

Präsidentenrede Prof. Hasenfuß

Sehr geehrte Damen und Herren,

demographischer Wandel fordert Innovation. Dieses Motto habe ich für den 122. Internistenkongress gewählt. Es adressiert die Herausforderungen und Möglichkeiten der Medizin und insbesondere der Inneren Medizin im Jahr 2016.

Mit demographischem Wandel meine ich die Veränderung der Alterspyramide unserer Patienten durch die gesteigerte Lebenserwartung. Diese hat zwischen 1970 und 2000 um sieben Jahre zugenommen und nimmt seither pro Jahr 70 Tage zu, pro Jahr 70 Tage! Und hierzu trägt die Medizin, tragen wir einen wesentlichen Teil bei.

Mit der Alterspyramide unserer Patienten ändern sich die Erkrankungen. Akute Erkrankungen wie der Herzinfarkt werden überlebt, chronische Erkrankungen wie die Herzinsuffizienz nehmen zu. Das gleiche Phänomen ist auch in anderen internistischen Schwerpunkten zu beobachten. Selbst in der Onkologie. Viele Tumore stellen heute chronische Erkrankungen dar.

Und es kommt zu einer Zunahme von Multimorbidität. 60% der > 65-Jährigen und 80% der > 80-Jährigen leiden an mehreren, häufig internistischen Erkrankungen. Deshalb ist ein fundiertes internistisches Wissen und damit eine breite internistische Ausbildung, auch für die Schwerpunktspezialisten unverändert wichtig.

Das Thema Multimorbidität leitet über zur 2. Hälfte des Kongressmottos Innovation. Und als kardiologischer Internist darf ich Ihnen den Zusammenhang am Beispiel der Aortenstenose verdeutlichen. Als degenerative Erkrankung hat die Aortenklappenstenose eine Prävalenz von 3% bei allen 75-Jährigen und von 10% bei den > 80-Jährigen.

Ohne Herzklappenersatz ist die Lebensqualität erheblich beeinträchtigt und 50% der Patienten versterben innerhalb von zwei Jahren. Andererseits liegt das OP-Risiko eines multimorbiden 80-jährigen Patienten deutlich im zweistelligen Bereich.

Wir brauchen also Innovationen, um diese Patienten überhaupt behandeln zu können. Und die revolutionäre Entwicklung in der Medizintechnik und unsere klinische Forschung haben es ermöglicht, dass heute Internisten katheterbasiert Aortenklappen implantieren.

Und es ist wirklich eindrucksvoll und im höchsten Maße befriedigend, diese Patienten nach kurzem stationärem Aufenthalt beschwerdefrei nach Hause entlassen zu können. Nur die Normalisierung des Pulsus parvus tardus nach dem Eingriff zeigt, dass die Klappe tatsächlich ersetzt wurde.

Auch in anderen internistischen Schwerpunkten, der Pneumologie, der Gastroenterologie und der Angiologie werden dramatische Innovationen der Medizintechnik umgesetzt. Und Sie können sich während dieses Kongresses in den Live Case-Sitzungen unmittelbar davon überzeugen. Ganz zu schweigen von den medikamentösen Fortschritten in allen internistischen Disziplinen.

Sie hören die Begeisterung für die technischen Möglichkeiten, für das Machbare. Und gerade jetzt ist Demut eine der wichtigsten ärztlichen Tugenden. Demut und kluge Entscheidungen. Es muss und darf nicht immer alles gemacht werden, was technisch machbar ist.

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin hat die Herausforderungen und die Chancen unserer Zeit analysiert und ihr Programm DGIM 2020 definiert. Sie finden die zehn priorisierten Themen im Programmheft des heutigen Abends.

Gestatten Sie mir bitte, sehr verehrte Damen und Herren, dass ich einige Punkte daraus etwas näher beleuchten.

Ich möchte eingehen auf die Digitale Medizin, auf die klinische Forschung und dabei kann ich das Thema Ökonomisierung nicht unerwähnt lassen. Und ich werde meinen Vortrag mit einer Betrachtung unserer Initiative Klug entscheiden abschließen.

Digitale Medizin

Wenn wir gerade über die Revolution in der Medizintechnik gesprochen haben, so wird diese noch übertrumpft durch die Entwicklungsgeschwindigkeit in der

Informationstechnologie. Digitale Medizin ist daher auch ein Schwerpunktthema der DGIM. Denn die Informationstechnologie wird die Medizin genau so verändern wie sie unser Leben bereits verändert hat, und wir stehen erst am Anfang. Der wirkliche Beginn der Smartphone-Ära liegt keine 10 Jahre zurück. 2007 kam das Apple iPhone auf den Markt, heute gibt es weit über 100.000 Gesundheits-Apps, und eine Vielzahl von Internetplattformen.

Eine Verweigerung, ja auch schon eine Passivität der Medizin gegenüber der digitalen Revolution ist absolut kontraindiziert. Kontraindiziert, weil wir damit eine riesige Chance vergeben würden, den Weg mit zu bestimmen. Kontraindiziert auch deshalb, weil wir Qualität der Datenerhebung und Übermittlung beurteilen und unsere Patienten beraten müssen. So haben wir in einer kürzlichen Pressemitteilung auf das Risiko von Symptomcheckern aufmerksam gemacht. Symptomchecker sind Internetplattformen und Apps, in die die Patienten Ihre Beschwerden eingeben um eine Diagnose zu erhalten. In einer Arbeit im British Medical Journal wurden 23 Symptomchecker getestet und die Trefferquote lag um 50%. Problematisch wird das aber dann, wenn es um Handlungsempfehlungen geht: muss ich bei meinen Beschwerden in die Notaufnahme, am anderen Tag zum Hausarzt, oder kann ich mich selbst behandeln. Auch da entsprach die Wahrscheinlichkeit der richtigen Empfehlung einem Münzwurf. Wenn sich unsere Patienten darauf verlassen, kann das also richtig gefährlich werden. Dass wir dieses Feld seiner Eigendynamik überlassen und uns hinter Datenschutzargumenten verstecken ist keine Alternative.

Und schließlich ist eine Passivität der Medizin gegenüber der digitalen Welt auch deshalb kontraindiziert, weil sich die Menschen und unsere Patienten selbst entscheiden, wohin die Reise gehen soll, und sie haben das bereits getan.

85% aller erwachsenen Deutschen sind im Internet unterwegs. Und sogar unter den 17 Millionen Senioren ist es immer noch die Hälfte. 60% aller Deutschen haben ein Smartphone. Apple, Google und Facebook, die sich den Gesundheitsmarkt auf ihre Fahnen geschrieben haben, verfolgen das Ziel der 100%-igen Konnektivität, jeder auf der Welt soll im Internet unterwegs sein. Rund ein Drittel der deutschen Bevölkerung zeichnet bereits jetzt Gesundheitsdaten elektronisch auf. Und über 50% aller Deutschen wären nach einer Bitkom-Umfrage bereit, die per Smartphone aufgezeichneten Daten an

ihre Ärzte zu übermitteln. Beeindruckende Zahlen. Und diese vermeintliche Freizügigkeit mit persönlichen Daten, die im krassen Gegensatz zu unseren Datenschutzvorstellungen in Deutschland steht, erfolgt nicht aus Naivität. Das hat uns Andrea Belliger, die Kommunikationswissenschaftlerin aus Luzern, während des Opinion Leader Meetings der DGIM im Januar eindrücklich verdeutlicht. Sie können dies in unserer FAZ-Beilage nachlesen. Die moderne Grundphilosophie der Vernetzung ist nicht naiv. Sie beinhaltet klar den Return of Investment. Ich gebe meine Daten in mein Netzwerk, um daraus wieder meinen persönlichen Gewinn zu erzielen.

Der Begriff Digitale Medizin umfasst ein weites Spektrum von Mobile Health durch Smartwatches und Smartphones über Big Data in Forschung und Krankenversorgung bis hin zur Robotik in der Krankenpflege. Sie können bereits jetzt mit einer Smartwatch wesentliche Herz-Kreislauf-Parameter erfassen, dazu die körperliche Aktivität, die kontinuierliche Blutzuckermessung, die Erfassung einer Schlafapnoe bis hin zur Verifizierung von REM-Phasen über eine Integration verschiedener Parameter. Gesundheitsdaten können ohne Praxisbesuch erhoben und kontinuierlich übermittelt werden. MobileHealth wird damit in Zukunft Patienten entlasten, die in Ihrer Mobilität eingeschränkt sind. Und MobileHealth wird zur Schließung von Versorgungslücken in ländlichen Regionen beitragen. Mit noch mehr Optimismus kann man sich davon auch erhoffen, dass wir durch MobileHealth wieder mehr Zeit für die direkte Interaktion mit unseren Patienten gewinnen. Big Data und künstliche Intelligenz werden dazu beitragen, Diagnosen schneller und sicherer zu stellen, Zufallsbefunde richtig einzuordnen, aber auch die Sicherheit im Gesundheitswesen zu erhöhen. Stellen Sie sich eine Injektionsnadel vor, die überprüft, ob die Flüssigkeit, die Sie infundieren, tatsächlich das enthält, was dem Patienten verabreicht werden soll. Wir stehen noch ganz am Anfang und Datenschutz, Qualitätssicherung und Haftungsüberlegungen stehen häufig auf der Bremse. Umso erfreulicher ist es, dass unsere Gesundheitspolitik, sehr geehrte Frau Staatssekretärin Widmann-Mauz, die Zeichen der Zeit erkannt und innerhalb des letzten Jahres die Weichen in Richtung Digitale Medizin mit dem eHealth-Gesetz gestellt hat. Darauf bin ich zuvor ja schon kurz eingegangen. Bis 2018 soll die Gesundheitskarte Medikationspläne enthalten und damit auch zur Reduktion unerwünschter Arzneimittelnebenwirkungen beitragen. Die Inhalte sind erfreulich aber das Tempo darf nicht so bleiben.

Bereits 2004 hat das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen, dass bis spätestens 2006 die Erweiterung der elektronischen Krankenversicherungskarte zur elektronischen Gesundheitskarte erfolgen soll. Das Argument, keine gläsernen Patienten zu wollen, hat das ganze um mehr als eine Dekade verzögert. Obwohl eine elektronischen Medikamentendokumentation mit systematischer Überprüfung von Arzneimittelinteraktionen pro Jahr mutmaßlich tausende von Todesfällen verhindern könnte.

In welcher Rolle sieht sich nun die DGIM? Die DGIM will die Digitale Medizin aktiv mitgestalten und ihre Mitglieder mitnehmen. Wir haben auf diesem Kongress insgesamt elf Symposien und Veranstaltungen zu diesem Thema. Wir wollen zur Qualitätskontrolle beitragen im Hinblick auf Reproduzierbarkeit von Messungen, Datensicherheit und Risiken der Manipulation. Und wir wollen unsere Patienten mit einbeziehen. Und in diesem Rahmen werden wir auch ein hochdotiertes Forschungsprojekt zum Thema Digitale Medizin ausloben und fördern. Und zur Vertiefung des Themas darf ich Ihnen nochmals die Lektüre der eben erschienenen FAZ-Beilage ans Herz legen, die auf Initiative der DGIM entstanden ist.

Wissenschaft und Forschung

Die DGIM dient der Förderung von Wissenschaft und Forschung. So steht es prominent in unserer Satzung.

Gerade die klinische Forschung muss mit allem, was in unseren Kräften steht, gestützt werde. Heute, wo sie so existenziell gefährdet ist. Die klinische Forschung ist eine elementare Voraussetzung für den Fortschritt in der Medizin. Sie ist aber nur dann möglich, wenn Ärztinnen und Ärzte fundierte Kenntnisse im wissenschaftlichen Arbeiten besitzen und auch bereit dazu sind, Klinik und Forschung zu kombinieren. Ein erheblicher Teil der klinischen Forschung wird im deutschen System von Ärztinnen und Ärzten in der Weiterbildung durchgeführt. Sie hat deshalb nur eine Zukunft, wenn Medizinerinnen und Mediziner willens sind, Weiterbildung und Forschung parallel durchzuführen und in der Regel zusätzlich auch noch Lehraufgaben zu übernehmen. Die Habilitation und die Apl-Professur sind in unserer

medizinischen Wissenschaftskultur in Anbetracht unserer finanziellen Möglichkeiten ein wesentlicher Stimulus für die klinische Forschung. Und ich sage das bewusst und entgegen der Empfehlung des Wissenschaftsrates. Die Phase fällt in einen Lebensabschnitt der Ärztinnen und Ärzte, in dem auch die Familienplanung fällig ist. Und darüber hinaus wird eine vernünftige Work-Life-Balance eingefordert. Das alles unter einen Hut zu bekommen ist schwierig und funktioniert ohne neue Strukturen nicht. Entsprechend ist die Unzufriedenheit groß. Eine kürzlich durchgeführte Umfrage vom Bündnis Junge Ärzte der DGIM und des BDI hat das auch gezeigt: mehr als zwei Drittel der Befragten sind mit den Bedingungen für Weiterbildung und wissenschaftliches Arbeiten in Deutschland nicht zufrieden.

Manche von Ihnen höre ich jetzt sagen, das war schon immer so, die müssen halt die Zähne zusammenbeißen wie wir auch. Weit gefehlt. Denn erstens steuern wir auf einen gigantischen Ärztemangel und damit Bewerbermangel insbesondere in der akademischen Medizin zu. Und zweitens kommt nach der Generation Y die Generation Z, das sind die nach 1995 Geborenen, die sich jetzt also gerade im Medizinstudium befinden, und mit Druck geht da gar nichts. Und so wie sich Industrieunternehmen auf die Generationen Y und Z einstellen, müssen das auch die Kliniken machen.

Ich zitiere hierzu drei Empfehlungen einer renommierten Personalagentur: 1. Kommunizieren Sie auf Augenhöhe, die Z's reagieren empfindlich auf Bevormundung. 2. Schenken Sie ihnen Gehör und öffnen Sie sich ihrer Arbeitsweise und ihren Anliegen und 3. Erwarten Sie wenig Verständnis für harte Kritik. Rechnen Sie Ihrerseits aber damit, hart kritisiert zu werden.

Das eben Genannte liefert die Grundkultur, die natürlich nicht nur von den klinischen Abteilungen, sondern auch von den Fakultäten und den Verwaltungen verstanden werden muss. Und hier wäre auch das Allerweltsthema Bürokratieabbau zu platzieren. Wichtig ist daneben ein strukturiertes Weiterbildungs- und Forschungskonzept, ein Curriculum für die klinisch Forschenden, für wissenschaftlich und klinisch tätige Ärzte, für die Clinician Scientists. Dabei geht es nicht nur um geschützte Zeit und Freistellung für die Forschung, sondern auch um klare Strukturen in der Weiterbildung. Die Forschenden möchten nicht riskieren, dass sie während der Forschungsfreistellung von anderen überholt werden oder im Nadelöhr der

Schwerpunktfunktionsbereiche stecken bleibe. Die DGIM hat ein solches Curriculum entwickelt, einen Flyer hierzu finden Sie in der Kongresstasche. Das Curriculum „Facharztweiterbildung Innere Medizin (Schwerpunkt) und Habilitation“ soll als Strukturvorschlag und Anregung für wissenschaftsaktive internistische Abteilungen verstanden werden. Wir haben das Curriculum in Zusammenarbeit mit der Landesärztekammer Niedersachsen in Göttingen erprobt. Liebe Frau Kollegin Wenker, Sie haben als Präsidentin der LÄK Niedersachsen uns sehr unterstützt, vielen Dank. Das Curriculum wurde mit allen internistischen Schwerpunkten diskutiert und für gut befunden. In der Sektion Chances des Kongresses am Dienstag stellen wir das Curriculum in einer Veranstaltung zusammen mit der Deutschen Forschungsgemeinschaft vor.

Meine Damen und Herren, eine ganz wesentliche Bedrohung der klinischen Forschung sehe ich auch in der Ökonomisierung der Medizin und der Unterfinanzierung der Universitätskliniken begründet. Die DGIM konnte ihre Sorge diesbezüglich in einem kürzlich erschienen FAZ-Artikel unter dem Titel „Frustrierte Ärzte sind das Ende der Forschung“ zum Ausdruck bringen. Die deutschen Universitätskliniken sind hoffnungslos unterfinanziert. Zusammen akkumulieren sie jährlich ein Defizit im dreistelligen Millionenbereich. Und obwohl es zumindest andeutungsweise im Koalitionsvertrag steht, hat sich bisher nichts Wesentliches getan. Der erforderliche Systemzuschlag, wie ihn Unikliniken in andern Europäischen Ländern erhalten, wird bei uns von der Politik abgelehnt. Die alternativ von der zuständigen Bund-Länder-Arbeitsgruppe vorgeschlagene Zusatzfinanzierung der Hochschulambulanzen ist in ihrem Effekt noch völlig unklar und in weiter Ferne.

Die Auseinandersetzung mit den Nebenwirkungen der Ökonomisierung in der Medizin ist eines der priorisierten Themen im DGIM-Programm 2020.

Klug entscheiden

Meine sehr verehrten Damen und Herrn, ich komme zu meinem letzten Punkt. Gerade in Anbetracht des rasanten medizinischen Fortschritts und der nahezu unbegrenzten Möglichkeiten ist die evidenzbasierte individuelle Ärztliche Beratung und Behandlung unserer Patienten von großer Wichtigkeit. Umso bedeutungsvoller ist gerade jetzt die Qualitätsinitiative Klug entscheiden der DGIM zusammen mit allen internistischen Schwerpunkten. Prof. Hallek hat Ihnen KE bereits vor einem Jahr angekündigt, und im vergangenen Jahr konnten wir entscheidendes bewegen. Bei Klug entscheiden geht es um die Indikationsqualität und diese ist aktuell deshalb so wichtig, weil die Qualitätsoffensive der Gesundheitspolitik die Ergebnisqualität priorisiert. Wir alle wünschen uns exzellente Behandlungsergebnisse. Ein Behandlungsergebnis ist aber nur dann ein gutes, wenn die Indikation gestimmt hat.

In den letzten 12 Monaten hat die DGIM zusammen mit allen internistischen Schwerpunkten und assoziierten Fachgesellschaften insgesamt 120 Klug entscheiden-Empfehlungen erarbeitet.

Gegenwärtig veröffentlicht das Deutsche Ärzteblatt die 120 erarbeiteten Empfehlungen der Internisten. Die Sonderdrucke der ersten Themen liegen Ihnen vor. Außerdem werden alle 120 Empfehlungen während dieses Kongresses in Symposien vorgestellt wie auch die interessanten Ergebnisse unserer Mitgliederbefragung zu diesem Thema.

Klug entscheiden-Empfehlungen sollen eine Unterstützung der Ärztinnen und Ärzte bei der Indikationsstellung sein. Klug entscheiden-Empfehlungen sollen auch dem Patienten helfen, sich für eine sinnvolle Maßnahme zu entscheiden. Sie sollen aber auch Ärzte unterstützen, wenn es darum geht, einen Patientenwunsch um Durchführung einer nicht sinnvollen Maßnahme zurückzuweisen. Und ich sagte es zuvor, Klug entscheiden soll auch sensibilisieren dafür, dass nicht immer alles gemacht werden muss, was machbar ist. Die Grundeinstellung, möglichst viel oder eben alles zu machen, wird uns im Studium in die Wiege gelegt. Die Faszination des Machbaren führt dann unweigerlich zu einer Vernachlässigung der Fokussierung auf das

notwendige und sinnvolle. Deswegen fördert die DGIM auch das Forschungsprojekt „Klug entscheiden in der Lehre“.

Vor einer Woche ist zu diesem Thema ein sehr lesenswerter Artikel von David Casarett von der University of Pennsylvania im New Engl J of Medicine erschienen: The Science of Choosing Wisely – Overcomming the Therapeutic Illusion. Casarett ermahnt uns Ärzte, nicht der Illusion des Therapieerfolges zu unterliegen und unsere Maßnahmen sorgfältig zu überdenken. „Before you conclude that a treatment was effective, look for other explanations. If you see evidence of success, look for evidence of failure. Auch er schlägt zur Eingrenzung der therapeutischen Illusion vor, bereits im Medizinstudium zu beginnen. Casarett warnt aber auch, dass eine Desillusionierung der Ärzte zu Unterversorgung führen könnte. Und deshalb ist es gut, dass wir im Gegensatz zur amerikanischen Initiative sowohl Überversorgung als auch Unterversorgung adressieren. Schließlich warn er vor Erstellung der Coosing Wisely-Empfehlungen alleine durch die Schwerpunktgesellschaften und plädiert für einen breiteren Ansatz. Und auch da sehe ich uns mit unserem Konsensusprozess über alle internistischen Schwerpunkte gut aufgestellt.

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin nimmt Ihre wichtige Aufgabe als konnektive und integrative Kraft der internistischen Schwerpunkte aktiv, zukunftsgerichtet und verantwortungsbewusst wahr, zum Wohle unserer Patienten.

Vielen Dank

Zum Abschluß hören wir noch einmal das Hyperion Trio. Ludwig van Beethoven, Klaviertrio Es-Dur, Opus 1 Nr. 1, 1. Satz: Allegro