

# DGIM aktuell

Newsletter der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin



## Editorial



Liebe Mitglieder, liebe Kolleginnen,  
liebe Kollegen,

Ich freue mich, Ihnen die zweite Ausgabe von DGIM aktuell per E-Mail zukommen zu lassen. So wird Ihnen die Möglichkeit gegeben, sich kurzfristig über aktuelle Entwicklungen und Neuigkeiten in unserer Gesellschaft zu informieren. Die Kommunikation per E-Mail erlaubt es uns, Ihnen diese Informationen sehr kurzfristig zuzuleiten. Leider ist sie naturgemäß auf die Mitglieder der DGIM beschränkt, deren E-Mail-Adresse uns bekannt ist. Dennoch erreichen wir bereits zum jetzigen Zeitpunkt mehr als 50 Prozent unserer Mitglieder auf diesem Weg.

In der jetzigen Ausgabe von DGIM aktuell finden Sie wieder interessante Beiträge, wie zum Beispiel eine Stellungnahme zum Ärztestreik an den Universitätskliniken, eine Stellungnahme der DGIM zum geplanten Gewebegesetz aber auch Information über unsere neue Geschäftsstelle. Wir hoffen, dass diese Ausgabe von DGIM aktuell für Sie interessante Informationen enthält und ich wünsche Ihnen viel Freude bei der Lektüre.

Mit besten Grüßen

Ihr Wolfgang Hiddemann

## Inhalt

2/2006

### Editorial des Präsidenten

#### DGIM – Presidential News

##### Der Streik der Ärzte

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.

Falls diese Entwicklung anhält, ist es nicht prophetisch vorherzusagen, dass die Universitätskliniken ihre Position in der klinischen Forschung über kurz oder lang verlieren und auf den Status von Versorgungseinrichtungen reduziert werden.

#### DGIM – aktiv

Neues Gewebegesetz

Aktuelle Entschließung zur  
Weiterbildungsordnung

Neues aus der Akademie für Weiterbildung

Neues von der Deutschen Stiftung Innere  
Medizin

Die neue Geschäftsstelle

Assistenzärzte sollen Forschung zukünftig  
auf Weiterbildung anrechnen können

#### DGIM – Kongress

DGIM mit neuem Präsidenten/Ausblick 2007

112. Internistenkongress in Wiesbaden  
erfolgreich abgeschlossen

#### DGIM – Korporative Mitglieder

##### Ausblick auf die Herbsttagung 2006

Welche Auswirkungen hat das AVWG auf die Therapie des Patienten und wie kann der Forderung nach Therapiefreiheit Nachdruck verliehen werden?

##### Symposium: Arzneimittelbewertung – Chance oder Risiko?

Bei der Bewertung von Arzneimitteln treten zukünftig neben medizinischen Gesichtspunkten verstärkt wirtschaftliche Aspekte in den Vordergrund.

#### DGIM – Personalia

#### Termine

#### Presseschau

#### Impressum

## DGIM – Presidential News

### Der Streik der Ärzte für die Zukunft der Universitätsmedizin

Prof. Dr. Wolfgang Hiddemann

**„Seit über elf Wochen (Stand Mitte Juni 2006) streiken die angestellten Ärzte an allen Universitätskliniken in Deutschland. Die ersten Demonstrationen begannen sogar noch früher, im Herbst 2005. Dieser Streik erfährt eine breite, wenngleich oft kaum bemerkte Billigung und oft sogar Unterstützung durch die Mehrzahl der Klinikdirektoren, durch viele Fachgesellschaften, durch die Bundesärztekammer und andere ärztliche Vereinigungen und Organisationen. Der Streik wird auch von der breiten Öffentlichkeit und den Medien mit Verständnis und Sympathie in einer Weise begleitet, die kaum ein anderer Ausstand jemals zuvor erfahren hat. Selbst die von der eingeschränkten Versorgung betroffenen Patienten lassen eine große Toleranz erkennen. Offensichtlich hat die große Mehrheit der Bevölkerung Verständnis für das Anliegen der Universitätsärzte.“**

Der Streik setzt somit ein deutliches und breit wahrgenommenes Signal. Er setzt ein Signal dafür, dass die angestellten Ärzte an den Universitätskliniken nicht mehr länger bereit sind, die ihnen über viele Jahre zugemuteten Arbeitsbedingungen und die erheblichen Einschränkungen ihrer Vergütung zu akzeptieren. Der Anfang dieser Entwicklung reicht in die 80er Jahre zurück. Seit dieser Zeit, das heißt, seit einem Vierteljahrhundert ist die Bezahlung der Ärzte schlechter geworden: durch nicht bezahlte Überstunden, durch nicht adäquat vergütete Bereitschaftsdienste und durch die Kürzung und Streichung von Weihnachts- und Urlaubsgeld. Parallel dazu ist die Belastung der Ärzte und die Verantwortung, die sie zu tragen haben, erheblich gestiegen.

Diese Belastungen sind zum einen durch die Fortschritte der Medizin selbst bedingt. Sie umfassen viele neue diagnostische und therapeutische Verfahren wie die Computer- und Kernspintomographie, die Endoskopie, die minimal-invasive Chirurgie, hochdifferenzierte Chemotherapieregime zur Behandlung von Krebs und viele weitere innovative Verfahren. Damit diese Fortschritte den Patienten in vollem Umfang zugute kommen, wird von den Ärzten in den einzelnen Fachdisziplinen großes Wissen und ständige Fortbildung erwartet. Zeit für die

Akquisition dieses Wissens ist im Alltag jedoch nicht vorgesehen. Eine weitere, mit der fachlichen Weiterentwicklung eng verbundene Belastung ist mit der Verbesserung und dem Ausbau der ambulanten und teilstationären Versorgung verbunden. Dadurch kann vielen, nicht so schwer kranken Patienten ein stationärer Aufenthalt erspart werden. Umgekehrt aber sind Patienten, die einer stationären Aufnahme bedürfen, meist schwer krank und erfordern ein hohes Maß an ärztlicher und pflegerischer Betreuung. Trotz dieser Entwicklung hin zur stationären Aufnahme meist schwer kranker Patienten haben sich die Liegezeiten im Krankenhaus wesentlich verkürzt. Damit ist die Leistungsdichte, das heißt die Leistung pro Zeit beziehungsweise Krankenhaustag deutlich gestiegen.

**Kapazitätsberechnungen noch aus den 80ern**  
Sowohl die Fortschritte der Medizin als auch die Verlagerung medizinischer Behandlungen in den ambulanten und teilstationären Bereich sind grundsätzlich sehr zu begrüßen. Sie können zu einer besseren Versorgung der Patienten und einer erhöhten Mobilität und Lebensqualität beitragen. Sie machen auch die Nutzung stationärer Ressourcen ökonomisch sinnvoller. Die volle Nutzung dieser positiven Entwicklungen setzt allerdings voraus, dass der Wandel in der medizinischen Versorgung mit einer entsprechenden Anpassung der Personalkapazitäten im ärztlichen und pflegerischen Bereich verbunden ist. Da diese Anpassung bis auf wenige Ausnahmen unterblieben ist, liegen den Versorgungsstrukturen an den Universitätskliniken oft Kapazitätsberechnungen aus den 80er oder 90er Jahren zugrunde.

**Dokumentation lastet auf Assistenzärzten**  
Eine dritte erhebliche Belastungskomponente mit rasch zunehmender Tendenz ist durch administrative und dokumentative Aufgaben entstanden. Die Pflicht, erbrachte ärztliche Leistungen gemäß DRG zu dokumentieren, lastet fast ausschließlich auf den Assistenzärzten. Ihnen wird eine Teilverantwortung für den wirtschaftlichen Erfolg der Klinik per Anordnung durch die Klinikums- und die Verwaltungsebene übertragen. Auch der zunehmende Einfluss der Krankenkassen und des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen auf die Vergütung und die fachliche (!) Bewertung von

Stellungnahme der DGIM e.V. und ihrer Fachgesellschaften zum jetzt beigelegten Streik der Universitätsärzte

#### Solidarität mit den streikenden Klinikärzten

Die DGIM und weitere Fachgesellschaften stehen hinter den berechtigten Forderungen der Klinikärzte.

#### Hintergrund

- zunehmende Inanspruchnahme der Ärzte für verwaltungstechnische Aufgaben zu Lasten patientenorientierter Tätigkeit;
- zunehmende Ausweitung der unbezahlten Überstunden bei gleichzeitiger Reduktion des Einkommens;
- abnehmende Freiräume für Forschung sowie für Fort- und Weiterbildung.

#### Folgen

- zurückgehende Einreichung wissenschaftlicher Beiträge bei nationalen und internationalen Kongressen;
- fehlende Medizinergeneration, die in der Lage wäre, Grundlagenwissen in Innovationen für den Patienten umzusetzen;
- zunehmender „brain-drain“, das heißt Abwerbung der besten Köpfe der wissenschaftlichen Mitarbeiter ins europäische, aber auch ins außereuropäische Ausland. Die Honorierung der ärztlich wissenschaftlichen Tätigkeit übertrifft dort die aktuelle Situation in Deutschland um den Faktor 2 bis 5.

■ Fortsetzung auf Seite 3

■ Fortsetzung auf Seite 3

■ Fortsetzung von Seite 2

### Notwendige Schritte

Wir werden diese junge Ärztegeneration nicht in Deutschland halten und motivieren können, wenn

- ihnen höhere Arbeitszeiten (42 Stunden) ohne vollen Lohnausgleich angeboten werden,
- ihre Gehälter bei finanziellen Notlagen der Kliniken um 10 Prozent gekürzt werden können,
- ihnen die Vorteile anderer Berufsgruppen (Einmalzahlungen, Gehaltsfortzahlungen im Krankheitsfall, Weihnachtsgeld) verweigert werden.

### Unterzeichner

Dt. Ges. f. Innere Medizin (DGIM)  
 Dt. Ges. f. Angiologie (DGA)  
 Dt. Ges. f. Endokrinologie (DGE)  
 Dt. Ges. f. Hämatologie und Onkologie (DGHO)  
 Dt. Ges. f. Infektiologie e. V. (DGI)  
 Dt. Ges. f. Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN)  
 Dt. Ges. f. Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung (DGK)  
 Dt. Ges. f. Pneumologie (DGP)  
 Dt. Ges. f. Rheumatologie (DGRh)  
 Dt. Ges. f. Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)  
 Ges. f. Nephrologie (GfN)

Die vollständige Fassung des Statements finden Sie im Internet auf der Homepage der DGIM unter: [www.dgim.de](http://www.dgim.de)

medizinischen Leistungen führt zu einer Fülle von mehr oder weniger sinnvollen Nachfragen, die es gilt fristgerecht und rasch zu beantworten. Damit wird ein erheblicher Anteil der Arbeitskraft der Assistenzärzte von ihrem eigentlichen Aufgabenbereich, nämlich der Patientenversorgung, abgezogen.

### Lehre am Krankenbett als Zusatzleistung

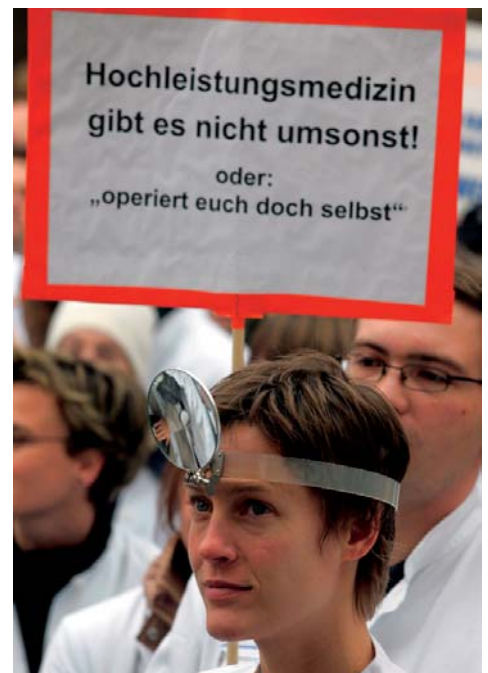
Während diese Belastungen auf alle Krankenhausärzte mehr oder weniger ausgeprägt zutreffen, haben die Ärzte an Universitätskliniken zusätzlich noch Aufgaben in der studentischen Lehre zu erfüllen. Durch die neue Approbationsordnung hat sich die Struktur des Medizinstudiums und der Lehre deutlich gewandelt und wird dem Unterricht in kleinen Gruppen und der Lehre am Krankenbett ein erheblich höherer Stellenwert gegeben. Dieser vermehrte Lehraufwand wird jedoch nicht durch aufgestockte personelle Ressourcen getragen, sondern wird den Universitätsärzten als zusätzliche Leistung abverlangt.

Schließlich sollte nicht unerwähnt bleiben, dass Universitätskliniken eigentlich auch Stätten der medizinischen Forschung sein sollen. Sowohl die vorherige als auch die jetzige Bundesregierung haben die Stärkung von Lehre und Forschung in Deutschland zu einem zentralen Thema ihrer Zukunftsperspektiven gemacht. Diese Absichten sind jedoch angesichts der in fast allen Bundesländern drastisch reduzierten Etats für Lehre und Forschung kaum nachvollziehbar. Dies bedeutet für die Ärzte an Universitätskliniken, dass Forschung eher zur persönlichen Angelegenheit wird und in der regulären Arbeitszeit keine Berücksichtigung findet.

### Keine Selbstaufopferung um jeden Preis

Die Summe dieser Belastungen hat die Ärzte nach langem, jahrelangem Zögern dazu veranlasst, an die Öffentlichkeit zu gehen und durch teilweise Niederlegung der Arbeit ihren Forderungen Nachdruck zu verleihen. Zwangsläufig führen diese Aktionen zu einer Beeinträchtigung der Patientenversorgung. Damit kein echter Schaden für Patienten entsteht, ist die Notfallversorgung abgesichert und werden nicht akut notwendige diagnostische und therapeutische Maßnahmen verschoben. Dennoch entsteht für die Ärzte ein Konflikt zwischen ihrer Aufgabe, Patienten zu versorgen und ihrem Bedürfnis, auf die eigene Situation aufmerksam zumachen. Wenn vereinzelt sogar geäußert wird, dass der Streik medizinisch unethisch sei, so sei dem entgegengesetzt, dass

die Ärzte die dargestellten Umstände jahrelang ertragen haben, dass sie wiederholt auf diese Situation aufmerksam gemacht haben, jedoch bislang kein Gehör fanden. Bei aller Verpflichtung dem Wohl des Patienten gegenüber, verlangt der medizinische Beruf und die medizinische Ethik jedoch nicht von den Ärzten die Selbstaufopferung um jeden Preis. Gerade im Hinblick auf eine gute Betreuung kranker Menschen kann diese Aufgabe nicht von völlig überlasteten und am Rande der Dekompensation stehenden Ärzten verantwortungsvoll ausgeübt werden.



Der Streik der Ärzte an den Universitätskliniken setzt jedoch noch ein wesentlich weitergehendes Signal. Der Streik ist nur vordergründig ein Streik der Assistenzärzte um bessere Arbeitsbedingungen und eine adäquate Vergütung. Letztendlich geht es bei diesem Streik auch um ihre weitere berufliche Zukunft und vor allem um die Zukunft der universitären Medizin. Von der Öffentlichkeit und selbst von einem Teil der eigenen Kollegen kaum wahrgenommen, finden bereits seit mehreren Jahren ähnliche Einschränkungen wie bei den Assistenzärzten auch im Bereich der mittleren und oberen Führung statt, das heißt im Bereich der Oberärzte und der Klinikdirektoren beziehungsweise Chefärzte. So sind die Gehaltsstufen für Professoren generell um eine Stufe herabgesetzt worden und erfolgen Berufungen in der Regel nur

■ Fortsetzung auf Seite 4

**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

noch befristet. So haben die Klinikdirektoren keinen Beamtenstatus mehr und erhalten zu Beginn ihrer Tätigkeit einen auf fünf Jahre befristeten Angestelltenvertrag. Diese Befristung ist grundsätzlich sinnvoll und zeitgemäß, bietet sie doch erstmals die Möglichkeit einer Art Probezeit. Dennoch muss hinterfragt werden, welchen Einfluss der von den Klinikdirektoren abverlangte Spagat zwischen bestmöglicher Patientenversorgung, engagierter studentischer Lehre und konkurrenzfähiger Forschung einerseits und den enger werdenden finanziellen Rahmenbedingungen andererseits auf die Entscheidung der Weiterverlängerung haben wird. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass auch an den Universitätskliniken Wirtschaftlichkeit und Budgeterfüllung für diese Entscheidung einen dominierenden Stellenwert haben werden und dass Patientenversorgung und Lehre, sowie erst recht die Forschung zu sekundären Erfolgsparametern werden. Schließlich wird die Attraktivität leitender Positionen an Universitätskliniken dadurch gemindert, dass das Recht zur Privatliquidation erheblich eingeschränkt oder gar völlig verwehrt wird und die entsprechenden Abrechnungen über die Klinikverwaltung erfolgen. Angesichts der Tatsache, dass die Verantwortung der Klinikdirektoren eher zunimmt und sie verstärkt auch für den wirtschaftlichen Erfolg ihrer Klinik zur Verantwortung gezogen werden, nimmt die Anzie-

hungskraft von Leitungspositionen an Universitätskliniken erheblich ab. 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. Falls diese Entwicklung anhält, ist es nicht prophetisch vorherzusagen, dass die Universitätskliniken ihre Position in der klinischen Forschung über kurz oder lang verlieren und auf den Status von Versorgungseinrichtungen reduziert werden. Man kann nur hoffen, dass der Streik auch diesen Gesichtspunkt erkennbar macht und dass entsprechende Korrekturen vorgenommen werden.

**Der Streik ist ein Kampf um die Zukunft der Medizin**

Der Streik der Ärzte ist daher ein Kampf um die Zukunft der Universitäts-Medizin. Er setzt ein mehrschichtiges und weitreichendes Signal, das nicht nur von der Bevölkerung und den Medien verstanden werden sollte. Er sollte vielmehr auch die politischen Entscheider zum Nachdenken anregen. Wir alle, das heißt auch wir Ärzte sollten es hören und uns gemeinsam mit den politisch Verantwortlichen im Gesundheitswesen um vernünftige Lösungen zum Wohle unserer Patienten aber auch zur Sicherung der universitären Medizin bemühen.“ ■



Das Gesetz über Qualität und Sicherheit von menschlichen Geweben und Zellen (Gewebebesetz) dient der Umsetzung der Richtlinie 2004/23/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31. März 2004 zur Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Spende, Beschaffung, Testung, Verarbeitung, Konservierung, Lagerung und Verteilung von menschlichen Geweben und Zellen.

Weitere Informationen finden Interessierte im Internet unter: [www.baek.de/30/Ethik/25Gewebebesetz/index.html](http://www.baek.de/30/Ethik/25Gewebebesetz/index.html)

**DGIM – aktiv**
**DGIM kritisiert „Gewebebesetz“**

**Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin hat in einem Brief an die Bundesgesundheitsministerin scharfe Kritik an dem im Referententwurf vorliegenden Gesetz über Qualität und Sicherheit von menschlichen Geweben und Zellen, dem so genannten Gewebebesetz geübt. Sie schließt sich damit entsprechenden Verlautbarungen der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft an.**

Die Problematik des Gewebegesetzes ist mehrschichtig. Zum einen muss das Gewebegesetz im Kontext mit bereits existierenden Rechtsverordnungen gesehen werden, wie dem Transplantationsgesetz und dem Arzneimittelgesetz.

Die im neuen Gesetz vorgesehenen Regelungen stehen zu den beiden anderen Gesetzen zum Teil im Widerspruch oder sehen artifizielle Trennungen vor, die sachlich nicht begründbar sind. So wird beispielsweise die hämatopoetische Stammzelltransplantation je nach Ort der Gewinnung von Stammzellen aus dem Knochenmark oder dem peripheren Blut in unterschiedlichen Gesetzen geregelt. Wesentlich gravierender ist jedoch die unzureichend definierte Gewichtung von Gewebe- und Zelltransplantationen gegenüber der Organtransplantation. Dies kann zu einer Verunsicherung von potenziellen Organspendern und damit zu einer weiteren Abnahme der Organtransplantationen führen. Außerdem birgt die vom neuen Gesetz

eingeräumte Möglichkeit einer Aufwandsentschädigung für den Spender die Gefahr einer kommerziellen Nutzung der Gewebespender. Diese Gefahr wird dadurch erhöht, dass die Gewinnung von Geweben und Zellen nur noch unter sehr hohen technischen und administrativen Auflagen möglich sein soll, die von den bisher für diese Aufgabe zuständigen Universitäts-

kliniken kaum noch erfüllbar sind. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin fordert daher die Gesundheitsministerin auf, diese Mängel abzustellen und sich vor der endgültigen Beschlussfassung von der Bundesärztekammer und den Fachgesellschaften kompetent beraten zu lassen. ■

*DGIM – aktiv*

## Entschließung der DGIM zur Weiterbildungsordnung

**Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) hat eine Entschließung zur Weiterbildungsordnung gefasst. Die DGIM definiert darin Voraussetzungen, die bei der Einführung einer neuen ärztlichen Weiterbildungsordnung unabdingbar seien: Ein klar strukturierter Truncus communis, eine einheitliche Bildungsordnung und die Anrechnung klinischer Forschung auf die ärztliche Weiterbildung.**

Jeder Internist müsse laut DGIM gemeinsame Grundlagen der Inneren Medizin, biologische Prinzipien von Krankheiten, internistisches Denken und Handeln am Patienten und allgemeine diagnostische und therapeutische Methoden erlernen. Dieser typisch internistisch-ganzheitliche Ansatz müsse in einem verbindlichen Truncus communis für die praktische ärztliche Tätigkeit umgesetzt sein. Der Truncus communis in allgemeiner Innerer Medizin sollte auch die Grundlage für die Anerkennung einer Weiterbildungsstätte bilden. Darüber hinaus umfasse dieses Curriculum die Vorgaben für die Befugnis zur Weiterbildung und deren Durch-

führung und Qualitätskontrolle. Die Qualität des Gelernten müsse der Arzt abschließend im Rahmen einer Prüfung belegen.

Die DGIM setzt sich darüber hinaus für eine – über die Grenzen der Landesärztekammern hinweg – einheitliche Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin/Gesamte Innere Medizin /Allgemeine Innere Medizin ohne organspezifischen Schwerpunkt ein: Ein Internist mit breit gefächertem Wissen müsse sowohl dem ambulanten als auch stationären Bereich erhalten bleiben.

Die Fachgesellschaft bekräftigt zudem ihre Forderung nach Anerkennung klinischer Forschung während der ärztlichen Weiterbildung. Denn bislang verlängern Phasen der Forschung die Weiterbildungszeit bis zum Facharzt Diplom. Dadurch würde heute ausgerechnet der besonders aktive klinische Nachwuchs benachteiligt. Dies gelte vor allem auch vor dem Hintergrund, dass bessere klinische Forschung in Deutschland allgemein gefordert sei. ■

*DGIM – aktiv*

## Neues aus der Akademie für Fort- und Weiterbildung in der Inneren Medizin



Die Akademie hat in den Jahren 2005 und 2006 sehr erfolgreich mehrere „Akademie-kurse Innere Medizin“ veranstaltet. Diese einwöchigen Kompaktveranstaltungen sind zum einen für junge Kolleginnen und Kollegen konzipiert, die sich auf die Facharztprüfung zum Internisten vorbereiten (Crashkurse). Denn während der Weiterbildung, besonders aber unmittelbar vor der Prüfung benötigen diese fachlich und didaktisch hochwertige

Vortragsveranstaltungen. Die „Akademie-kurse“ wenden sich aber auch an fertige Internisten, die nach mehrjähriger Tätigkeit in Praxis oder Klinik ihr Wissen im Gesamtgebiet der Inneren Medizin komplett auffrischen wollen (Refresherkurse).

Vertragsärzte müssen seit dem 1. Juli 2004 ihre kontinuierliche Fortbildung nachweisen und dabei innerhalb von fünf Jahren 250 CME/CPD-

Im Rahmen der Konferenzen der wissenschaftlichen Fachgesellschaften in der Inneren Medizin berät die DGIM gemeinsam mit Vertretern der verschiedenen Schwerpunktgesellschaften unter anderem die Weiterentwicklung eines strukturierten Curriculums zum Truncus communis in allgemeiner Innerer Medizin in der Weiterbildung zum Internisten.

Den ausführlichen **Beschluss des GBA** zur kontinuierlichen Fortbildung finden Interessierte im Internet unter: [www.g-ba.de/cms/front\\_content.php?idcat=148](http://www.g-ba.de/cms/front_content.php?idcat=148)

Informationen zu Akademiekursen in der zweiten Jahreshälfte 2006 finden Sie auf Seite 11.

Punkte erwerben. Anderenfalls ist mit Honorar einbußen und gegebenenfalls sogar mit dem Entzug der Kassenzulassung zu rechnen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 20.12.2005 eine entsprechende Regelung auch für Fachärzte im Krankenhaus beschlossen. Sie lehnt sich eng an die der Vertragsärzte im ambulanten Bereich an. Zwei Drittel der Fortbildungsmaßnahmen müssen fachspezifisch sein, für Internisten also das Gebiet der Inneren Medizin betreffen.

Die Akademiekurse basieren auf langjährigen Erfahrungen der lokalen Organisatoren. Die Referenten sind überwiegend Professoren, erfahrene Dozenten und Oberärzte, die ein sehr hohes fachliches und didaktisches Niveau garantieren. Die Veranstaltungsorte haben wir bewusst über das Bundesgebiet verteilt, um die Teilnahme möglichst wohnortnah zu ermöglichen. Vortragsthemen der „Akademiekurse“ umfassen das gesamte Gebiet der Inneren Medizin. Sie basieren auf den Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirates der Akademie, in dem unter anderem alle acht Schwerpunktgesellschaften der Inneren Medizin und die Deutsche Gesellschaft für Notfall- und Intensivmedizin in der Inneren Medizin vertreten sind. Die aktuellen Standards in Diagnostik und Therapie von der Angiologie bis zu den Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen werden referiert und mit den Teilnehmern diskutiert. Dabei beziehen die Referenten die aktuellen Leitlinien nationaler und internationaler Fachgesellschaften ein. Dazu werden wichtige Zusatzaspekte wie Klinische Infektiologie, Reisemedizin, Arzneimittelnebenwirkungen, akute Vergiftungen, Notfall- und Intensivmedizin sowie die Erstversorgung von Schlaganfallpatienten in eigenen Referaten behandelt.

Das wissenschaftliche Programm wird ausschließlich nach den Vorgaben der Akademie gestaltet, was sowohl die Themen als auch die Referenten betrifft. Basierend auf dem thematisch-inhaltlichen Grundkonzept der Akademie haben die lokalen Organisatoren in den Universitätskliniken beziehungsweise großen Lehrkrankenhäusern die Möglichkeit, zusätzlich eigene Akzente zu setzen. Die Industrie hat auf das Programm keinen Einfluss.

Bisher wurden Kurse in Wiesbaden, Stuttgart, Essen und Hamburg durchgeführt. Alle bisherigen Akademiekurse wurden von den Teilnehmern sehr gut angenommen und waren außerordentlich erfolgreich. Die Teilnehmerbefra-

gung ergab, dass diese zu 92 bis 98 Prozent mit den Kursen zufrieden bzw. sehr zufrieden waren, 98,5 Prozent fanden die Themen sehr interessant und informativ, 90 bis 94 Prozent der Teilnehmer wollten die Kurse weiter empfehlen.

Bei den ersten Kursen wurde ein TED-System eingesetzt. Dieses kosten- und zeitaufwändige Verfahren stieß jedoch seitens der Teilnehmer auf wenig Interesse: 40 Prozent waren interessiert, die übrigen standen dieser Methode uninteressiert oder sogar ablehnend gegenüber. Ein TED-System kommt deshalb zurzeit nicht zum Einsatz.

Die Kursteilnehmer bekommen abschließend eine Urkunde der Akademie und eine CD-ROM mit den Folien aller gehaltenen Vorträge, was die Nacharbeit zu Hause und die Vorbereitung auf die Facharztprüfung sehr erleichtert. Alle Akademiekurse sind von der zuständigen Landesärztekammer zertifiziert, die auch die entsprechenden CME/CPD-Punkte vergibt. In der Regel können die Teilnehmer bei einem einwöchigen Kurs etwa 46 CME-Punkte erwerben, also fast das komplette Kontingent eines Jahres.

Alle Referenten und Vorträge werden von den Kursteilnehmern mit dem Computersystem der Akademie bewertet. Die Teilnehmer haben dazu die Möglichkeit, auf den Evaluationsbögen ihre eigenen, oft sehr pointierten Kommentare abzugeben. Wir werten alle Bemerkungen einzeln aus und nehmen Anregungen und Kritiken gerne in unsere weiteren Planungen auf. Jeder Referent bekommt das Ergebnis seiner Beurteilung. Das gesamte Auswertungsergebnis dient der Akademie und den Kursleitungen dazu, weniger gut beurteilten Referenten Verbesserungsvorschläge aus dem Teilnehmerkreis für ihr nächstes Referat zu geben und, wenn nötig, sogar nicht gut beurteilte Referenten beim nächstjährigen Kurs durch andere zu ersetzen.

Die Akademie ist bemüht, das Niveau der „Akademiekurse“ wie der „Internistischen Wochenenden“ im Interesse der Inneren Medizin ständig zu verbessern und ist für konstruktive Vorschläge sehr dankbar.

*Prof. Dr. Jürgen Meyer  
Direktor der Akademie*

*Prof. Dr. Malte Ludwig  
stellvertretender Direktor der Akademie* ■



Die Akademie bietet für junge Ärztinnen und Ärzte Crashkurse für die Facharztprüfung.

*DGIM – aktiv*

## Deutsche Stiftung Innere Medizin

Weitere Informationen zur Deutschen Stiftung Innere Medizin finden Interessierte im Internet unter der Adresse: [www.stiftung-innere-medizin.de](http://www.stiftung-innere-medizin.de).

Spendenkonto der Deutschen Stiftung Innere Medizin:  
Deutsche Apotheker- und Ärztebank, BLZ 300 606 01  
Konto: 0007 555 555

Zum Jahreswechsel 2004/2005 wurde die Deutsche Stiftung Innere Medizin errichtet. Zweck der Stiftung ist die Förderung der Wissenschaft und Forschung auf dem gesamten Gebiet der Inneren Medizin. Die Stiftung soll die rückläufigen staatlichen Förderungen ergänzen. Sie wurde als Kapitalstiftung konzipiert. Das heißt: Die Stiftungsziele sollen nur unter Nutzung der Zinserträge gefördert werden. Dies bedeutet, dass nur vier bis fünf Prozent des Stiftungskapitals zur Förderung von Projekten zur Verfügung stehen kann. Ein großer Kapitalstock ist zur effektiven Förderung somit notwendig. Das Konzept ermöglicht andererseits eine langfristige Realisierung der Stiftungsziele.

In den vergangenen etwa anderthalb Jahren hat die Stiftung etwas mehr als 300.000 Euro einwerben können. Zustiftungen und Spenden von Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, von Industrieunternehmen, von Patienten und Angehörigen sowie von Freunden, die auf ihre Geburtstagsgeschenke zu Gunsten der Stiftung verzichtet haben, haben dazu beigetragen, dieses Kapital aufzubauen.

Die Stiftung ist jedoch nach wie vor auf Ihrer aller Mithilfe angewiesen. Denn sie ist eine Mitgliederstiftung. Falls jedes Mitglied der DGIM einmalig 100,- Euro spenden würde (Spendenquittungen sind steuerlich absetzbar) käme bei mehr als 15.000 Mitgliedern schnell ein Stiftungskapital von mehr als anderthalb Millionen Euro zusammen.

Deshalb meine Bitte an Sie, denken Sie an die Deutsche Stiftung Innere Medizin sofort oder zu einem späteren Zeitpunkt des Jahres und ziehen Sie die Stiftung in Ihre Spendenüberlegungen mit ein. Verweisen Sie Patienten oder Angehörige auf die Stiftung, falls man sich bei Ihnen bedanken möchte. Wir freuen uns über jede Geburtstag- oder Kondolenz-Zustiftung.

Die DGIM hält die Stiftung für wichtig, um das klassische ganzheitliche und integrative Denken und Handeln des Internisten zu stützen und zu fördern. Ab 2006 wird die Deutsche Stiftung Innere Medizin jährlich den Preis „Prävention in der Inneren Medizin“ verleihen. Er wird mit 5.000 Euro dotiert werden.

*Prof. Dr. Manfred Weber, Köln* ■

*DGIM – aktiv*

## Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin mit neuem Sitz

Die neue Postanschrift der DGIM-Geschäftsstelle lautet:  
Irenenstraße 1  
65189 Wiesbaden.

Die übrigen Kommunikationsdaten bleiben unverändert.

Das Team der Geschäftsstelle ist weiterhin täglich wie folgt erreichbar:

Tel: 0611 - 205 80 40 - 0;  
Fax: 0611 - 205 80 40 - 46;  
E-Mail: [info@dgim.de](mailto:info@dgim.de).

Die Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) hat in Wiesbaden neue Räume bezogen. Seit ihrer Gründung im Jahre 1882 ist die DGIM in der Hessischen Landeshauptstadt angesiedelt. Mit mittlerweile 15.500 Mitgliedern gehört sie zu den größten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Deutschland. Dieser Entwicklung tragen auch die neuen Räumlichkeiten Rechnung.

Denn die DGIM hat das „Haus der Internisten“ aus Platzgründen verlassen und ist in einen

modernen Neubau ebenfalls in Wiesbaden umgezogen. Der gemeinsame Sitz der DGIM mit dem Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) konnte den räumlichen Ansprüchen der Geschäftsstelle der DGIM nicht länger gerecht werden: Das „Haus der Internisten“ in der „Schönen Aussicht“ in Wiesbaden beherbergte den Berufsverband und die wissenschaftliche Fachgesellschaft aller Internisten unter einem Dach – Ausdruck eines ideellen und berufspolitischen Programms von großer Bedeutung. Mittlerweile ist dieses gemeinsame Dach für die immer größer werdende Fachgesellschaft zu klein geworden. ■



Klinische Weiterbildung an Universitäten und akademischen Lehrkrankenhäusern erlaubt strukturierte Lehre und patientennahe Weiterbildung. Diese Häuser sind quantitativ und qualitativ auf hohem Niveau ausgestattet. Dadurch intensiviert sich für Assistenzärzte die Weiterbildung am Patienten. Aufgrund vergleichsweise hoher Mitarbeiterzahlen haben sie weniger Routineaufgaben zu erledigen – was ihnen Freiräume für weiterbildungsrelevante Arbeit schafft.

## Assistenzärzte sollen Forschung auf Weiterbildung anrechnen können

**Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin setzt sich dafür ein, dass Zeiten klinischer Forschung als Weiterbildung anerkannt werden. Notwendig macht dies vor allem der Mangel an ärztlichem Nachwuchs und die von allen Seiten angemahnte Förderung von Wissenschaft und Forschung in Deutschland. Internisten in der Weiterbildung sollten deshalb bis zu einem Jahr Forschungstätigkeit geltend machen können. In ihrem aktuellen Positionspapier fordert die Fachgesellschaft, dies in die (Muster-) Weiterbildungsordnung aufzunehmen.**

Mit diesem Vorstoß will die DGIM Forschung in Deutschland intensivieren und gleichzeitig die ärztliche Weiterbildung bereichern: Die Forschungstätigkeit von Assistenzärzten in der Inneren Medizin spiele in doppelter Hinsicht eine entscheidende Rolle. Von ihr hängt zum einen der medizinische Fortschritt ab, zum anderen entwickeln junge Mediziner dadurch hohe klinische und wissenschaftliche Kompetenz – wovon wiederum der Patient unmittel-

bar profitiert, betont der Vorstand. Demzufolge schließt der Vorschlag der DGIM vor allem patienten- und krankheitsgerichtete Forschung ein, aber auch grundlagenorientierte Projekte, die zum Verständnis der Krankheit beitragen. Die Assistenzärzte werden dabei durch den jeweiligen Weiterbildungsbefugten angeleitet und qualifiziert.

Ein Ziel der internistischen Weiterbildung ist es, tiefgehende Kenntnisse in Erkrankungen zu gewinnen. Gegen mögliche Defizite in diesem Bereiche geht die DGIM mit ihrem Vorschlag aktiv vor: Ärzte, die im Rahmen ihrer Weiterbildung wissenschaftlich arbeiten, könnten gerade dadurch ein vertieftes Verständnis der Pathophysiologie gewinnen. International zeichnet sich diese Entwicklung deutlich ab. Länder wie Großbritannien, Italien oder die Niederlande rechnen klinische Forschung bereits auf die Weiterbildungszeit zum Internisten beziehungsweise zum internistischen Spezialisten an. Auch Deutschland wird dies zukünftig zu berücksichtigen haben. ■

## DGIM – Kongress

### Ausblick 2006/2007 – Wolfgang Hiddemann neuer 1. Vorsitzender der DGIM

**Neuer 1. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) ist Professor Dr. med. Wolfgang Hiddemann. Der Krebspezialist aus München löst damit Professor Dr. med. Werner Seeger im Amt ab. Im 125. Jahr nach Gründung der DGIM ist Professor Hiddemann auch Kongresspräsident des 113. Internistenkongresses, der vom 14. bis 18. April 2007 in Wiesbaden stattfinden wird.**

Professor Hiddemann leitet seit 1998 die Medizinische Klinik III des Klinikums der Universität München-Großhadern. Der gebürtige Kölner studierte von 1968 bis 1974 Humanmedizin in Bonn und Münster. Er gastierte als Wissenschaftler am Memorial Sloan Kettering Cancer Center in New York, USA. Seine Facharztanerkennung als Arzt für Innere Medizin sowie später die Gebiets-

bezeichnung für Hämatologie erwarb Professor Hiddemann an der Universität Münster. Von 1992 bis 1998 war der Hämatologe Direktor der Abteilung für Hämatologie und Onkologie, Innere Medizin, an der Georg-August-Universität Göttingen.

Als 1. Vorsitzender der DGIM ist Professor Hiddemann für das inhaltliche Programm des Internistenkongresses 2007 verantwortlich. Sein Leitthema ist „Hochleistungsmedizin mit Menschlichkeit“. Dementsprechend werden neben klinischen und wissenschaftlichen Fragen auch patientenorientierte Veranstaltungen durchgeführt. Darunter setzt das erstmals stattfindende „Patientenforum Innere Medizin“ auf dem Rathausplatz in Wiesbaden einen besonderen Akzent. Im Mittelpunkt der fachlichen Diskussionen stehen die Themen

**Kontakt:**  
Kongresssekretariat  
Klinikum der Universität  
München-Großhadern  
Medizinische Klinik und  
Poliklinik III  
Marchioninistraße 15  
81377 München  
Tel: 089 70 95 55 30  
Fax: 089 70 95 55 50  
E-Mail: dgim2007@med.uni-  
muenchen.de

Molekulare Medizin, der ältere Patient, interdisziplinäre Onkologie und Versorgungsstrukturen in Deutschland.

Dem DGIM-Vorstand 2006/2007 gehört neben Professor Hiddemann Professor Werner Seeger, Direktor der Medizinischen Klinik II und Ärztlicher Geschäftsführender Direktor der Universitätsklinik Gießen und Marburg GmbH (UKGM) als 1. stellvertretender Vorsitzender an. Generalsekretär bleibt Professor Dr. med. Hans-Peter Schuster aus Hildesheim, Kassensführer ist Professor Dr. med. Richard Raedsch aus Wiesbaden. Zudem ist Professor Dr. med. Georg Ertl aus Würzburg 2. stellvertretender Vorsitzender und wird den Internistenkongress 2008 ausrichten. Zum 3. stellvertretenden Vorsitzenden wurde Professor Dr. med. Reinhard Kolloch aus Bielefeld gewählt. ■



**8.500** Teilnehmer besuchten den 112. Internistenkongress in Wiesbaden. Sie informierten sich in mehr als **700** Vorträgen, Sitzungen, Symposien und zahlreichen Kursen. Auf etwa **3.400** Quadratmetern Ausstellungsfläche stellten **116** Firmen ihre neuesten Produkte vor.

## Internistenkongress in Wiesbaden erfolgreich abgeschlossen

**Der 112. Internistenkongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) in Wiesbaden ist erfolgreich zu Ende gegangen. Rund 8.500 Teilnehmer besuchten während der Kongresstage die verschiedenen Symposien und Vorträge und nahmen an Kursen, Industriesymposien und Patientenveranstaltungen teil.**

Die diesjährigen Hauptthemen des Kongresses – regenerative Medizin und individualisierte Therapie – waren zukunftsweisend ausgewählt: „Damit werden neue diagnostische und therapeutische Optionen erkennbar, die das Gesicht der Inneren Medizin innerhalb der nächsten zwei Jahrzehnte dramatisch verändern werden – und einige dieser neuen Ansätze haben die Schwelle der klinischen Umsetzung bereits überschritten“, betonte Professor Dr. med. Werner Seeger, Gießen.

Eine besonders wichtige Rolle räumte die DGIM auf ihrer 112. Jahrestagung der Förderung des ärztlichen Nachwuchses ein. „Etwa 50 Prozent unserer jungen Mediziner verlieren wir für den kurativen Bereich – sie werden nicht mehr ärztlich tätig“, gab Professor Seeger zu bedenken. In drei umfassenden Foren konnten sich angehende Ärzte entsprechend über Berufseinstieg und Karriereplanung informieren.

Postersitzungen und Preise für wissenschaftliche Arbeiten junger Ärzte boten zusätzlichen Anreiz. Für die Verleihung des „Young Investigator’s Award“ fand erstmals eine Veranstaltung statt, in der die Autoren der besten Arbeiten ihre Ergebnisse vorstellten und mit dem Publikum diskutierten.

Ebenfalls neu im Programm: In täglichen morgendlichen „Tutorials“ boten Experten Übersichtsreferate zu ausgewählten Themen. In „Clinical Year in Review“ brachten sich praktisch tätige Ärzte über neueste Entwicklungen aus den verschiedenen Schwerpunktbereichen der inneren Medizin auf den aktuellen Wissensstand. „Ein großer Teil des Kongresses bestand vor allem in vielfältiger praktisch-klinischer Fortbildung auf höchstem Niveau“, urteilte Professor Seeger.

Zahlreiche Betroffene informierten sich in öffentlichen Patientenforen über Herzerkrankungen, Diabetes und Organtransplantationen. In der Industrieausstellung stellten sich 116 Firmen vor. Sie zeigten dort neue Produkte aus Pharmaforschung und Medizintechnik. Etwa 3.400 Quadratmeter Ausstellungsfläche der Rhein-Main-Hallen waren während des diesjährigen Internistenkongresses belegt. ■

## DGIM – Korporative Mitglieder

### Terminhinweis

#### Das Herbstsymposium der Korporativen Mitglieder der DGIM „Der sanktionierte Arzt – Zum (Un-)Wohl des Patienten?“

Dienstag, 10. Oktober 2006,  
9.00 bis 12.00 Uhr, Hotel  
Nassauer Hof, Kaiser-Friedrich-  
Platz 3-4, Wiesbaden

Information:  
[www.dgim.de](http://www.dgim.de).

### Herbstsymposium der Korporativen Mitglieder

Das Herbstsymposium der Korporativen Mitglieder der DGIM wird sich unter dem Titel „Der sanktionierte Arzt – Zum (Un-)Wohl des Patienten?“ mit den Auswirkungen des Arzneimittelversorgungswirtschaftlichkeitsgesetzes (AVWG) beschäftigen. Es soll herausgearbeitet werden, welche Auswirkungen das AVWG auf die Therapie des Patienten hat und wie der Forderung nach Therapiefreiheit des Arztes

Nachdruck verliehen werden kann. Die Problematik und Auswirkung dieses Gesetzes, das am 1. Mai 2006 in Kraft getreten ist, soll aus dem Blickwinkel eines Juristen, eines führenden Repräsentanten des gemeinsamen Bundesausschusses, eines niedergelassenen Kollegen und aus dem Blickwinkel des betroffenen Patienten beleuchtet werden. ■

### Frühjahrssymposium: Nutzenbewertung von Arzneimitteln

**Bei der Bewertung von Arzneimitteln treten zukünftig neben medizinischen Gesichtspunkten verstärkt wirtschaftliche Aspekte in den Vordergrund. Welche Chancen, aber auch welche Risiken in der Nutzenbewertung von Arzneimitteln liegen, diskutierten Vertreter von Ärzten, Krankenkassen, Patienten und Industrie auf dem 112. Internistenkongress im Rahmen des Symposiums der Korporativen Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM).**

Die Forschung bringt laufend neue Verfahren und Methoden zur Diagnose und Therapie verschiedenster Erkrankungen hervor. Gleichzeitig ist das Geld in den Kassen knapp – nicht nur in Deutschland, sondern in nahezu allen Gesundheitssystemen der Welt. Einsparungen sind aus diesem Grund in Zukunft unvermeidbar. International haben sich so genannte „Health Technology Assessment“- (HTA-) Berichte bewährt: Sie beziehen gesundheitsökonomische Aspekte in die Nutzenbewertung von Medikamenten ein und verbessern auf diese Weise Effektivität und Qualität der medizinischen Versorgung. „Eine von Leistungsanbietern unabhängige Institution sollte die wissenschaftliche Sachlage bewerten, um eine sachliche Grundlage für jede Rationierungsentscheidung zu liefern“, sagte Professor Dr. rer. pol. Wolfgang Greiner vom Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement der Universität Bielefeld in Wiesbaden. „Die Nutzenbewertung der Arzneimittel bietet dabei

eine herausragenden Chance für einen rationalen Mitteleinsatz“, urteilte auch Hardy Müller, Vertreter der Techniker Krankenkasse, im Rahmen des Symposiums in Wiesbaden.

„Die Nutzenbewertung ist auch aus Sicht der Patienten unzweifelhaft nötig“, sagte Dr. med. Ulf Maywald vom Institut für klinische Pharmakologie der Technischen Universität Dresden. Dies erhöhe unter anderem die Sicherheit der Patienten, indem gefährliche Arzneimittel ausgeschlossen würden. Starre, standardisierte Nutzenbewertung berge jedoch Gefahren: „Auch wirksame Arzneimittel würden möglicherweise ausgeschlossen und Patienten könnten für sie relevante Arzneimittel dadurch verwehrt werden“. So genannte Patient-Reported-Outcomes (PORS) könnten dazu beitragen, die Sichtweise von Patienten stärker einzubinden.

Der gezielte Einsatz der vorhandenen Ressourcen bei ausgewählten Patientengruppen ist auch aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sinnvoll. Wichtig sei es, Nutzen und Wirksamkeit in der täglichen Praxis verstärkt zu betrachten. „Das Instrument der Anwendungsbeobachtung ist dafür prädestiniert“, ergänzte Dr. rer. nat. Eva Susanne Dietrich, Leiterin der Abteilung Arzneimittel der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Berlin. Sie seien geeignet, um unerwünschte Ereignisse zu dokumentieren und Ärzte mit bestimmten Arzneimitteln vertraut zu machen. Gleichzeitig können sie wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse zum Nutzen liefern. ■

## Termine

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

3. bis 8. Juli 2006  
Heidelberg

4. bis 8. September 2006  
Dresden

11. bis 16. September 2006  
Köln/Bonn

11. bis 27. September 2006  
Bad Segeberg/Kiel

18. bis 22. September  
Erfurt

25. bis 29. September 2006  
Halle und München

Informationen zu Leitung, Anmeldung und Organisation der Kurse finden Interessierte im Internet unter [www.dgim.de](http://www.dgim.de)

### 18. bis 22. September 2006 Deutscher Ärztekongress Berlin

Internet:[www.deutscher-aeztekongress.de](http://www.deutscher-aeztekongress.de)

### 29. und 30. September 2006 Internistisches Wochenende Hamburg

Informationen erhalten Interessierte bei der Akademie für Fort- und Weiterbildung in der Inneren Medizin im Internet unter: [www.akademie-innere-med.de](http://www.akademie-innere-med.de)

### 17. Oktober 2006 Deadline Einreichung Theodor-Frerichs-Preis 2007

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

## DGIM – Personalia

### DGIM gratuliert Reinhard Aschenbrenner zum 100. Geburtstag

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) gratuliert ihrem Ehrenmitglied Professor Dr. med. Dr. med. h.c. Reinhard Aschenbrenner zum 100. Geburtstag. Der in Hamburg lebende Internist ist seit 58 Jahren Mitglied der DGIM.

Am 15. Juni 1906 wurde Reinhard Aschenbrenner in München geboren. Er habilitierte sich im Jahr 1938. Die Universität Hamburg berief ihn 1944 zum außerplanmäßigen Professor für Innere Medizin. Von 1946 bis 1971 wirkte er als Chefarzt der Medizinischen Abteilung und als Ärztlicher Direktor am Allgemeinen Krankenhaus Hamburg-Altona. Schwerpunkte seiner wissenschaftlichen Arbeiten lagen auf dem Gebiet der Herz-, Kreislauf- und Infektionskrankheiten, der Arzneimitteltherapie und -sicherheit. In seiner aktiven Zeit hat er unter anderem die internistische Intensivmedizin entscheidend beeinflusst. Im Jahre 1953 veröffentlichte er beispielsweise seine Erkenntnisse über künstliche Dauerbeatmung mit Hilfe der „Eisernen Lunge“ zur Therapie der Atemlähmung. Diese haben maßgeblich dazu beigetragen, dass erste Intensivstationen in deutschen Krankenhäusern entstanden.

Nach seiner Pensionierung war Professor Aschenbrenner als niedergelassener Internist tätig. Zahlreiche Fachgremien holten seinen Rat ein – bis weit über diese Zeit hinaus. Bis 1977 war er Vorsitzender der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft. Im selben Jahr erhielt er mit der Paracelsus-Medaille die höchste Auszeichnung der deutschen Ärzteschaft. Als einer der „Väter“ der klinischen Pharmakologie erhielt Professor Aschenbrenner für seine Leistungen auf diesem Gebiet die Ehrendoktorwürde der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg. Im Jahr 2001 zeichnete der Hamburger Senat den Internisten mit der Medaille für treue Arbeit im Dienste des Volkes in Silber aus. ■

### Maximilian Broglie von journalistischem Fachverband geehrt

Die Vereinigung der Deutschen Medizinischen Fach- und Standespresse e.V. (FSP) hat Maximilian Broglie, Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), zu ihrem Ehrenmitglied ernannt. Rechtsanwalt Broglie war lange Jahre Beisitzer im Vorstand der FSP und hat sich für den journalistischen Fachverband umfassend engagiert. Die Verleihung fand auf der Mitgliederversammlung der FSP – anknüpfend an den 112. Internistenkongress – in Wiesbaden statt.

Maximilian Broglie stammt aus Gießen und studierte unter anderem in Marburg und Adelaide/Australien Rechtswissenschaften und Betriebswirtschaft. Neben zahlreichen juristischen Fachveröffentlichungen hat Broglie Publikationen zum Arzt- und Vertragsarztrecht verfasst und ist Herausgeber verschiedener Fachbücher und Zeitschriften zum Thema Arzt und Recht. Im Jahr 1995 wurde er mit dem Arzt-Recht-Preis ausgezeichnet. Seit 2003 ist der Jurist Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und leitet die Geschäftsstelle der DGIM. Vor allem im rechtlichen Bereich hat sich Broglie auch für die FSP intensiv eingesetzt. Sein langjähriges Engagement honoriert der journalistische Verein nun mit einer Ehrenmitgliedschaft.



Die Vereinigung der Deutschen Medizinischen Fach- und Standespresse e.V. wurde 1894 gegründet. Sie fördert den freien, unabhängigen Wissenschaftsjournalismus im Bereich der medizinischen Fachpresse. ■

Der **Theodor-Frerichs-Preis** ist nach dem ersten Präsidenten der Deutschen Gesellschaft 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.

Die Originalarbeit von Professor Duska Dragun ist im *New England Journal of Medicine* 2005; 352:2027-2028, May 12, 2005 erschienen.

Die DGIM verleiht den **Präventionspreis** jährlich für die beste aus dem deutschsprachigen Raum vorgelegte Arbeit auf dem Gebiet der Primär- und Sekundär-Prävention innerer Erkrankungen. Stifter des Preises ist der Internist und Kardiologe Professor Dr. med. Dieter Klaus, Dortmund. Sowohl experimentelle Ergebnisse als auch epidemiologisch interessante Fragestellungen kommen für die Preisverleihung in Betracht.

Weitere Informationen zur Arbeit von Dr. Christine Graf bietet die „Plattform Ernährung und Bewegung e.V. (peb)“ im Internat unter: [www.ernaehrung-und-bewegung.de](http://www.ernaehrung-und-bewegung.de)

## Theodor-Frerichs-Preis für Berliner Wissenschaftlerin

Nach einer Nierentransplantation bewirken Abwehrstoffe des Empfängers gegen den Angiotensin-II-Rezeptor häufig eine Abstoßungsreaktion. Für diese grundlegend neuen Erkenntnisse zeichnete die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) Professor Dr. med. Duska Dragun aus Berlin auf dem 112. Internistenkongress in Wiesbaden mit dem Theodor-Frerichs-Preis 2006 aus. Der Preis ist mit 20.000 Euro dotiert.

Die Internistin vom Center for Cardiovascular Research an der Charité untersuchte Patienten, die nach einer Nierentransplantation an Bluthochdruck litten. Es zeigte sich, dass deren Blut körpereigene Antikörper gegen den Angiotensin-II-Rezeptor aufwies. Dieses Eiweißmolekül sitzt in den Wänden der Blutgefäße, reguliert die Gefäßweite und darüber Blutdruck und Salzhaushalt im Körper. Die Antikörper aktivieren diesen Rezeptor. Eine Überstimulation kann zu Bluthochdruck führen. Schließlich können auch die Blutgefäße Schaden nehmen. Völlig neu ist, dass dieser Mechanismus auch bei Abstoßungsreaktionen auf Spenderorgane eine zentrale Rolle spielt und die transplantierte Niere schädigen kann. Die Rolle des Angiotensinrezeptors erforschte Professor Dragun vorwiegend an Ratten.



Darüber hinaus konnte sie zeigen, dass eine Blockade des Rezeptors Organschäden verhindern kann. „Damit liefert ihre Arbeit nicht nur einen wichtigen Beitrag für das Verständnis der Transplantatabstoßung, sondern auch mögliche Behandlungsstrategien“, begründete das Preiskomitee der DGIM die Entscheidung. Denn der Anteil der Patienten, die trotz Dämpfung des Immunsystems die transplantierte Niere im ersten Jahr nach der Operation nicht annehmen, liegt noch immer bei 10 bis 15 Prozent. Diese Patienten sind erneut mitunter jahrelang auf eine Dialyse angewiesen. ■

## Präventionspreis für Kölner Sportmedizinerin

Fachübergreifende Interventionsprogramme können das Körpergewicht und den Blutdruck übergewichtiger Kinder bereits im Grundschulalter senken und ihre körperliche Leistungsfähigkeit steigern. Dies belegen Untersuchungen von Dr. Christine Graf von der Deutschen Sporthochschule in Köln. Im Rahmen des 112. Internistenkongresses verlieh die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) der Wissenschaftlerin für ihre Studien den Präventionspreis. Der Preis ist mit 5.000 Euro dotiert.

Ziel der Arbeit war es herauszufinden, was das Bewegungs- und Ernährungsverhalten von Kindern verbessert. Denn Übergewicht, Bluthochdruck und Diabetes mellitus stellen bereits im Kindesalter bedeutende Risiken für Gefäßerkrankungen im Erwachsenenalter dar. Dazu wertete Dr. Graf die Daten von 1.678 Grundschulern aus sieben deutschen Grundschulen hinsichtlich des Verhältnisses von Körpergewicht, Bauch- und Hüftumfang und Blutdruck aus. Die Leistungsfähigkeit der Kinder erfasste sie über einen 6-minütigen Dauerlauf. 17,8 Prozent der untersuchten Kinder waren übergewichtig und leistungsschwächer als normal- oder untergewichtige Kinder. Außerdem hatten diese Kinder einen höheren Blutdruck und erhöhten Bauch- und Hüftumfang.



40 übergewichtige Kinder nahmen daraufhin an einem 30-wöchigen Interventionsprogramm teil: Die Kinder kochten zwei Mal wöchentlich unter Anleitung und trieben 60 bis 90 Minuten Sport. Die Eltern konnten sich an Elternabenden über die Themen „Medizinische Hintergründe“, „Ernährung“, „Verhaltensmodifikation“ und „Familienangebote“ informieren. Nach neun Monaten zeigte sich, dass die übergewichtigen Kinder mithilfe des Interventionsprogramms weniger an Gewicht zunahmen, als Kinder ohne Begleitprogramm. Darüber hinaus senkte das Programm den Blutdruck und verbesserte die Ausdauerleistung. ■

## Impressum

**Herausgeber:**

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

**Geschäftsstelle:**

Hausanschrift:  
Irenenstraße 1  
65189 Wiesbaden

Postfachadresse:  
Postfach 2170  
65011 Wiesbaden

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

**Redaktion:**

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

## Young Investigator's Award für Arbeit zur Wegener-Granulomatose

Für das beste Poster der unter 35-jährigen Autoren verlieh die DGIM Julia Holle vom Universitätsklinikum Schleswig -Holstein, Campus Lübeck, auf dem diesjährigen Internistenkongress den ersten Platz beim Young Investigator's Award. Mit dem Preis prämiiert die DGIM die Arbeit „PR3 induzierte Reifung dendritischer Zellen mit Induktion eines Th1-ähnlichen CD4+-T-Zell-Phänotyps in der Wegener-Granulomatose“.

Auch in diesem Jahr nahm je eine Arbeit 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. ■



## Presseschau

### Revolution in Weiß

(...) Am liebsten würden sich die Hochschulkrankenhäuser ganz ohne Beteiligung der Länder mit den Ärzten einigen. „Einheitstarifverträge helfen uns nicht weiter“, sagt Strehl (Rüdiger Strehl, Direktor der Uniklinik in Tübingen und Vorsitzender des Verbands der Universitätsklinika, Anm. d. Red.). Sinnvoller wären Haustarifverträge. Für nichtwissenschaftliche Mitarbeiter gibt es an einigen Kliniken schon.

Doch auch dazu wird es nicht kommen. Die Ärzte können dennoch zufrieden sein. Denn immer deutlicher zeigt jener Vorteil Wirkung, den sie gegenüber allen anderen Berufsgruppen im Tarifstreit haben: Ohne Ärzte geht es nicht.

Quelle: Die Zeit ■

### Internisten fordern: „Forschung zukünftig auf Weiterbildung anrechnen“

Wiesbaden – Assistenzärzten sollten Zeiten klinischer Forschung als Weiterbildung angerechnet werden. Das hat die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) gefordert. Notwendig mache dies der Mangel an ärztlichem Nachwuchs und die von vielen Seiten angemahnte Förderung von Wissenschaft und Forschung in Deutschland. Internisten in der Weiterbildung sollten bis zu einem Jahr Forschungstätigkeit geltend machen können, so die DGIM. (...)

Quelle: Deutsches Ärzteblatt ■