder der Fachgesellschaft. Darunter sind zahlreiche, die bereits ein halbes Jahrhundert oder länger der DGIM angehören.

Ein abschließender Beitrag über den 113. Kongress der DGIM und die in seinem Rahmen verliehenen Preise runden die Berichterstattung 2007 ab. Ausschreibungen informieren über die Bewerbung um die Preise, welche die Fachgesellschaft während des 114. Internistenkongresses 2008 verleiht. ■

Termine

19. bis 20. Oktober 2007
44. Kongress der Südwestdeutschen Gesellschaft für Innere Medizin unter der Schirmherrschaft der DGIM
Esslingen

25. bis 27. Oktober 2007
Deutscher Internistentag 2007
Berlin

9. bis 10. November 2007
Tagung der Thüringer Internisten
Jena

22. bis 24. November 2007
182. Jahrestagung der Rheinisch-Westfälischen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. unter der Schirmherrschaft der DGIM
Essen

23. bis 24. November 2007
Internistenupdate 2007 – 2. DGIM-Internisten-Seminar unter der Schirmherrschaft der DGIM
Wiesbaden

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

29. bis 2. April 2008
114. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)
Wiesbaden

Fortsetzung auf S. 14

DGIM – Personalia

Generalsekretär Professor Dr. med. Hans-Peter Schuster feierte 70. Geburtstag

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin gratuliert Herrn Professor Dr. med. Hans-Peter Schuster herzlich zum 70. Geburtstag. Sie wünscht ihm weiterhin viel Freude an seiner Arbeit, mehr Zeit für seine Familie, anhaltende Gesundheit und persönliche Zufriedenheit. Die DGIM möchte ihre Glückwünsche mit dem Dank an eine große Persönlichkeit verbinden, die sich um die Gesellschaft in außerordentlicher Weise verdient gemacht hat.

Bereits 1976 wurde Hans-Peter Schuster Mitglied der DGIM und gehört seit 1985 dem Ausschuss als dem Lenkungsgremium der DGIM an. Die Erfahrungen in Universität, Lehrkrankenhaus und in der publizistischen Wissensvermittlung führten dazu, Schuster mit der Wahrnehmung berufspolitischer Fragen und Probleme zu betrauen.

1992 wählte die DGIM Professor Schuster zu ihrem Vorsitzenden und Präsidenten des 99. Internistenkongresses. In seiner Eröffnungsrede mit dem Titel „Die Zukunft der Inneren Medizin“ machte er deutlich, dass diese maßgeblich von der Integration der Spezialfächer in die allgemeine Innere Medizin bestimmt wird. Ein weiteres wesentliches Element seiner Rede war die Analyse der klinischen Forschung, als deren unverzichtbare Basis Schuster die Verbindung von Lehre, Forschung und Krankenversorgung ansieht.

Durch die klare persönliche Einstellung von Hans-Peter Schuster zur Inneren Medizin und vor allem durch seine Glaubwürdigkeit, die durch sein persönliches Handeln begründet war, wurde Hans-Peter Schuster zum Vorbild für viele junge Kolleginnen und Kollegen. Seine Ruhe und seine Integrationskraft machten Hans-Peter Schuster zu einer weithin sichtbaren Führungspersönlichkeit der DGIM, als deren äußeres Zeichen er 2001 zum Generalsekretär der Gesellschaft gewählt wurde. Seine großen Verdienste würdigte die DGIM mit der Verleihung der Gustav-Bergmann-Medaille als deren höchste Auszeichnung der DGIM.

Auch heute, mit 70 Jahren, steht Professor Schuster nach wie vor gestaltend in der Entwicklung der Inneren Medizin mit ihren zahlreichen Problemen, die angesichts der schwierigen Verhältnisse im System der sozialen Sicherung Kompetenz, Entscheidungsfreude und Zielsicherheit verlangen. Diese Eigenschaften verbindet Herr Professor Schuster in herausragender Weise in seiner Person und als Garant von Kontinuität, Gesprächsbereitschaft und vor allem höchster Integrität. Die Mitglieder der DGIM wünschen ihm für die kommenden Jahre ungeschmälerte geistige Beweglichkeit, Gestaltungskraft und Durchsetzungsvermögen, aber auch Freude am Leben, Gesundheit und Zufriedenheit.

Professor Dr. med. Wolfgang Hiddemann, München, für den Vorstand der DGIM ■

Termine

Fortsetzung von S.12

Intensivkurse Innere Medizin

Vorbereitung auf die Facharztprüfung und Refreshing

12. bis 17. November 2007
Bad Nauheim

26. November bis 1. Dezember 2007
Wiesbaden

21. bis 26. Januar 2008
Stuttgart

28. Januar bis 7. Februar 2008
Wuppertal

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

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

Presseschau

Wenn es um die Arbeitszeit von Ärzten geht, hat es die EU-Kommission nicht eilig

Brüssel – Im Streit um die Arbeitszeit von Ärzten steht die EU-Kommission am Pranger. Ein deutscher Arzt hatte die Kommission erstmals im November 2001 aufgefordert, Deutschland wegen Verstoßes gegen europäische Arbeitszeitvorschriften zu verklagen. Geschehen ist bis heute nichts. Die Kommission argumentiert, dass sie zunächst den Ausgang der Diskussionen über die geplante Revision der europäischen Arbeitszeitrichtlinie abwarten will. Der Gesetzgebungsprozess steckt jedoch fest, da sich die Regierungen der EU-Länder nicht darauf einigen können, was mit der Ausnahmeregelung zur Verlängerung der wöchentlichen Höchstarbeitszeit geschehen soll.

Quelle: *Ärzte Zeitung* ■

Klinikärzte leiden weiterhin unter massiver Arbeitsüberlastung

Berlin – Die Arbeitsbedingungen der rund 131000 deutschen Krankenhausärzte sind so katastrophal, dass jeder zweite Mediziner erwägt, seinen Job aufzugeben. Die Klinikarbeitgeber verstoßen systematisch gegen das Arbeitszeitgesetz und brechen gezielt Bestimmungen der arzt-spezifischen Tarifverträge, die mit der Ärztegewerkschaft Marburger Bund (MB) nach intensiven Arbeitskämpfen im Jahr 2006 abgeschlossen wurden. Extreme Arbeitsbelastung aufgrund gesetzeswidrig überlanger Arbeitszeiten, millionenfach unvergütete Überstunden, unzureichende Arbeitszeiterfassung und kaum Möglichkeiten, Familie und Beruf zu vereinbaren – so sieht der Arbeitsalltag der Ärzte in den meisten der rund 2100 deutschen Krankenhäusern aus. Hauptleidtragende sind dabei die jüngeren Mediziner. Das ist das ernüchternde Ergebnis einer repräsentativen Umfrage der Ärztegewerkschaft Marburger Bund unter ihren mehr als 80000 aktiven Mitgliedern.

Quelle: *Marburger Bund* ■

Schlechte Vorbilder für ihre Patienten

Frankfurt – Ihren Patienten raten deutsche Ärzte zu einem gesunden Lebensstil mit weniger Zigaretten, mehr Bewegung und frühzeitigen Terminen beim Mediziner. Doch sie selbst geben dabei kein sonderlich gutes Vorbild ab. So greifen etwa 20 Prozent der Ärzte zur Zigarette, in einer Studie an Medizinstudenten stellte sich sogar jeder Dritte als Raucher heraus. „Mit diesen Zahlen liegen wir in Deutschland deutlich über den Quoten anderer Länder“, betont Bernhard Mäulgen, Leiter des Instituts für Ärztesundheit in Villingen. Zum Vergleich: In den USA rauchen nur etwa drei Prozent der Ärzte, und in England ist es jeder Zehnte. (...) Rund 38 Prozent der Mediziner sind übergewichtig. (...) Endgültig ihre Vorbildrolle verlieren Mediziner, wenn es um psychische Gesundheit geht. Überdurchschnittlich oft findet man bei ihnen Burn-Out-Syndrom und Depressionen. (...)

Quelle: *Frankfurter Rundschau* ■

