

**Jahres-Pressekonferenz der  
Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM)**

## **Innere Medizin im Wandel: Warum Geschlecht ein medizinischer Faktor ist**

**Termin:** Donnerstag, 29. Januar 2026, 12.00-13.00 Uhr

**Ort:** online

### **Themen und Referierende:**

#### **Wissenschaft für eine moderne Innere Medizin: Welche Themen die DGIM heute und morgen prägen**

Univ.-Professorin Dr. Dr. med. Dagmar Führer-Sakel

*Vorsitzende der DGIM, Direktorin der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und  
Stoffwechsel am Universitätsklinikum Essen*

#### **Hormonell verschieden, aber medizinisch gleich behandelt? Warum die Innere Medizin geschlechtersensibler werden muss**

Professorin Dr. med. Petra-Maria Schumm-Draeger

*Sprecherin der DGIM-Kommission Geschlechtersensible Medizin, Ärztliche  
Direktorin, Zentrum/Innere Medizin/Fünf Höfe, München*

#### **Geschlecht als Risikofaktor: Was die Medizin in Deutschland von anderen Ländern lernen kann**

Professorin Dr. med. Ute Seeland

*Leiterin der Sektion Geschlechtersensible Medizin und Prävention mit  
Hochschulambulanz, Medizinische Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität  
Magdeburg*

#### **Personalisierte Kardiologie: von der Wissenschaft in die Klinik**

Professor Dr. med. Georg Ertl

*Generalsekretär der DGIM, Internist und Kardiologe aus Würzburg*

#### **Die DGIM als starke Stimme der Inneren Medizin**

Dr. iur. Oliver Franz

*Geschäftsführer der DGIM, Wiesbaden*

**Moderation:** Anne-Katrin Döbler, DGIM-Pressestelle, Stuttgart

### **Ihr Kontakt für Rückfragen:**

DGIM Pressestelle – Dr. Andreas Mehdorn

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-313

E-Mail: [mehdorn@medizinkommunikation.org](mailto:mehdorn@medizinkommunikation.org)

[www.dgim.de](http://www.dgim.de) | [www.instagram.com/dgim\\_ev/](https://www.instagram.com/dgim_ev/) | [www.linkedin.com/company/dgim-ev](https://www.linkedin.com/company/dgim-ev)

## **STATEMENT**

### **Wissenschaft für eine moderne Innere Medizin: Welche Themen die DGIM heute und morgen prägen**

*Univ.-Professorin Dr. Dr. med. Dagmar Führer-Sakel, Vorsitzende der DGIM, Direktorin der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Stoffwechsel am Universitätsklinikum Essen*

Die Innere Medizin steht vor einem tiefgreifenden Wandel. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse, technologische Innovationen und ein wachsendes Verständnis davon, wie sich biologische Unterschiede zwischen den Menschen auf Erkrankungen und ihre Behandlung auswirken, verändern wie wir Krankheiten diagnostizieren, behandeln und verhindern. Als Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin wollen wir diese Entwicklungen nicht nur begleiten, sondern aktiv mitgestalten.

Einige der Themen, mit denen wir uns aktuell und in Zukunft intensiv befassen, haben wir im vergangenen Jahr in einem Strategiepapier zusammengeführt. Zentral ist für uns dabei eine klare Haltung: In der Medizin muss die Ökonomie der Wissenschaft folgen, nicht umgekehrt! Medizinische Entscheidungen sollten sich an wissenschaftlicher Evidenz und am Nutzen für Patientinnen und Patienten orientieren. Dafür braucht es Strukturen, die eine qualitätsgesicherte Versorgung ermöglichen, und den Mut, Über- und Fehlversorgung konsequent zu vermeiden. Initiativen wie „Klug entscheiden“ stehen exemplarisch für diesen Anspruch, evidenzbasierte Medizin in den Versorgungsalltag zu übersetzen.

Denn eine moderne Innere Medizin wird sich daran messen lassen müssen, wie gut es gelingt, wissenschaftliche Erkenntnisse in eine bessere Versorgung unserer Patientinnen und Patienten zu übersetzen. Dass auch die Politik hier richtige Signale gibt, sehen wir am Motto des Wissenschaftsjahres 2026, das vergangene Woche gestartet ist und sich mit der Medizin der Zukunft befasst. Das ist genau das Anliegen, das wir als Fachgesellschaft seit jeher vertreten und das wird auch beim kommenden Internistenkongress in 3 Monaten in Wiesbaden unter dem Motto „Paradigmenwechsel in der Inneren Medizin“ verfolgt werden. Schließlich bietet die DGIM dafür den idealen Rahmen. Denn unsere Mitgliedschaft vereint universitäre Spitzenforschung genauso wie die tägliche Versorgung in Ambulanzen, Haus- und Facharztpraxen. Aus dieser Verbindung erwächst die Verantwortung, medizinischen Fortschritt im Alltag wirksam werden zu lassen.

Im klinischen Alltag zeigt sich dieser Anspruch besonders deutlich dort, wo medizinisches Wissen an seine Grenzen stößt – etwa bei seltenen Erkrankungen. Viele der Patientinnen und Patienten, die an einer seltenen Erkrankung leiden, haben lange Krankheitsgeschichten hinter sich, bevor eine gesicherte Diagnose gestellt werden kann. Für die Innere Medizin sind seltene Erkrankungen jedoch von besonderer Bedeutung: Indem wir die Krankheitsmechanismen seltener Erkrankungen erforschen und verstehen, gewinnen wir wichtige Impulse für das Verständnis und die Behandlung häufiger internistischer Erkrankungen.

In der endokrinologischen Versorgung zeigt sich täglich, wie unterschiedlich Stoffwechselerkrankungen verlaufen können. Hormonelle Veränderungen beeinflussen Gewicht, Insulinsensitivität und kardiovaskuläre Risiken – oft lange bevor sich manifeste Erkrankungen entwickeln. Während einige Patientinnen und Patienten trotz vergleichbarer

Lebensweise kaum metabolische Veränderungen zeigen, entwickeln andere früh relevante Risikoprofile. Diese Unterschiede frühzeitig zu erkennen, ist eine zentrale Voraussetzung für wirksame Prävention und individualisierte Therapie. Für die Innere Medizin heißt das: Weg von schematischen Ansätzen, hin zu einer Medizin, die individuelle Risikokonstellationen ernst nimmt.

Diese Konstellationen sind auch beim Thema Prävention zentral. Dass wir die Prävention stärken und wegkommen müssen von der „Reparaturmedizin“, sollte mittlerweile allen Beteiligten klar sein. Wirksame Prävention kann sich nicht allein auf individuelles Verhalten stützen, sondern muss vor allem die Lebensbedingungen in den Blick nehmen, unter denen Gesundheit gefördert oder verhindert wird. Wir sehen täglich, wie stark Umweltfaktoren und der soziale Rahmen Krankheitsrisiken beeinflussen. Dazu gehören Luftverschmutzung, Hitze und Lärm ebenso wie der weiterhin hohe Konsum von Tabak- und Nikotinprodukten. Als DGIM weisen wir seit Langem darauf hin, dass Umwelt- und Lebensstilfaktoren zu den zentralen Treibern internistischer Erkrankungen gehören und daher systematisch in Prävention und Versorgung einbezogen werden müssen. Bei Tabakkonsum genauso wie bei der kürzlich wieder entbrannten Diskussion um eine Zuckersteuer zeigt sich, dass Prävention nur dann wirksam ist, wenn individuelle Beratung durch klare ordnungspolitische Maßnahmen flankiert wird – etwa durch Werbebeschränkungen, Regulierung schädlicher Produkte oder steuerliche Lenkungsinstrumente. Verhaltens- sowie Verhältnisprävention und evidenzbasierte Therapie müssen dabei zusammengedacht werden, um Krankheitslast wirksam zu reduzieren und Folgeerkrankungen zu vermeiden.

Vor diesem Hintergrund rückt die personalisierte Medizin und besonders die geschlechtersensible Medizin zunehmend in den Mittelpunkt der Inneren Medizin. Sie steht für den Anspruch, medizinische Entscheidungen stärker an den biologischen Voraussetzungen auszurichten. In der Endokrinologie ist dieser Ansatz seit Langem Teil des klinischen Alltags: Hormonelle Regelkreise, genetische Faktoren und Umweltbedingungen beeinflussen Krankheitsverläufe und Therapieansprechen in erheblichem Maße. Personalisierte Medizin bedeutet dabei nicht, Leitlinien infrage zu stellen, sondern sie klug und differenziert anzuwenden und weiterzuentwickeln. Gleichzeitig macht die geschlechtersensible Medizin deutlich, wie groß der Nachholbedarf in Forschung und Versorgung noch ist. Über Jahrzehnte hinweg wurden geschlechtsspezifische Unterschiede – etwa bei Osteoporose, autoimmunen Erkrankungen, Krebs oder kardiovaskulären Erkrankungen – in der Forschung zu wenig berücksichtigt.

Aktuelle Versorgungsdaten aus dem nordrheinischen Disease-Management-Programm Osteoporose zeigen erfreuliche Fortschritte in der strukturierten Behandlung von Frauen und Männern. Zugleich machen sie deutlich, wie wichtig eine solide wissenschaftliche Grundlage ist und dass wir mehr geschlechtersensible Grundlagenforschung und klinische Studien brauchen. Ohne die systematische Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede bleibt personalisierte Medizin unvollständig. Die DGIM treibt diesen Ansatz im engen Schulterschluss mit ihren Schwerpunkten voran und versteht geschlechtersensible Medizin als festen Bestandteil moderner Innerer Medizin. Unsere neue Kommission für geschlechtersensible Medizin trägt das Thema mit großem Engagement voran.

*Jahres-Pressekonferenz der  
Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM)  
Innere Medizin im Wandel: Warum Geschlecht ein medizinischer Faktor ist  
Donnerstag, 29. Januar 2026, 12.00-13.00 Uhr, online*

Bei all diesen Themen versteht sich die DGIM als Plattform, die wissenschaftliche Entwicklungen aufgreift, Schnittstellen zwischen Forschung und Versorgung stärkt und neue Themen frühzeitig in die Innere Medizin integriert. Mit einer starken, jungen Basis und einer traditionell engen europäischen Vernetzung verbindet sie Kontinuität mit der nötigen Agilität, um die Herausforderungen der Inneren Medizin heute und in Zukunft mitzugestalten.

*Es gilt das gesprochene Wort!*

Essen, Januar 2026

## **STATEMENT**

### **Hormonell verschieden, aber medizinisch gleich behandelt? Warum die Innere Medizin geschlechtersensibler werden muss**

*Professorin Dr. med. Petra-Maria Schumm-Draeger, Sprecherin der DGIM-Kommission Geschlechtersensible Medizin, Ärztliche Direktorin, Zentrum/Innere Medizin/Fünf Höfe, München*

Frauen und Männer erkranken nicht nur unterschiedlich häufig, sondern zeigen bei vielen internistischen Erkrankungen auch unterschiedliche Symptome, Krankheitsverläufe und Therapieeffekte. Dennoch orientiert sich die medizinische Versorgung bis heute vielfach am sogenannten Standardpatienten.

In meiner täglichen Arbeit als Endokrinologin und Diabetologin sehe ich in der Praxis immer wieder, welche Unterschiede sich hinsichtlich Pathophysiologie, Risikofaktoren, Komplikationen und Behandlung bei Adipositas, Typ-2-Diabetes mellitus und metabolischem Syndrom auf das Geschlecht zurückführen lassen. Diese Unterschiede sind klinisch sehr relevant und beeinflussen die medizinische Versorgung maßgeblich.

Lassen Sie mich am Beispiel des Diabetes Typ-2 aufführen:

Medizinisch betrachtet starten Frauen gegenüber Männern mit biologischen Vorteilen. Zum Beispiel haben sie im jüngeren Alter ein geringeres Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Erkranken Frauen jedoch an Typ-2-Diabetes mellitus, kehrt sich dieses Bild um: Das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen steigt deutlich an, und auch die Mortalität von jüngeren Frauen und Männern liegt bei bestehendem Diabetes auf vergleichbarem Niveau, insbesondere im Falle weiterer Risikofaktoren wie arterielle Hypertonie und Fettstoffwechselstörungen haben Frauen sogar ein höheres Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Darüber hinaus zeigen sich bei Frauen mit Typ-2-Diabetes häufiger weitere Komplikationen. So treten chronische Nierenerkrankungen, Depressionen und Angststörungen bei ihnen häufiger auf als bei Männern.

Ein zentraler Wendepunkt ist die Menopause, in die die meisten Frauen um das 50. Lebensjahr kommen. Bei vielen Frauen verschlechtern sich Blutdruck, Lipidstoffwechsel – insbesondere das LDL-Cholesterin –, die Blutzuckerkontrolle sowie die Körperfettverteilung. Die hormonellen Schutzmechanismen gehen verloren und das kardiometabolische Risikoprofil nähert sich dem der Männer an oder übersteigt es sogar.

Diese Veränderungen haben unmittelbare Konsequenzen für Prävention und Therapie. Dennoch erleben wir in der Praxis, dass Frauen mit Typ-2-Diabetes häufig unzureichend behandelt, förmlich „untertherapiert“, werden und empfohlene Therapieziele, etwa beim HbA1c, seltener erreichen als Männer.

Auch in der medikamentösen Therapie zeigen sich relevante geschlechtsspezifische Unterschiede. Frauen entwickeln unter verschiedenen antidiabetischen Therapien häufiger Nebenwirkungen, erreichen trotz höherer Dosierungen teilweise schlechtere Therapieerfolge und brechen Behandlungen häufiger ab. Gleichzeitig profitieren sie bei bestimmten Wirkstoffklassen – etwa bei GLP-1-Rezeptor-Agonisten – stärker von der Gewichtsreduktion. Diese Unterschiede müssen in Therapieentscheidungen konsequent berücksichtigt werden.

Die Beachtung des Hormon-Status, besonders nach der Menopause ein entscheidender Faktor, geht in die therapeutischen Überlegungen in der Regel nicht ein. Hinzu kommt, dass Frauen insgesamt seltener leitliniengerecht behandelt werden und insbesondere weniger kardiovaskuläre Präventionsmaßnahmen erhalten als Männer. Atypische Symptome, höheres Alter bei Diagnosestellung und mehr Begleiterkrankungen tragen dazu bei, dass Diagnosen verzögert gestellt und Therapien später oder weniger konsequent eingeleitet werden.

Aus dem bisher Gesagten wird deutlich: Geschlechtersensible Medizin bedeutet für Frauen, dass sie erst einmal angemessen behandelt werden. Geschlechtersensible Medizin ist ein zentraler Baustein auf dem Weg zu einer präziseren, personalisierten Medizin – und damit zu mehr Versorgungsgerechtigkeit.

Nicht nur in der Endokrinologie und Diabetologie, aus denen ich hier einige Beispiele genannt habe, sondern in allen Schwerpunkten der Inneren Medizin besteht großer Forschungsbedarf und die Notwendigkeit, geschlechtsspezifische Leitlinien zu entwickeln. Denn hier liegt das große Potenzial, die tägliche klinische Diagnostik und Therapie, insbesondere aber auch die Prävention im Sinne einer geschlechtsspezifischen Medizin, zu fördern.

In der Endokrinologie und Diabetologie ist die Datenlage zum Einfluss des Geschlechts vor allem für Diabetes mellitus, Adipositas und assoziierte kardiovaskuläre Erkrankungen zunehmend klar. Einen Paradigmenwechsel hin zu einer geschlechtsspezifischeren Behandlung hat es in den letzten Jahren jedoch noch nicht gegeben.

Hier besteht dringender Handlungs- und Forschungsbedarf. Das Ziel muss sein, strukturierte, geschlechtsspezifische Leitlinien für Prävention, Diagnostik und Therapie zu etablieren, damit wir unsere Patientinnen und Patienten bestmöglich individuell und personalisiert behandeln können.

### **Ziele der DGIM-Kommission Geschlechtersensible Medizin**

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin hat im vergangenen Jahr die Kommission für Geschlechtersensible Medizin eingerichtet, um die Expertise aus allen internistischen Schwerpunkten zusammenzuführen. Ihr Ziel ist es, die wissenschaftliche Evidenz zu geschlechtsspezifischen Mechanismen in Epidemiologie, Diagnostik und Therapie und insbesondere Prävention internistischer Erkrankungen zu bündeln und kritisch auszuwerten. Auf dieser Grundlage sollen gezielte Forschungsaktivitäten angestoßen und begleitet sowie klare, praxisnahe und geschlechtsspezifische Behandlungsempfehlungen und Leitlinien für Prävention, Diagnostik und Behandlung in der Inneren Medizin entwickelt werden.

Ein weiterer zentraler Schwerpunkt der Kommissionsarbeit liegt in der Aus-, Weiter- und Fortbildung. Geschlechtersensible Inhalte sind hier noch deutlich unterrepräsentiert. Das hat eine Umfrage unter den Mitgliedern der DGIM gezeigt, die wir im vergangenen Jahr durchgeführt haben. Dieses Defizit wollen wir angehen und Aus- /Weiterbildungsinhalte überarbeiten sowie konsequent Fortbildungsveranstaltungen initiieren, so dass geschlechtersensible Innere Medizin mit Blick auf Prävention, Diagnostik und Behandlung zukünftig möglich wird.

*Jahres-Pressekonferenz der  
Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM)  
Innere Medizin im Wandel: Warum Geschlecht ein medizinischer Faktor ist  
Donnerstag, 29. Januar 2026, 12.00-13.00 Uhr, online*

Geschlechtersensible Medizin ist damit kein Zusatzwissen, sondern eine Voraussetzung für zeitgemäße, personalisierte Versorgung. Wenn wir bekannte Unterschiede zwischen Frauen und Männern weiterhin ignorieren, riskieren wir Unter- und Fehlversorgung. Die Innere Medizin steht in der Verantwortung, dieses Wissen konsequent in Forschung, Leitlinien und klinischen Alltag zu überführen – im Interesse einer besseren, gerechteren Versorgung aller Patientinnen und Patienten.

Es gilt das gesprochene Wort!

München, Januar 2026

## **STATEMENT**

### **Geschlecht als Risikofaktor: Was die Medizin in Deutschland von anderen Ländern lernen kann**

*Professorin Dr. med. Ute Seeland, Leiterin der Sektion Geschlechtersensible Medizin und Prävention mit Hochschulambulanz, Medizinische Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg*

Medizinische Systeme im westeuropäischen Ländervergleich sind heterogen aufgebaut. Sie können das mit den Unterschieden in den Bildungssystemen vergleichen.

In Deutschland haben wir verschiedene Herausforderungen zu meistern. Bildung und Einkommen haben einen starken Einfluss auf den persönlichen Zugang, den Umfang und die Art und Weise von Gesundheitsdienstleistungen wie in fast keinem anderen europäischen Land. Stichwort: gesetzliche Krankenversicherung, private Versicherung. Deutschland ist das einzige Land in Europa, das bis heute ein duales Krankenkassensystem aus gesetzlicher (GKV) und privater Krankenversicherung (PKV) aufrechterhält. Historisch bedingte soziokulturelle Gegebenheiten, die zu einem durchschnittlich niedrigeren Einkommen von Frauen geführt haben, bedingen eine im Vergleich zu Männern schwierigere Ausgangslage. Zusammen mit den fehlenden Studiendaten bezogen auf das weibliche Geschlecht und der fehlenden Aufmerksamkeit von funktionellen Symptomen in den vulnerablen Phasen einer Frau wie der Pubertät und der Perimenopause akkumuliert gerade der Qualitätsverlust in der medizinischen Versorgung in Deutschland (GKV-Spitzenverband, Statista 2026).

Im Vergleich von 16 europäischen Ländern steht Deutschland bezüglich der Lebenserwartung (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BIB), Human Mortality Database – HMD 2019) bei den Männern mit 78,8 Jahren auf Rang 15, bei den Frauen mit 83,5 Jahren auf Rang 14. Mit Grund dafür ist die erhöhte Zahl von Todesfällen aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei 50- bis 79-Jährigen. Diese werden in Deutschland häufig zu spät diagnostiziert, Prävention kommt insgesamt zu kurz. Die vergleichsweise niedrige Lebenserwartung steht im Kontrast zu den Investitionen in das Gesundheitswesen. In diesem Altersstratum 50- bis 79-Jährige befinden sich Frauen in den Wechseljahren. Eine vulnerable Phase, die bisher in der Forschung und Lehre ausgeklammert wurde. Daher ist der Fokus durch das BMG und das BMFTR auf die Menopause jetzt dringend nötig. Mein Spezialgebiet in der Geschlechterforschung ist unter anderem die arterielle Gefäßelastizität und damit die Verhinderung einer frühzeitigen Gefäßalterung, die häufig zu funktionellen Symptomen führt. Ich erhoffe mir durch die Forschungsförderung hier einen wesentlichen Beitrag leisten zu können zu den Geschlechterunterschieden bei der Hypertonieentstehung und Therapie sowie zu der allgemeinen Organalterung. Die Einordnung von funktionellen Symptomen, die meistens nicht nur ein Organgebiet betreffen, wie zum Beispiel Müdigkeit und Leistungsschwäche (Symptom: Ich schaffe meinen Alltag nicht mehr), plötzliche Wärme- oder Kälteempfindung, schneller Herzschlag, Unregelmäßigkeiten bei der Verdauung et cetera ist eines meiner Forschungsziele.

Die Gesundheitssysteme in den skandinavischen Ländern, die wie Schweden früher Fördertöpfe für Prävention und eine geschlechtersensible personalisierte Medizin geöffnet

hatten, stehen heute besser da, gemessen an der Zufriedenheit der Bevölkerung (Gesundheits- und Gesundheitssystemranking nach Ländern weltweit, Legatum Institute Foundation, Statista 2026).

Sowohl BMG als auch BMFTR eröffnen mit dem Investitions-Boost in die Frauenforschung nun die Möglichkeit, dass nicht nur an einzelnen universitären Leuchttürmen die Geschlechterunterschiede erforscht werden, sondern flächendeckend viel mehr Arbeitsgruppen mithelfen können, das Gender Data Gap zu verkleinern. Das ist der richtige Weg, nur sollten wir in Deutschland darauf achten, dass diese Geldmittel nicht zum größten Teil in die Public-Health-Management-Strukturen fließen, denn davon gibt es ausreichend. Es gibt ausreichend Positionspapiere, die zu den theoretischen Hintergründen informieren. Um weiterzukommen, sollten möglichst geschlechtersensible klinische Studien an den Universitäten gefördert werden, die einen prospektiven, randomisierten Ansatz verfolgen und neben den biologischen Aspekten die soziokulturellen Variablen mit im Blick haben. Diese Studienergebnisse sind aufgrund ihres kausalen Ansatzes (nicht nur Assoziationen) geeignet, direkt in Leitlinien und somit in der Versorgung Anwendung zu finden.

Geschlechtersensible Medizin (GSM) bietet durch präzisere Diagnosen und individuellere Therapien ein höheres ökonomisches Potenzial als herkömmliche Ansätze. Die GSM reduziert Fehldiagnosen, Nebenwirkungen und wahrscheinlich auch Krankenhausaufenthalte (direkt vergleichende Studien fehlen noch). Langfristig wird dieser systembiologische Ansatz Behandlungskosten senken und das weltweite Bruttoinlandsprodukt (in Höhe von Milliarden Euro) durch eine höhere Erwerbsbeteiligung von Frauen steigern. Zusätzlich wird das Potenzial von gesellschaftlichen Randgruppen sichtbar und zugänglich für Lösungsansätze (soziokulturelle Faktoren werden in der GSM-Forschung zusätzlich zu den biologischen Unterschieden beachtet).

*Es gilt das gesprochene Wort!*  
Magdeburg, Januar 2026

## **STATEMENT**

### **Personalisierte Kardiologie: von der Wissenschaft in die Klinik**

*Generalsekretär der DGIM, Internist und Kardiologe aus Würzburg*

Herz-Kreislaufkrankungen sind die häufigsten Ursachen für Krankenhausaufnahmen und die häufigsten Todesursachen. Andererseits sind wichtige Risikofaktoren für Herzkrankheiten bekannt und zum Teil auch modifizierbar. Familiäre Häufung spricht für eine genetische Ursache oder eine familiäre Prägung, wobei die Gene nur ausnahmsweise bekannt sind, zum Beispiel bei einer Fettstoffwechselstörung, der familiären Hyperlipidämie, oder seltenen Herzmuskelerkrankungen [1].

Ein erster Schritt in Richtung Personalisierung ist die Berücksichtigung des Geschlechts bei der Diagnostik und Therapie von Herz-Kreislaufkrankungen. Die unterschiedliche Epidemiologie mit einer späteren, meist erst postmenopausalen Manifestation der koronaren Herzkrankheit ist seit längerem bekannt. Eine Altersbegrenzung nach oben, aber auch Gebärfähigkeit als Ausschlusskriterium hat unter anderem in früheren Studien häufig zu einer Benachteiligung für den Einschluss von Frauen ergeben. In der Pharmakotherapie bestehen durchaus relevante Unterschiede, insofern die Dosierungen bei Frauen meist niedriger liegen als bei Männern. Die DGIM unterstützt gezielte und anhaltende Bemühungen um inklusive Studienprotokolle, die auch regulatorisch gefördert und gefordert werden müssen [2].

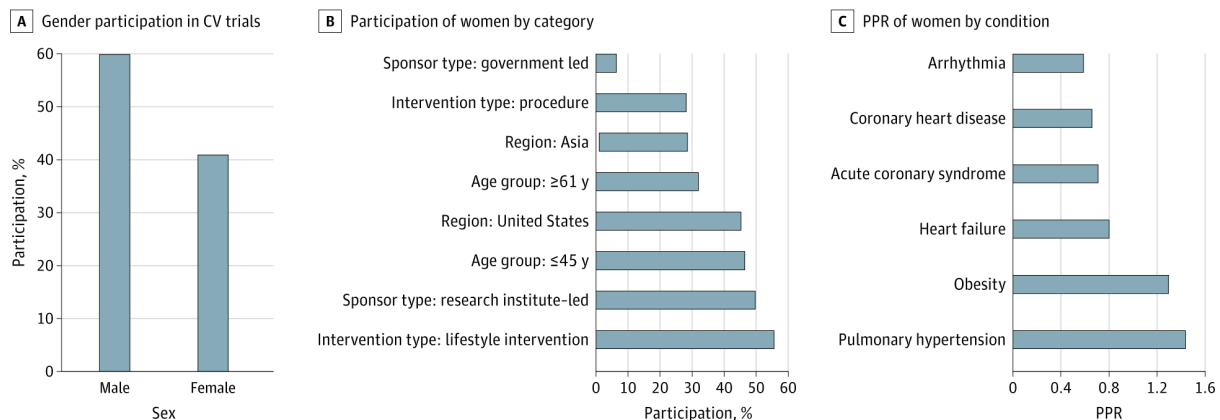
Die Standarddiagnostik in der Kardiologie konzentriert sich auf laborchemische und physikalische, vor allem bildgebende Verfahren. Die Manifestation der atherosklerotischen Volkskrankheiten lässt sich damit sehr gut diagnostizieren, auch wenn ihre klinische und prognostische Bedeutung häufig nicht quantifizierbar ist. Das individuelle Risiko für eine atherosklerotische Komplikation vor der klinischen Manifestation der Erkrankung lässt sich nur anhand von „Risikofaktoren“ (Hochdruck, Cholesterin, Diabetes, Übergewicht, Rauchen, körperliche Aktivität, Essgewohnheiten) grob abschätzen. Die Bekämpfung von Risikofaktoren generell ist eine gesellschaftliche Aufgabe, unterstützt und gefordert von der DGIM. Es ist aber auch wichtig, bei Personen mit niedrigem Risiko überflüssige Therapien zu vermeiden. So führt der neuere ESC SCORE2 nur bei 4 Prozent der Gesunden im Alter von 40 bis 69 Jahren zu einer Statin-Indikation, im Vergleich zu 34 Prozent beim American College of Cardiology/ American Heart Association (ACC/AHA) Score, 26 Prozent beim UK's National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Score und 20 Prozent bei dem 2019 ESC/European Atherosclerosis Society (EAS) Score [3,4,5].

Herzschwäche (Herzinsuffizienz) ist die häufigste Einzeldiagnose für Hospitalisationen in Deutschland. Die häufigste Ursache für eine Pumpschwäche des Herzens sind Durchblutungsstörungen des Herzmuskels, die allerdings, wie lange bekannt, sehr unterschiedlich manifest werden können: bei Männern häufig durch den Verschluss eines großen Herzkranzgefäßes mit entsprechendem Herzinfarkt, bei Frauen im höheren Lebensalter und bei Diabetikern häufig mit diffusem atherosklerotischem Befall der Herzkranzgefäße und entsprechenden Myokardschäden. Darüber hinaus gibt es allerdings noch eine große Zahl von Erkrankungen des Herzmuskels, die als Kardiomyopathien zusammengefasst werden, aber sehr unterschiedliche Ursachen, Mechanismen der Krankheitsentstehung und Phänotypen

haben. Nach letzterem werden sie heute noch in „dilatative“, „hypertrophische“ und „restriktive“ Kardiomyopathien eingeteilt. Die Mechanismen der Krankheitsentstehung werden zunehmend besser verstanden. Kardiomyopathien können durch Infektionen, Toxine (zum Beispiel Alkohol), eine Chemotherapie, endokrine Erkrankungen, Schwangerschaft, Tachyarrhythmien und Autoimmunerkrankungen entstehen. Bei 5 bis 15 Prozent liegt wahrscheinlich ein pathogenes Gen oder eine Mutation vor, sodass immer genetische *und* erworbene Faktoren bedacht werden müssen. Bei einigen gibt es schon moderne, spezifische Therapien, bei anderen sind sie in Entwicklung, sodass es notwendig ist, eine exakte Diagnose zu stellen. Letztlich werden durch moderne Diagnostik und differentielle Therapie häufige zu seltenen Erkrankungen. In der Kardiologie stehen wir da allerdings noch ganz am Anfang einer vielversprechenden Entwicklung.

Abb. 1 Women’s Participation in Cardiovascular (CV) Trials, 2017-2023.

PPR indicates population-to-prevalence ratio (Aus: Participation of Women in Cardiovascular Trials From 2017 to 2023: A Systematic Review [2])



*Es gilt das gesprochene Wort!*  
 Würzburg, Januar 2026

## **Literatur**

1. Phase 1 Study of AAV9.LAMP2B Gene Therapy in Danon Disease | New England Journal of Medicine  
A single infusion of RP-A501 appeared to be safe and was associated with cardiac LAMP2 expression and evidence of clinical improvement over a period of 24 to 54 months. - Despite encouraging results from a phase I trial of the RP-A501 gene therapy for cardiomyopathy in Danon disease, the phase II trial which had started with 12 participants has been put on hold. This follows the appearance of complications linked to capillary leak syndrome in one of the participants, resulting in his death from an acute systemic infection.
2. Frederick Berro Rivera, John Vincent Magalong, Nathan Ross B. Bantayan, Nicole Tesoro, Mark Jason Milan, Vikramjit Purewal, Polyn Luz S. Pine, Chieh-Mei Tsai, Ann Marie Navar, Sharon L. Mulvagh, James Januzzi, C. Michael Gibson, Anuradha Lala, Susan Cheng, Kyla Lara-Breitinger, Mayra Guerrero, Martha Gulati, Participation of Women in Cardiovascular Trials From 2017 to 2023: A Systematic Review | Cardiology | JAMA Network Open | JAMA Network JAMA Netw Open Published Online: August 31, 2025. 2025;8;(8):e2529104. doi:10.1001/jamanetworkopen.2025.29104.
3. SCORE2 working group and ESC Cardiovascular risk collaboratio. SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe. Eur Heart J. 2021;42:2439-54.
4. SCORE2-OP working group and ESC Cardiovascular risk collaboration. SCORE2-OP risk prediction algorithms: estimating incident cardiovascular event risk in older persons in four geographical risk regions.Eur Heart J. 2021;42:2455-67.
5. Mortensen MB, Tybjaerg-Hansen A, Nordestgaard BG. Statin Eligibility for Primary Prevention of Cardiovascular Disease According to 2021 European Prevention Guidelines Compared With Other International Guidelines.JAMA Cardiol. 2022 Jul 6. Epub ahead of print.
6. S Heymans, NK Lakdawala, C Tschoepe, K Klingel. Dilated cardiomyopathy: causes, mechanisms, and current and future treatment approaches. The Lancet, 2023: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/vol402no10406/PIIS0140-6736\(23\)X0037-3](https://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/vol402no10406/PIIS0140-6736(23)X0037-3), 998-1011

## **STATEMENT**

### **Die DGIM als starke Stimme der Inneren Medizin**

*Dr. iur. Oliver Franz, Geschäftsführer der DGIM, Wiesbaden*

Die Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit verändern sich derzeit spürbar. Neue Vorgaben in der Fortbildung und strukturelle Reformen im Gesundheitswesen wirken sich unmittelbar auf den ärztlichen Alltag aus. All dies sind Themen, die die DGIM intensiv mit konstruktiven Vorschlägen begleitet.

Besonders deutlich wird dies zum Beispiel in der Diskussion um die Musterfortbildungsordnung (MFBO), die der 128. Deutsche Ärztetag im Jahr 2024 beschlossen hat. Sie legt fest, dass Sponsoring in der ärztlichen Fortbildung strikt kostenbezogen zu erfolgen hat und keine Überschüsse zugunsten der Veranstalter entstehen dürfen. Dies wird die Finanzierung, Organisation und Zertifizierung ärztlicher Fortbildungen erheblich beeinflussen, da damit eine Querfinanzierung zwischen ertragreichen großen Kongressen und kleineren Fortbildungsveranstaltungen nicht mehr möglich ist. Da die Umsetzung den 17 Landesärztekammern obliegt, bleibt abzuwarten, inwieweit sich insoweit eine einheitliche Anwendungspraxis entwickeln wird. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) hat den Prozess der Umsetzung der MFBO intensiv begleitet. Dabei unterstützt sie das Ziel, die Transparenz und Unabhängigkeit ärztlicher Fortbildung zu sichern, ohne die tragenden Strukturen qualitätsgesicherter Fortbildung zu gefährden.

Entsprechend arbeitet die Fachgesellschaft an tragfähigen Kalkulations- und Organisationsmodellen, um eine rechtssichere, stabile und breit gefächerte Fortbildung unter veränderten Bedingungen zu gewährleisten. Auch der jährliche Kongress der DGIM ist ein zentraler Bestandteil dieser Arbeit. Mit über 400 Sitzungen an vier Tagen in 16 Sälen, bis zu 60 Industriesymposien und einer Ausstellungsfläche von mehr als 2.800 m<sup>2</sup> ist er nicht nur ein führender wissenschaftlicher Kongress, sondern auch das zentrale Fortbildungsformat der Inneren Medizin. Hinzu kommt, dass die On-Demand-Angebote immer stärker genutzt werden. Der Kongress darf keine Sponsoringerträge mehr erwirtschaften, die über die Kosten des wissenschaftlichen Teils hinausgehen.

Die Überarbeitung der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) betrifft nicht nur die Inhalte für die Weiterbildung künftiger Facharztgenerationen, sondern bestimmt letztlich auch, was zum Kern der jeweiligen ärztlichen Fachgebiete heute gehört, und hat deshalb erhebliche Bedeutung für die einzelnen ärztlichen Fachgebiete in Gegenwart und Zukunft. Die DGIM hat den Prozess der Novellierung der MWBO in mehr als 20 fachlichen Arbeits- und Abstimmungsformaten begleitet und die internistischen Schwerpunktgesellschaften sowie den Berufsverband engmaschig einbezogen. Leitend war dabei der Anspruch, Qualität vor Verkürzung zu stellen und die Einheit der Inneren Medizin in der Weiterbildung zu sichern.

Die DGIM-Kommission „Struktur der Krankenversorgung“ hat zu den aktuellen Strukturreformen im Gesundheitswesen seit dem Jahr 2023 (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz, Krankenhausreformenpassungsgesetz) mehr als 22 Sitzungen abgehalten, wiederum unter starker Einbeziehung der internistischen Schwerpunktgesellschaften. Inhaltlich befasst sich die

Kommission mit der sachgerechten Abbildung internistischer Disziplinen in der Leistungsgruppen-Systematik, der strukturellen Sicherung der Weiterbildung in reformierten Versorgungslandschaften und der Vermeidung neuer Versorgungslücken. Auch in den kommenden Monaten wird die DGIM die Reform der Krankenhaus- und Notfallversorgung intensiv begleiten.

Zum Stichtag 31. Dezember 2025 zählte die Fachgesellschaft 30.549 Mitglieder – eine neue Rekordzahl. Die Mitgliederzahl wächst damit seit mehreren Jahren stetig weiter. Bemerkenswert ist die Altersstruktur: Die beiden größten Gruppen sind die 30- bis 39-Jährigen (26 Prozent) und die 40- bis 49-Jährigen (27 Prozent). Mehr als die Hälfte der Mitglieder ist somit jünger als 50 Jahre. In diesen Alterskohorten ist der Frauenanteil überdurchschnittlich hoch, bei einem insgesamt ausgewogenen Geschlechterverhältnis von 15.865 Männern und 14.651 Frauen. Außerdem nutzen mehr als 1.500 Medizinstudierende den DGIM-Gastzugang und zum Stand 31. Dezember 2025 waren 32 Unternehmen der Gesundheitswirtschaft als korporative Mitglieder Teil der DGIM.

Das Berufsbild von Internistinnen und Internisten ist heute weniger denn je ausschließlich medizinisch geprägt, sondern wird auch durch rechtliche, ökonomische und organisatorische Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren bestimmt. Seit dem Jahr 2025 werden daher im Angebotsportfolio der DGIM schrittweise praxisnahe Formate zu rechtlichen und wirtschaftlichen Fragestellungen des ärztlichen Alltags aufgebaut. Diese behandeln unter anderem Themen der Praxisführung, der Abrechnung oder berufliche Entscheidungswege zwischen Niederlassung und Anstellung. Wie groß der Bedarf an verlässlicher juristischer Orientierung im ärztlichen Alltag ist, zeigt die hohe Resonanz auf diese Angebote. Es ist daher vorgesehen, diese Formate im Jahr 2026 nicht nur zu verstetigen, sondern auszubauen.

Im digitalen Bereich hat die DGIM parallel dazu ein neues Kooperationsformat aufgebaut. Den Mitgliedern wird gemeinsam mit dem renommierten Wissenschaftsverlag Elsevier bis Ende 2026 ein exklusives KI-gestütztes Recherche- und Wissenssystem kostenfrei zur Verfügung gestellt. Es soll schnelle und präzise Antworten auf klinische Fragestellungen ermöglichen. Hierdurch sollen evidenzbasierte Entscheidungsprozesse im ärztlichen Alltag unterstützt und der Zugang zu verlässlichem medizinischem Wissen erleichtert werden.

Schließlich sieht die DGIM die gezielte Stärkung ärztlicher Führungskompetenz als besonders wichtig an. Erfolgreiche ärztliche Leitung erfordert auch Führungskompetenzen, sowohl im klinischen als auch im ambulanten ärztlichen Alltag. Die DGIM hat daher in 2025 neue modulare Führungsangebote in den Bereichen Selbstführung, Konfliktmanagement und Bewältigung von Belastungssituationen erarbeitet und integriert. Der Ausbau dieser Angebote wird im Jahr 2026 verstärkt fortgesetzt.

*Es gilt das gesprochene Wort!*  
Wiesbaden, Januar 2026

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

Die DGIM vertritt die Interessen der gesamten Inneren Medizin. Die Fachgesellschaft besteht bereits seit 1882 und hat sich zur Aufgabe gemacht, die damit verbundene langjährige Erfahrung und Tradition mit den heutigen Ansprüchen an eine moderne Medizin zu verbinden. Aktuelle Themen der Wissenschaft und des Gesundheitswesens diskutieren Expertinnen und Experten der Fachgesellschaft daher regelmäßig in Kommissionen, Task Forces und Arbeitsgruppen. Zudem vertritt die Gesellschaft die Belange der Inneren Medizin als Wissenschaft gegenüber staatlichen und kommunalen Behörden und Organisationen der Selbstverwaltung.

Die DGIM vereint als größte medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft Europas sämtliche internistische Schwerpunkte: Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Geriatrie, Hämatologie, Infektiologie, Intensivmedizin, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie und Rheumatologie. Angesichts notwendiger Spezialisierung sieht sich die DGIM als integrierendes Band für die Einheit der Inneren Medizin in Forschung, Lehre und Versorgung. Neueste Erkenntnisse aus der Forschung sowohl Ärztinnen und Ärzten als auch Patientinnen und Patienten zugänglich zu machen, nimmt sie als ihren zentralen Auftrag wahr.

Die DGIM sieht sich dafür verantwortlich, jedem Internisten und jeder Internistin das dafür notwendige Wissen für die Ausübung ihres Berufs zu vermitteln und richtet sich damit auch explizit an niedergelassene Internistinnen und Internisten, ebenso wie an Ärztinnen und Ärzte in Aus- und Weiterbildung. Ein dementsprechend vielfältiges Angebot erwartet daher Mitglieder der DGIM. Für Studierende hat die Fachgesellschaft eigens einen kostenfreien Gastzugang eingerichtet.

## DIE DGIM 2025 – AUF EINEN BLICK Zahlen, Daten, Fakten

### MITGLIEDER

**30.549** Mitglieder

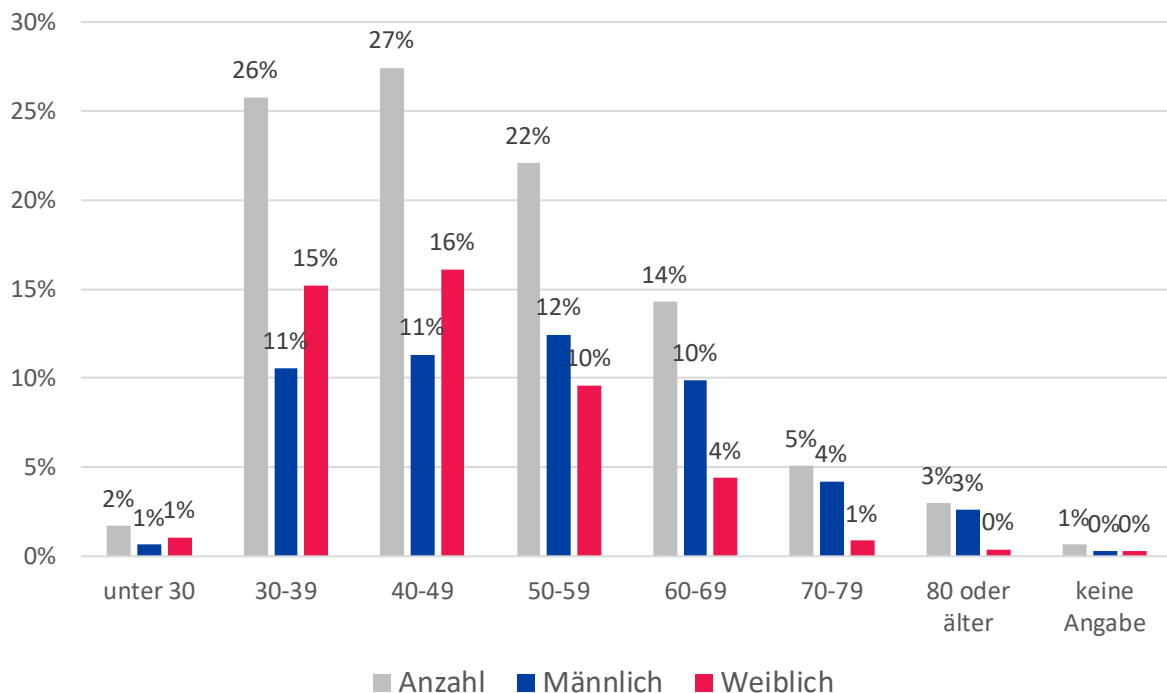
davon

- 15.865 männliche
- 14.651 weibliche
- 1 divers
- 32 Unternehmen (Korporative Mitglieder)
  
- 6.958 Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung
- 1.538 Studierende (kostenloser Gastzugang ab dem 6. Semester)

### Mitgliederentwicklung:

2020 = 27.544  
 2021 = 28.524  
 2022 = 29.335  
 2023 = 30.084  
 2024 = 30.376

### Auflistung Altersstruktur:



### MEDIENARBEIT

- 33 Pressemitteilungen
- 5 Pressekonferenzen
- Über 40 Medienanfragen
- Über 200 Medienschaaffende auf Veranstaltungen der DGIM
- 1.596 Medienberichte über DGIM-Themen
- Über 225 Mio. Mal kamen Leserinnen und Leser in Print- und Online-Medien mit DGIM-Themen in Kontakt

### FÖRDERPROGRAMME / FORT- und WEITERBILDUNG

#### Stipendien & Schools

- rund 1 Mio € Gesamtförderung
- 13 Förderprogramme mit
- 278 Teilnahmen
- 4 Schools
- 9 Stipendien

### DGIM e.Akademie – digitale Fort- und Weiterbildung

- 20.649 Registrierte DGIM-Mitglieder

### CME

- 29 neue CME-Kurse
- mit 78 CME-Punkten
- 25.507 Teilnahmen
- 65.339 CME-Punkte

### Webinare

- 5 Live-Webinare
- 1.023 Live-Zuschauer
- 6.480 Videozugriffe on demand

### Facharzt-Training

- 151 Fälle im Facharzt-Training Innere Medizin
- 52 Fallquizze „Klug entscheiden“
- 11 Fälle Urindiagnostik
- 10 Fälle Lungenfunktion
- 2.787 Teilnehmer mit
- 10.692 Teilnahmen

### Internistische Keyfacts

- 25 Keyfacts mit
- 1.723 Teilnahmen

### Podcast

- 5 Podcast
- 54.104 Downloads & Streams

### Führungskompetenzen

- 3 Module
- 821 Teilnehmer mit
- 1.387 Teilnahmen
- 3.252 CME-Punkten

### DGIMTalk

- 6 Sendungen
- 2.581 Live-Zuschauer
- 1.913 On-demand-Zuschauer
- 2.117 CME-Punkte
- 41 min Ø-Verweildauer
- 21.567 Zugriffe auf Beitragsseiten

### Podcast „O-Ton Innere Medizin“

- 18 Folgen
- 2.212.369 Gesamtreichweite
- 13.774 Plays
- 2.326 Abonnenten

## **KONGRESS**

- Rund 9.000 Teilnehmende (60 % Präsenz/ 40 % online)
- 1.205 wissenschaftliche Vorträge
- 402 Sitzungen
- 241 Poster
- 122 Aussteller
- 2.643 m<sup>2</sup> Ausstellungsfläche im RMCC

## **TOP 5 – die meistbesuchten Sitzungen beim Kongress**

1. Resilienz – ein Überlebenskonzept: Die DGIM-Plenarsitzung 2025
2. Infektiologische Detektivarbeit: Fälle aus dem klinischen Alltag
3. Leitsymptome in der Gastroenterologie – Systematische Abklärung
4. Fokussiertes Update der neuen Leitlinien 2025
5. Endokrinologie – von Knochen, Drüsen und Cortisol