

Vortrag der Vorsitzenden der  
Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin  
anlässlich des 123. Kongresses

Prof. Dr. Petra-Maria Schumm-Draeger (München) am 30. April 2017

**Medizin im 21. Jahrhundert – Transformation und Ethos**

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

Zu den größten Privilegien einer Präsidentschaft zählt es, einen persönlichen Beitrag im exklusiven Format der präsidentialen Rede einzubringen – verstanden als Zusammenfassung der dem Kongress zugrundeliegenden Themenauswahl, Intentionen und Botschaften für Teilnehmer des Kongresses sowie für die respektablen Annalen der Gesellschaft. Ich freue mich über diese Aufgabe, und um meine Ausführungen zu begrenzen, darf ich augenzwinkernd und ganz im Sinne des Dialoges auf Oscar Wilde verweisen. Frei zitiert formulierte er: Ich bin gern der einzige, der redet - das spart Zeit und verhindert Diskussionen und Streitereien.

Sinnbildlich für das Kernthema dieses Kongresses steht das expressionistisch-abstrakte Gemälde des russischen Malers Wassily Kandinsky mit dem Titel „Ein Zentrum“.

Kandinsky schuf dieses Bild im Jahre 1924 in einer Zeit des Wandels, sowohl intern, auf privat-künstlerischer Ebene, als auch extern nach dem Ende des ersten Weltkrieges, der Oktoberrevolution in Russland und der fragilen wirtschaftlichen und politischen Weltlage.

Im Sinne der verwendeten expressionistischen Ausdrucksform eröffnet „Ein Zentrum“ ein weites Feld der Deutung dessen, was Kandinsky dem Betrachter „mitgeben“ wollte.

Sie, sehr verehrte Damen und Herren, könnten jetzt – mit Recht – die Frage stellen, was eine Ärztin und Kongresspräsidentin, neben dem genuin femininen Hang zu ästhetischen Farbspielen, dazu bewegt hat, diesem schwer zu

dechiffrierenden Gemälde im Rahmen des diesjährigen 123. Internistenkongresses zu einer derartigen Präsenz zu verhelfen.

Drei wichtige Aspekte dieses Gemäldes erscheinen mir relevant für diesen Kongress:

### 1. **Wandel und Wechsel.**

Das Kunstwerk stand zum Zeitpunkt seiner Entstehung für etwas Neuartiges und Ungewohntes, für starke Umbrüche, Energie und scheinbare Gegensätzlichkeiten. Es kann als Metapher für alle Gruppen, Institutionen und Organisationen angesehen werden, die in innerem Diskurs angesichts divergierender Einzelelemente und Einflüsse stehen. Vor diesem Hintergrund beeindruckend ist die packende Gesamtenergie, die vom Bild ausgeht, sobald der Betrachter in die holistische Perspektive wechselt.

### 2. **Ambivalenz und Ablehnung**

Der provokative und komplexe Eindruck, den das Werk zu seiner Entstehungszeit machte, entsprang sicher dem Wunsch des damaligen Betrachters, im Zuge einer oberflächlichen Analyse etwas Gewohntes, d.h., etwas Gegenständliches zu finden. Heute wie damals verschließt sich diese Komposition einer schnellen und oberflächlichen Analyse und kann damit als Sinnbild für das auch für uns Ärzte sehr komplexe, gegenwärtige Gesundheitswesen dienen.

### 3. **Zentrum und Ziel**

Die als schwarzer Punkt im Zentrum graphisch deutlich hervorgehobene optische Mitte im Gemälde inmitten einer unruhigen Umgebung, symbolisiert für mich „den Patienten in seinem komplexen Umfeld“.

Wir alle wissen um die Kraft der Ausrichtung auf ein gemeinsames Ziel, auf ein gemeinsames Zentrum im Sinne unserer zentralen Aufgabe, „die Gesundheit der Patienten zu erhalten und zu fördern“. Die divergierenden Elemente im „Bild von Kandinsky“ werden in der Realität des heutigen Gesundheitssystems durch zahlreiche äußere, nicht-medizinische Determinanten bestimmt. Dazu möchte ich im Folgenden auf zentrale Themenfelder eingehen.

## **Wandel und Wechsel - bis zur Ökonomisierung des Gesundheitswesens**

Ein Jahr nach der Gründung unserer Gesellschaft trat der erste große Wandel im deutschen Gesundheitssystem ein.

Die weltweit erste gesetzliche Krankenversicherung wurde in Deutschland durch das *Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter* vom 15. Juni 1883 als erste Leistung aus dem Bereich der Sozialversicherungen von Otto von Bismarck als Teil des **deutschen sozialversicherungsrechtlichen Solidarsystems** eingeführt. **Der Staat übernahm in diesem Zusammenhang eine aktive Fürsorgepflicht für die Versicherten.**

Heute sind ca. 90% der Bevölkerung in den gesetzlichen Krankenkassen obligatorisch versichert und haben einen staatlich garantierten Anspruch, im Krankheitsfall medizinisch versorgt zu werden.

Dementsprechend besagt §1 des heutigen Sozial-Gesetzbuches V:  
**„Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu *erhalten, wiederherzustellen* oder ihren Gesundheitszustand zu *bessern*.“**

Seit der Etablierung der Solidargemeinschaft im 19. Jahrhundert hat sich bis zum heutigen Tage das Konzept einer Solidargemeinschaft im Gesundheitswesen außerordentlich gut bewährt. In diesem Zeitraum haben sich durch dramatische Fortschritte in der naturwissenschaftlichen und biomedizinischen Grundlagenforschung, den Ingenieurwissenschaften und der Entwicklung neuer Technologien in immer schnellerer Folge neue diagnostische und therapeutische Versorgungsoptionen ergeben.

Viele vor dieser Zeit nicht behandelbare Krankheiten können durch den medizinischen Fortschritt in Forschung und Entwicklung erstmals behandelt oder gar geheilt werden, wie es zum Beispiel die Verfügbarkeit antibakteriell wirksamer Medikamente und später die Antibiotika oder die Einführung des Insulins vor mehr als 90 Jahren eindrucksvoll zeigt. Mit einer kontinuierlichen Zunahme moderner Diagnostik- und Behandlungsmethoden, die von innovativer Krebstherapie, Organtransplantation bis hin zu moderner antipsychotischer Behandlung schwerster psychischer Störungen sowie der in Deutschland besonders umstrittenen Therapie mit gentechnisch veränderten Zellen oder der direkten Gentherapie reicht, wurden die

Handlungsmöglichkeiten immens gesteigert, um nur einige wenige Beispiele zu nennen.

Das Ausmaß des Wandels hat sich in allen Bereichen des Lebens, so auch in der Medizin in den letzten Jahren weiter beschleunigt, wobei der Einfluss der „digitalen Revolution“ in ihrem ganzen Umfang bisher nur zu erahnen ist. Sicher ist jedoch, dass es sich um eine „vierte<sup>1</sup> industrielle Revolution“ handelt, die vor dem Gesundheitssektor nicht haltmachen wird.

<sup>1</sup> Dampfmaschine – Massenproduktion – EDV Einführung – Industrie 4.0

Der mit dieser grandiosen Entwicklung einhergehende Anspruch, die bestehenden Möglichkeiten für das Individuum auszuschöpfen und in einer dem ärztlichen Ethos entsprechende Weise anzuwenden führte – logischerweise – zu steigenden Kosten. Durch den parallel fortschreitenden demographischen Wandel verlief diese Steigerung zunehmend exponentiell, wobei Ihnen, sehr geehrte Damen und Herren, die in den letzten Jahren durch den Gesetzgeber erfolgten Maßnahmen zur Kostenreduktion im Gesundheitssystem sicherlich nicht entgangen sind – sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich.

Allgemein und vereinfachend gesprochen gibt es im genannten System eine Anzahl von interagierenden Variablen. Hier sind **Leistungsumfang**, Effizienz und Qualität der **Leistungserbringung** aber auch die **Gesamtkosten** zu nennen. Dem vielgebrauchten Begriff „Ökonomisierung“ näherte sich – mit dem Ziel definitorischer Klarheit – der Deutsche Ethikrat im vergangenen Jahr in seiner Stellungnahme „Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus“. Auf die verschiedenen Facetten von Ökonomisierung als ethische Herausforderung in der Gesundheitsversorgung wurde hingewiesen. Hierbei bezog sich der Ethikrat auch auf Ausarbeitungen der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer, welche schon im Jahr 2013 folgende Definition vorgeschlagen hatte:

„Eine Ökonomisierung liegt vor, wenn betriebswirtschaftliche Parameter jenseits ihrer Dienstfunktion für die Verwirklichung ordinärer medizinischer Aufgaben eine zunehmende Definitionsmacht über individuelle und institutionelle Handlungsziele gewinnen“.

Realiter war ein wesentlicher Ansatz mit dem Ziel einer Steigerung der Effizienz und Reduktion der Versorgungskosten im stationären Bereich die Abkehr vom Prinzip der Kostenerstattung für medizinische Leistungen und die Einführung von Diagnose-bezogenen Fallgruppen-Pauschalen für Krankenhausleistungen, den sog. DRGs in Deutschland im Jahre 2003. Seit dieser Zeit wurde das DRG-System kontinuierlich modifiziert und erweitert, verbunden mit immensem zusätzlich erforderlichem Verwaltungsaufwand.

Zudem wurde der Tatsache, dass Personalkosten für Ärzte und Pflegepersonal einen wesentlichen Anteil der Aufwendungen für ein Krankenhaus ausmachen nur bedingte Aufmerksamkeit geschenkt. Bedeutet Effizienzsteigerung in der Medizin – wie auch in allen anderen Bereichen der Wirtschaft – doch letztlich: weniger Menschen für mehr Arbeit. Eine Automatisierung von Prozessen ist in der Klinik jedoch, trotz stetig wachsender technischer Möglichkeiten nur in einem begrenzten Umfang möglich, da sich menschliche Interaktion mit dem Patienten, Zuwendung und Empathie nicht maschinell abbilden lassen.

Als betriebswirtschaftliches Fazit der genannten Maßnahmen kann man – vereinfachend – feststellen, dass das Ziel einer Fallkostenreduzierung im stationären Bereich nicht erreicht wurde, allenfalls eine Verlangsamung der Kostensteigerungen.

Für das *ärztliche Handeln* hingegen hatte die Einführung des DRGs einige unerwünschte Nebenwirkungen – wie man bei der Beschreibung von Arzneimitteln sagen würde:

Wie ich es bereits in meinem Einladungsschreiben bemerkt habe, zog diese „ökonomisch gesteuerte Neuausrichtung“ eine neuartige Verknüpfung zwischen Indikationsstellung und Kostenerstattung nach sich, die in letzter Konsequenz zu einer *ökonomischen* Bewertung von *klinischen* Diagnosen, von Diagnostik und Therapie, führte.

Durch die extern auf Basis von Referenzkliniken festgelegten Pauschalsummen als fixe Entlohnung für eine bestimmte Diagnose wurde zum einen in systematischer Weise ein planwirtschaftliches Vorgehen implementiert, zum anderen der individuelle Aufwand und Kosten der Klinik von der Erstattung abgekoppelt. Trotz regelmäßiger Adaptation der Fallpauschalen führte dieses System zu einer Separation von Diagnosen und Fächern mit hoch- und solchen mit niedrigdotierten DRGs, also für die Klinik *gewinn-* oder *verlust-*bringende Fallpauschalen. Dem Gesetz von Angebot und Nachfrage folgend induzierte

dies in manchen Bereichen eine Mengenausweitung bis zur „Überversorgung“ und in anderen eine schleichende Reduzierung des Angebots und damit eine sogenannte „Unterversorgung“.

Zusätzlich stellte sich eine neuartige Competition auch zwischen den verschiedenen Schwerpunkten der Inneren Medizin ein. Technische Interventionen werden hoch dotiert, sprechende Medizin wird nicht-kostendeckend honoriert.

Nicht mehr rentable Klinikabteilungen wurden aufgelöst, und ein intensiver Wettbewerb um sogenannte „-lukrative Patienten“ ist eröffnet. Kliniken wurden zulasten der Qualität, hier sei alleine nur auf allfällige Hygieneskandale verwiesen, betriebswirtschaftlich durchoptimiert. Medizinethische Bedenken und negative Auswirkungen auf das Patientenwohl wurden dabei offensichtlich nur unzureichend berücksichtigt.

Auf *systemischer Ebene* fehlt – trotz der an vielen Stellen allzu betriebswirtschaftlich geformten Strukturen – derzeit durch pauschalisierte und einheitlich festgelegte Pauschalpreise dennoch die regulative Kraft des freien Marktes, die in einer *tatsächlich* ökonomischen Art und Weise zu einem dynamischen Gleichgewicht auf der Basis von Angebot und Nachfrage führen könnte. In einem freien Markt müssten bei Überangebot schlicht die Preise für eine Fallpauschale sinken, bei zu geringem Angebot (Unterversorgung) müssten die Preise für die Fallpauschale steigen.

Der Patient würde dann endgültig zum Kunden im ökonomischen Sinne mutieren, der Dienstleistungen nur zum Bestpreis einkaufen sollte.

Wie sie meinen vorangegangenen Ausführungen entnehmen können, ist es mir ein Anliegen, den zentralen Fehler aufzuzeigen: Der Patient – der kranke Mensch – kann aus vielerlei Gründen das Produkt medizinische Hilfe nicht frei auswählen und erwerben wie ein Kleidungsstück oder eine belanglose Dienstleistung. Der Patient ist mehr als nur ein Konsument.

Das *ärztliche Berufsbild* erfährt derzeit ebenfalls drastische Veränderungen, wobei das veränderte System dazu führt, dass aus Ärzten Klinikmanager werden sollen, die sich zu zentralen Elementen dieser Ökonomisierungstendenzen machen lassen und das Primat der gesundheitlichen Daseinsvorsorge plötzlich zu einem „Marktgeschehen“ mutiert.

Um entsprechendes Handeln noch weiter zu forcieren, bieten

Krankenhausträger der Ärzteschaft folgerichtig Bonusverträge an, die an die Art (gewinn- oder verlustbringend) sowie die Zahl der Fallpauschalen gekoppelt sind. Wenngleich Ärzte letztlich so am Profit der Kliniken und Klinikträger partizipieren, führt das Vorgehen zu falschen und gefährlichen Anreizen und *ökonomisch getriggelter Indikationsstellung*. Es ist daher aus ärztlicher Sicht abzulehnen. Denn wenn die Indikationsstellung für Diagnostik und Therapie aus ökonomischen Gründen optimiert wird, leidet zunächst das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient in unkorrigierbarer Art und im schlimmsten Fall kann eine „optimierte Diagnose und Behandlung“ zur „Fehldiagnose und Fehlbehandlung“ werden, die den Patienten nur schädigt.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, eine medizinische Leistung ist kein industriell gefertigtes Produkt – denn der Patient hat keine Wahl, er oder sie leidet. In Anlehnung an philosophische Betrachtungen meines Vorredners Prof. Nida-Rümelin in Form des Essays „Warum Entscheidungen notwendig frei sind“ ist das Individuum in einer nicht dem Determinismus verhafteten Sichtweise zu freien Entscheidungen befähigt – bei gegebenen Voraussetzungen.

Für meine philosophische Laiensicht kommt dieses System im Falle einer vorliegenden Krankheit jedoch nachhaltig ins Ungleichgewicht bis zur Verunmöglichung einer im engeren Sinne *frei* getroffenen Entscheidung. Noch schwerwiegender erscheint jedoch der potentielle Verlust an zukünftiger Handlungsfreiheit in vielerlei Hinsicht bei Persistenz der vorgenannten Umstände im Zuge einer nicht oder nachlässig erfolgten Behandlung der Krankheit. Die bestmögliche Gesundheit ist nicht *Option* im freien Leben, sondern *Voraussetzung* für ein freies Leben.

Ich bin überzeugt, dass wir als Ärzte, neben der Wahrnehmung unserer praktischen Aufgaben in der Patientenversorgung, auch die Verpflichtung haben, aufgrund unserer Expertise und Kompetenz einen Beitrag zu gesundheitspolitischen, aber auch gesellschaftspolitischen Entwicklungen in den Diskurs einzubringen. Wie viele Umfragen immer wieder zeigen: Die Gesamtgesellschaft bringt dem ärztlichen Berufsstand ein besonders hohes Maß an Vertrauen entgegen. Dieser Vertrauensvorschuss wiederum sollte für uns Verpflichtung sein, nicht nur unser „praktisches“ Handwerk auszuüben, sondern auch das gesundheitspolitische Umfeld im guten Sinne für die Patienten zu beeinflussen.

Allerdings darf auch nicht vergessen werden, dass unser gesamtes Gesundheitssystem auf den „finanzierenden Solidargemeinschaften“ beruht: Zu nennen sind die obligatorisch Versicherten in der gesetzlichen Krankenkasse, die „freiwillig“ Versicherten in den privaten Krankenkassen und zusätzlich die öffentlichen Haushalte, also die Solidargemeinschaft der Gesamtbevölkerung.

Im gesundheitspolitischen Austausch müssen diese Solidargemeinschaften bestimmen, welche Summe die Bevölkerung bereit ist insgesamt für das Gesundheitswesen auszugeben. Liegt diese Summe unter dem medizinisch notwendigen Bedarf, bliebe keine andere Option als die Gesundheitsleistungen für alle oder nur für bestimmte Gruppen zu limitieren. Aus meiner Sicht ist Transparenz im Umgang mit den genannten Problemen und das Schaffen eines Bewusstseins in der Bevölkerung von zentraler Bedeutung.

## **Ambivalenz und Ablehnung**

Wie bei der vorherigen Interpretation des Bildes von Kandinsky könnte man nun vermuten, dass der Wechsel von einem alten, über viele Jahre wohlbekannten und deshalb von den meisten akzeptierten, kostenorientiertes Krankenhauserstattungs-System zu einem neuen, hoch-komplexen industriell-betriebswirtschaftlich orientierten Preisfindungs-System zumindest zur Ambivalenz der Betroffenen oder gar zur Ablehnung und zur Suche nach dem Altvertrauten führen muss.

Ich habe versucht, Ihnen anhand von sogenannten „Nebenwirkungen“ des neuen Systems darzustellen, dass es nicht die Scheu vor einem Wechsel war und ist, sondern dass gute und objektiv belegbare Gründe vorliegen, die zeigen, dass der Wechsel misslungen ist und dies nicht zuletzt deshalb, weil das eigentliche Ziel einer Kostenreduktion im stationären Bereich nicht erreicht wurde.

Aber der weitaus tieferliegende und gewichtigere Grund ist, dass Patienten, Patientenwohl, Gesundheit und medizinische Leistung sich nicht nach den Kategorien einer gewinnorientierten, betriebswirtschaftlich ausgerichteten Methode der industriellen Produkt-Fertigung optimieren lässt.

Der Mensch, das Vertrauensverhältnis Arzt-Patient, der persönlich-menschliche Einsatz von Pflege und Ärzten, die Zuwendung sowie die wertorientierte, ethische Haltung der neudeutsch formulierten „Service-Provider“ entzieht sich einer betriebswirtschaftlichen Quantifizierung.

Dies erkennend hat sich die DGIM-Kommission „Struktur-Krankenversorgung“ im vergangenen Jahr ein innovatives Projekt zum Thema der fortschreitenden Ökonomisierung der Medizin und der damit verbundenen Auswirkungen für die ärztlich-internistische Arbeit in den Kliniken etabliert und konsequent bearbeitet.

Zusammen mit den Vertretern der Schwerpunkte und assoziierten Fachgesellschaften der DGIM und Mitgliedern des DGIM-Vorstandes wurde begonnen, Ärztinnen und Ärzten eine erste Orientierung und Hilfestellung in Form eines Klinik Codex „Medizin vor Ökonomie“ zu erarbeiten und bereitzustellen, mit dem Ziel: *Eine wertorientiert Integration ärztlichen Handelns in einer durch ökonomische Leit- und Erfolgsbilder dominierten Medizin zu gewährleisten.*

Ich freue mich gemeinsam mit allen Beteiligten sehr darüber, dass es gelungen ist, auf unserem diesjährigen Kongress den neuen Klinik Codex „Medizin vor Ökonomie“ vorzustellen. Ich bedanke mich sehr herzlich bei allen, die mitgeholfen haben, diesen Klinik Codex detailliert zu erarbeiten.

Die DGIM möchte, neben der Unterstützung ihrer Mitglieder und Kooperationspartner, hierdurch auch eine klare Position zur Ökonomisierung der Medizin in den gesamtgesellschaftlichen Diskussionsprozess einbringen.

Der neue Klinik Codex „Medizin vor Ökonomie“ ist und wird niemals etwas Statisches oder vollständig Perfektes sein. Vielmehr soll der Klinik Codex einen wichtigen Rahmen anbieten zur Einschätzung von Entwicklungen, die ein hohes Gefahrenpotenzial in sich bergen, dass wir Ärztinnen und Ärzte von unserer wichtigsten Aufgabe abgelenkt werden.

Der Schlusssatz des neuen Klinik Codex Medizin vor Ökonomie soll unsere Haltung aufzeigen:

Ich zitiere:

*„Wir werden unsere ärztliche Heilkunst ausüben, ohne uns von wirtschaftlichem Druck, finanziellen Anreizsystemen oder ökonomischen Drohungen dazu bewegen zu lassen, uns von unserer Berufsethik und den Geboten der Menschlichkeit abzuwenden.“*

Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich appelliere im Sinne einer Rückbesinnung auf diese traditionellen Werte des Arztberufes an Sie. Nur mit diesem Selbstverständnis und einer transparenten Kommunikation der Werte, ist es aus meiner Sicht möglich, auch zukünftig adäquate Möglichkeiten im Sinne des Patienten sicherzustellen.

## Zentrum und Ziel - und Zukunft

Sehr verehrte Damen und Herren, nachdem ich bisher den Schwerpunkt meiner Überlegungen auf Umstände und unerwünschte Folgen der Ökonomisierung gelegt habe, gilt es, neben dem Blick auf das Zentrum und Ziel unseres ärztlichen Tuns auch eine Projektion in die Zukunft zu wagen, um ein valides Gesamtbild der „modernen Inneren Medizin jetzt und in der absehbaren Zukunft“ zu erhalten.

Angesichts der Vielzahl von Strömungen und Einflüssen, die neben den dargestellten ökonomischen Aspekten auch wissenschaftlicher oder berufspolitischer Natur sein können, entsteht der Eindruck, dass das *einende heilkundlich-ethische Konzept* der Inneren Medizin Gefahr läuft, verlorenzugehen.

Dass dieses Thema keine neue Fragestellung der letzten Jahre ist, möchte ich mit einem Zitat aus der 1. Eröffnungsrede der 1. Sitzung des 1.

Internistenkongresses in Wiesbaden am 20. April 1882, gehalten von Friedrich Theodor von Frerichs, verdeutlichen:

*„Die innere Heilkunde ist berufen, diese Einheitsidee festzuhalten und auszubauen; durch eigene Arbeit und selbstständiges schaffen, jedoch auch durch willige Verwertung der Bausteine, welche die Einzelfächer und Hilfswissenschaften uns heranbringen. Die innere Heilkunde ist und bleibt der segenspendende Strom, von welchen die Spezialfächer wie Bäche sich abzweigen und gespeist werden, die aber im Sande verrennen und versiegen werden, wenn sie sich abtrennen.“*

In den vergangenen Jahren ist uns allen sehr deutlich geworden, dass wir uns in einer Phase großer Fortschritte, aber auch großer und sehr unterschiedlicher Herausforderungen und Unsicherheiten bewegen. Als Ärzteschaft sind wir Bestandteil einer freiheitlich orientierten demokratischen Gesamtgesellschaft und mit den uns vertrauenden Patienten ein, wenn nicht das zentrale Element des Gesundheitssystems.

In diesem komplexen Umfeld, in dem sich das Gesundheitswesen und wir Ärztinnen und Ärzte jeden Tag bewegen, erscheint es ratsam, das Wissen und die Kräfte der einzelnen ärztlichen Interessengruppen, Gesellschaften und Organisationen zu bündeln.

Ich darf die Behauptung wagen, dass keine einzelne, sich wie auch immer definierende Interessengruppe in der ärztlichen Gemeinschaft der Inneren Medizin, zukünftig ausreichend in der Lage sein wird, alten Anforderungen und neuen Herausforderungen alleine zu begegnen:

Wir erleben eine verstärkte Internationalisierung medizinischen Wissens in Forschung, Lehre und klinischer Anwendung. In diesem Zusammenhang freue ich mich sehr darüber, dass der Kongress der European Federation of Internal Medicine (EFIM) 2018 in Deutschland stattfinden wird. Die uns zukommende Gastgeber-Rolle zeigt auch die hohe internationale Wertschätzung für die deutsche Innere Medizin und ihre Organisationen auf.

Die ethischen Herausforderungen der Ökonomisierung, genauso wie die angemessene Adaption der digitalen Transformation im Gesundheitssektor und neu sich entwickelnde Zweige der medizinischen Wissenschaft beispielsweise die Gender-Medizin müssen mit gemeinsamem Sachverstand bearbeitet und begleitet werden. Die unterschiedlichen Perspektiven und Fachkompetenzen in der Inneren Medizin werden uns ermöglichen, die neue Komplexität mit sicherem Urteilsvermögen zu bewältigen. Lassen Sie uns gemeinsame Anstrengungen unternehmen, dieses Synergiepotential zu nutzen.

Die Gesamtheit der Inneren Medizin in Deutschland hat als Einheit die besten Chancen, in den auf uns zukommenden Zeiten des Wandels und Wechsels die richtigen und konstruktiven Antworten zu geben, und proaktiv zukünftige Entwicklungen mitzugestalten.

Wir wissen um die vielfältigen Zusammenhänge und Verknüpfungen zwischen den Teilgebieten und Spezialisierungen der Inneren Medizin. Wir wissen um die stets vorhandene Versuchung, unsere Gemeinsamkeiten in der fortschreitenden Spezialisierung der Medizin zu vernachlässigen. Wir wissen aber auch, dass Medizin von Menschen für Menschen gemacht wird, und wir damit im Sinne unserer Patienten dazu verpflichtet sind, den fachlichen und menschlichen Austausch über alle Unterschiedlichkeiten hinweg zu leben. Kandinskys Bild sollte uns dabei ermutigen, Vielfältigkeit und Unterschiedlichkeit nicht als Hindernisse für Einheit im Sinne einer gemeinsamen Ausrichtung zu verstehen, sondern als große Chance zu begreifen.

## **Take Home Message**

Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich bin sehr stolz darauf, dass ich Ihre Präsidentin sein darf. Die große Tradition dieses 123. Kongresses, und die äußerst respektable Reihe meiner Vorgängerin und Vorgänger in diesem Präsidentenamt, waren für mich weniger Last als Ansporn, mit Ihnen gemeinsam die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin darin zu unterstützen, vorbereitet zu sein auf die Zukunft.

Lassen Sie mich abschließend meine Wünsche für eine gute Zukunft der Inneren Medizin formulieren:

### **Was wünsche ich mir deshalb für uns alle gemeinsam?**

#### **Wachsamkeit**

Ich wünsche mir unsere gemeinsame Wachsamkeit gegenüber allen Versuchen und Rahmensetzungen, unser ärztliches Handeln in einer Weise zu beeinflussen, welches nicht dem Patientenwohl dienlich ist. Wir haben als Ärzteschaft die Pflicht, das von den Patienten in uns gesetzte Vertrauen zu rechtfertigen. Dieses gibt uns das Recht, Position zu beziehen und uns in die für uns wichtigen Themen unseres Gesundheitssystems unserer Gesellschaft konstruktiv einzumischen.

#### **Achtsamkeit**

Ich wünsche mir, dass wir unsere gemeinsame Achtsamkeit aufrechterhalten, um insbesondere jungen Ärztinnen und Ärzten die notwendige Orientierung und Kraft zu geben, ihren Beruf und ihre Berufung uneingeschränkt in den Dienst des Patientenwohls zu stellen. Uns muss dabei stets gegenwärtig sein, dass wir immer auch Vorbild für die jungen Kolleginnen und Kollegen sind, die uns in der gemeinsamen Arbeit für unsere Patienten unterstützen und eines Tages ersetzen werden.

## **Gemeinsamkeit**

Ich wünsche mir für uns die Gemeinsamkeit der medizinischen Disziplinen und der Ärzteschaft der Inneren Medizin, ein Wunsch, der gerade in der langen Tradition dieses Kongresses stets eine große Bedeutung hatte und hat.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, von Frerichs vorgenannte metaphorische Aussage ist auch nach 125 Jahren klar verständlich, und hat nichts an Richtigkeit und Bedeutung verloren.

Betrachten wir seine damalige Rede insgesamt im Wortlaut, gelangen wir auch noch zu einer weiteren, zweiten Überlegung. Gleich am Anfang seiner Rede, und weit bevor er das gerade benannte Zitat ausgesprochen hatte, führte er einen recht pragmatischen Grund für Gemeinsamkeit an:

*„Ist doch der Umfang der ärztlichen Wissenschaft so weit gewachsen, dass kein einzelner das Ganze in allen seinen Teilen umfassen und beherrschen kann.“*

Wir verfügen heute über die Erkenntnisse globaler klinischer Forschung, wir verfügen über modernste Gerätschaften und Technologien, aber würde einer von uns von Frerichs Feststellung, heute und 125 Jahre später, ernsthaft widersprechen?

Meine sehr verehrten Damen und Herren, abschließend möchte ich Ihnen sehr herzlich für ihr Interesse danken, dass wir heute gemeinsam über das „große gemeinsame Bild“ reflektieren konnten.

Dieser 123. Internistenkongress ist mit Sicherheit der richtige Platz, um durch fachlichen und menschlichen Austausch, um durch gemeinsames Nachdenken, und durch gemeinsam verbrachte Zeit neue Energie und neue Ideen für eigene berufliche Tätigkeit zu gewinnen.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen interessante Kongresstage hier in Mannheim mit vielen positiven Begegnungen und Gesprächen.