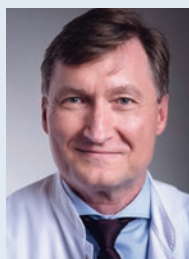


# DGIM aktuell

Newsletter der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin



## Editorial



Sehr geehrte, liebe Mitglieder der DGIM,

der vorliegende Newsletter steht ganz im Zeichen von „Multimorbidität“ und „Multimedikation“. Der demografische Wandel sorgt dafür, dass immer

mehr Menschen immer älter werden und besonders für die Innere Medizin birgt das Herausforderungen: Ältere Patienten haben meist nicht nur ein medizinisches Problem und wo mehrere Krankheiten parallel auftreten, stoßen Leitlinien oft an ihre Grenzen. Der behandelnde Arzt stellt sich die Frage: Muss wirklich alles behandelt werden oder sollte man nur die Gesundheitsstörungen therapieren, die für die Prognose des Patienten am wichtigsten sind? Das ist gar nicht so trivial, da es zu diesen Fragen nur wenige Studien gibt.

Bei Patienten mit verschiedenen Krankheitsbildern ist auch Multimedikation ein Problem: Unterschiedliche Ärzte verordnen unterschiedliche Medikamente – das ist nicht nur organisatorisch schwierig, sondern es stellt sich auch die Frage, welche Präparate man mit Blick auf die Lebensqualität weglassen könnte, obwohl sie der Leitlinie folgend zu verschreiben wären. Das Modellprojekt „AdAM“ verspricht mehr Sicherheit bei der Arzneimitteltherapie für Patienten mit Polypharmazie. Dr. Thomas Gamstätter aus der DGIM Geschäftsstelle erklärt im Interview, was sich hinter dem Projekt verbirgt und welche Hilfestellungen sich Ärzte dadurch erhoffen können.

Multimorbidität und Multimedikation erfordern ein Hinterfragen und ein kritisches Abwägen - hierbei will die DGIM Sie unterstützen, indem wir Informationen zugänglich machen und miteinander im Austausch bleiben.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen eine informative Lektüre des Newsletters!

Ihr

A handwritten signature in blue ink that reads 'Vogelmeier'.

Claus Vogelmeier

## Inhalt

3/2018

### Editorial

#### DGIM – Presidential News

##### Komorbiditäten – Multimorbidität

Immer mehr Menschen werden immer älter. Dies hat in vielfacher Hinsicht Auswirkungen auf die Medizin als Ganzes, aber insbesondere auf die Innere Medizin. Menschen mit hohem Lebensalter stellen jetzt den Hauptteil der Patienten dar – und diese haben typischerweise nicht nur ein medi-

zinisches Problem. In seinen zweiten Presidential News befasst sich DGIM Vorsitzender Professor Claus Vogelmeier mit den Auswirkungen von Komorbiditäten und Multimorbidität.

→ Seite 2

### DGIM – aktiv

#### DGIM im Gespräch: Dr. Thomas Gamstätter aus der DGIM Geschäftsstelle zu AdAM: ein Modellprojekt zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit

Mehr Sicherheit bei der Arzneimitteltherapie für Patienten mit Multimorbidität und Polypharmazie – dafür soll das Modellprojekt „AdAM“ sorgen. Wie das Projekt funktioniert und welche Aufgaben die DGIM als zentraler wissenschaft-

licher Partner des Projekts hat, erzählt Dr. Thomas Gamstätter aus der DGIM Geschäftsstelle im Gespräch mit DGIM aktuell.

→ Seite 3

#### Jetzt Mitglied werden in der AG „Hausärztliche Internisten“

Seit April 2018 gibt es bei der DGIM eine neue Arbeitsgruppe „Hausärztliche Internisten“. Ziel der Arbeitsgruppe ist es, die Interessen der hausärztlichen Internisten innerhalb

der DGIM zu vertreten. Die AG soll ihnen eine Plattform für Diskussion und Austausch bieten, auf der gemeinsame Projekte und Ideen entwickelt werden können.

→ Seite 5

#### Wissenschaftspreise 2019 – jetzt bewerben

Die DGIM vergibt jedes Jahr Preise für herausragende klinische Arbeiten. Engagierte Internisten können sich jetzt

für die Wissenschaftspreise 2019 bewerben.

→ Seite 6

#### Neuer „grüner“ MedGuide bietet Unterstützung im Internisten-Alltag

Menschen mit Migrationshintergrund reisen oftmals mit „seelisch belastendem“ Gepäck: Der neue medizinische Sprachführer auf Deutsch, Arabisch und Farsi hilft, psychische Störungen besser zu erkennen und zu verstehen.

Der sogenannte „grüne MedGuide“ unterstützt das Gespräch zwischen Arzt und Patient. Die Illustrationen erleichtern die Kommunikation auch mit Menschen, die nicht oder nur wenig schreiben und lesen können.

→ Seite 7

### DGIM – Kongress

#### ECIM: Der 17. European Congress of Internal Medicine fand in Wiesbaden statt

Der Blick über den nationalen Tellerrand war Programm: Zum ersten Mal seit 15 Jahren tagte der von der Europäischen Föderation für Innere Medizin (EFIM) organisierte Europäische Internistenkongress (ECIM) wieder in Deutschland. Unter dem Kongressmotto „The art of managing

clinical complexity: An integrated, patient-centred approach“ kamen vom 30. August bis 1. September 2018 weit über 1000 Teilnehmer aus 70 Ländern ins neu eröffnete RheinMain CongressCenter (RMCC) nach Wiesbaden.

→ Seite 8

## DGIM – Presidential News

### 125. Internistenkongress

Der 125. Internistenkongress findet unter dem Motto „Digitale Medizin – Chancen, Risiken, Perspektiven“ vom 4. bis 7. Mai 2019 im RheinMain Congress Center in Wiesbaden statt. Der Besuch des Kongresses ist für Mitglieder der Fachgesellschaft kostenlos. Weitere Informationen finden Interessierte unter [www.dgim2019.de](http://www.dgim2019.de)

### Herzwochen der Deutschen Herzstiftung vom 1. bis 30.11.2018

Die DGIM unterstützt die Aktion und bietet gemeinsam mit der Herzstiftung ein hochwertiges kostenfreies Ärztepaket an. Weitere Informationen unter [www.herzstiftung.de/aerzte-paket.html](http://www.herzstiftung.de/aerzte-paket.html)



## Komorbiditäten – Multimorbidität

Immer mehr Menschen werden immer älter. Nach einer Analyse der Weltbank betrug im Jahr 2015 die durchschnittliche Lebenserwartung in Deutschland 81,09 Jahre. Im Jahr 1960 lag dieser Wert ungefähr noch bei 70 Jahren. Dies hat in vielfacher Hinsicht Auswirkungen auf die Medizin als Ganzes, aber insbesondere auf die Innere Medizin. Menschen mit hohem Lebensalter stellen jetzt den Hauptteil der Patienten dar, die in Kliniken und Praxen behandelt werden. Diese Individuen haben typischerweise nicht nur ein medizinisches Problem. Vielmehr finden sich in vielen Fällen mehrere chronische Erkrankungen. Dabei stellt sich dann die Frage, ob eine Indexerkrankung vorliegt und die anderen diagnostizierten Gesundheitsstörungen kausal damit in Verbindung stehen. In diesem Fall spricht man von Komorbiditäten. Alternativ gibt es auch die Möglichkeit, dass alle Erkrankungen durch den gleichen genetischen Hintergrund und bestimmte Risikofaktoren wie Rauchen und/oder Übergewicht ausgelöst werden. In diesem Fall spricht man dann von Multimorbidität.

Generell stellt sich aber bei Patienten mit einer derartigen Konstellation die Frage, was das angemessene Vorgehen ist. Angenommen, ein Patient mit einer bekannten COPD und einer

Herzinsuffizienz auf dem Boden einer arteriellen Hypertonie, einem metabolischen Syndrom und einer obstruktiven Schlafapnoe stellt sich in einer Praxis und/oder Notaufnahme einer Klinik mit einer akuten Zunahme seiner chronischen belastungsinduzierten Atemnot vor. Dies ist kein konstruierter Einzelfall, sondern gelebter Alltag. Relativ leicht ist noch die Frage zu beantworten, wie man diagnostisch in so einem Fall vorgeht. Dafür gibt es Algorithmen, an denen man sich orientieren kann. Viel schwieriger wird es, wenn es um die adäquaten therapeutischen Maßnahmen geht. Ist es ausreichend, das aktuell dominierende Problem so weit wie möglich in Angriff zu nehmen? Oder ist es nicht vielmehr im Sinne einer guten medizinischen Versorgung wesentlich sinnvoller, alle bei dem Patienten wesentlichen chronischen Diagnosen auf den Prüfstand zu stellen und die aktuell angewendeten therapeutischen Konzepte zu hinterfragen? Es ist vielfach geübte Praxis, dass bei Stellen von immer neuen Diagnosen einfach medikamentöse Therapien addiert werden und Patienten in höherem Lebensalter damit in vielen Fällen sehr lange Medikamentenlisten aufweisen.

Vor diesem Hintergrund stellen sich Fragen nach den Problemen im Zusammenhang mit Multimedikation und der Priorisierung von Therapiekonzepten oder in anderen Worten: Muss wirklich alles behandelt werden oder sollte man nur die Gesundheitsstörungen therapieren, die für die Prognose des Patienten am wesentlichsten erachtet werden? Das ist gar nicht trivial, da es zu diesen Fragen nur wenige Studien gibt. Derartige Studien sind auch schwer durchzuführen. Schließlich stellt sich in diesem Zusammenhang auch die Frage, was der Patient selbst zum weiteren Verlauf beitragen kann. Dazu gehören insbesondere die Vermeidung/Reduktion von Risikofaktoren und die Steigerung der körperlichen Aktivität. Es ist meine tiefe Überzeugung, dass wir angesichts der gegebenen Konstellation nur dann weitreichende Fortschritte im Sinne von „gesund alt werden“ erzielen können, wenn wir diese Aspekte mehr in den Vordergrund stellen und uns aus dem rein therapeutischen Vorgehen immer mehr in Richtung eines präventiven Ansatzes bewegen. ■

© Adobe Stock / D. aniel



## DGIM – aktiv

### DGIM im Gespräch:

### Dr. Thomas Gamstätter aus der DGIM Geschäftsstelle zu AdAM: ein Modellprojekt zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit



Foto: privat

#### Dr. med. Thomas Gamstätter

Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie, und wissenschaftlicher Mitarbeiter der DGIM

#### Kontakt:

Irenenstr. 1, 65189 Wiesbaden  
 Telefon: 0611 205804-48  
 E-Mail: tgamstaetter@dgim.de

**Mehr Sicherheit bei der Arzneimitteltherapie für Patienten mit Multimorbidität und Polypharmazie – dafür soll das Modellprojekt „AdAM“ sorgen. Wie das Projekt funktioniert und welche Aufgaben die DGIM als zentraler wissenschaftlicher Partner des Projekts hat, erzählt Dr. Thomas Gamstätter aus der DGIM Geschäftsstelle im Gespräch mit DGIM aktuell.**

**Was genau verbirgt sich hinter „AdAM“? Wer ist daran beteiligt und an wen richtet sich das Projekt?**

**Dr. Gamstätter:** AdAM steht für „Anwendung für digital-gestütztes Arzneimitteltherapie- und Versorgungsmanagement“. Es ist eine der weltweit größten prospektiv-randomisierten Interventionsstudien zur Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS). AdAM adressiert Hausärzte im Versorgungsbereich der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) und soll das Management der Arzneimitteltherapie multimorbider Patienten erleichtern. Federführend zu AdAM ist neben der KVWL die BARMER GEK.

Die in AdAM eingesetzte Software erlaubt es den Hausärzten, gesichert auf behandlungsrelevante Krankenkassendaten zuzugreifen. So erhalten sie einen Überblick über alle verordneten und alle in der Apotheke abgegebenen Arzneimittel sowie über mitbehandelnde Ärzte und Krankenhausaufenthalte eines Patienten. Darüber hinaus unterstützt das System die Hausärzte bei der Überprüfung der Therapiesicherheit durch patientenspezifische Hinweise zu möglichen Risiken und Verordnungsfehlern. Die Software reduziert den Arbeitsaufwand für die Erstellung des Bundes einheitlichen Medikationsplans (BMP) und kann diesen wahlweise auch in Fremdsprachen für Patienten mit Migrationshintergrund ausgeben. Insgesamt sollen rund 1400 Hausärzte und ca. 35 000 Patienten eingeschlossen werden. Die Intervention soll die Mortalität und die Rate an Krankenhausaufnahmen senken und einen Einblick in potenziell unangemessene Verordnungen und die Kosten der Arzneimitteltherapie geben. Das Projekt wurde im März 2018 durch den GBA bewilligt und befindet sich

bereits in mehreren Hundert Hausarztpraxen im Echtzeitbetrieb. Nach Projektabschluss ist eine Überführung in die Regelversorgung geplant.

**Sie sind als ärztlicher Mitarbeiter der DGIM Geschäftsstelle speziell für die Betreuung des Projekts zuständig – worin liegen genau Ihre Aufgaben bzw. die der Fachgesellschaft?**

**Dr. Gamstätter:** Die DGIM sieht ihre Aufgaben in der Verbesserung der AMTS und in der Entwicklung von Lösungsansätzen, wie Ärzten der Umgang mit Polypharmazie erleichtert werden kann. Hierfür sollen den praktisch tätigen Kollegen konkrete Hilfestellungen angeboten werden. Wir sehen unsere Aufgabe darin, die Erkenntnisse aus AdAM zu analysieren und evidenzbasierte Handlungsempfehlungen zu entwickeln. Zu diesem Thema bieten die verfügbaren Leitlinien nur bedingt Lösungsansätze. Wir wollen standardisierte Prozesse unter anderem zur Medikationsanamnese und zur Medikationsprüfung entwickeln und die Implementierung unserer Vorschläge wissenschaftlich begleiten. Wir haben unter Führung von Herrn Prof. Grandt, dem Leiter des Instituts für Arzneimitteltherapiesicherheit am Klinikum Saarbrücken, eine aktiv arbeitende Kommission mit ausgewiesenen Experten und Vertretern eines breiten Spektrums medizinischer und pharmazeutischer Fachgesellschaften aufgestellt. In den kommenden Monaten wird die Kommission erste konsentierten Empfehlungen veröffentlichen. Persönlich sehe ich meine Aufgabe unter anderem darin, den thematischen Schulterschluss zwischen den Experten und Gremien unserer Gesellschaft zu schaffen.

**Prof. Sieber hat in seiner Zeit als DGIM Vorsitzender betont, dass Wechselwirkungen bei Patienten nicht nur ein organisatorisches Problem seien, weil unterschiedliche Ärzte Medikamente verordnen. Entscheidend ist besonders im hohen Alter und bei Multimorbidität die Frage, welche Präparate man mit Blick auf die Lebensqualität auch weglassen könnte, obwohl sie der Leitlinie folgend zu verschreiben wären. Welche Hilfestellung können sich Ärzte hier erhoffen?**

**Wir bleiben in Kontakt:**
**DGIM auf Facebook und Twitter**

Nichts mehr verpassen: Auf Twitter und auf Facebook teilt die DGIM Aktuelles aus der Fachgesellschaft und Relevantes aus der Inneren Medizin und den internistischen Schwerpunkten.

Folgen Sie uns unter

[www.twitter.com/dgimev](http://www.twitter.com/dgimev)

und unter

[www.facebook.com/DGIM.Fanpage](http://www.facebook.com/DGIM.Fanpage)



**Dr. Gamstätter:** Die Lebensqualität des Patienten sowie seine persönlichen Vorstellungen stehen im Zentrum jeder Therapieentscheidung. Entfernen sich ärztliche Maßnahmen zu weit von der subjektiven Wirklichkeit des Patienten, resultieren Probleme. Selten finden sich wirklich einfache Antworten zum Umgang mit Arzneimitteln bei multimorbiden Patienten. Unsere Absicht ist es, die Gesamtheit des Medikationsprozesses und dabei an erster Stelle den Patienten selbst bei unseren Überlegungen nicht aus dem Auge zu verlieren.

Aus unseren Analysen wissen wir, dass problematische Verordnungen wie beispielsweise der Einsatz von NSAR bei Herzinsuffizienz in der Praxis häufig vorkommen. Dies geschieht nicht allein durch ein Verkennen der Risiken auf ärztlicher Seite, sondern oftmals unter Abwägung der Lebensqualität des Patienten. Pauschale Warnhinweise können in diesen Situationen nur bedingt helfen. Dennoch habe ich das Gefühl, dass viele Kolleginnen und Kollegen sich auch eine wissenschaftlich hochwertige Unterstützung für eine Medizin des „less is more“ wünschen. Natürlich geht es uns darum, das Bewusstsein für überflüssige und fehlindizierte Therapiemaßnahmen zu schärfen. Es gibt aber auch gute Gründe, manche Schritte in der Arzneimitteltherapie nicht zu gehen, obwohl sie in Einklang mit den Empfehlungen einer Therapieleitlinie stehen, wenn dies die Wünsche des Patienten widerspiegelt. Wir wollen auch diese Facetten internistischer Therapie beleuchten, sodass sich Ärzte, die gut begründet eine Arzneimitteltherapie beenden, nicht dem Verdacht einer vermeintlichen Unterversorgung ausgesetzt sehen.

**Welche Patienten können an dem Projekt teilnehmen?**

**Dr. Gamstätter:** Patienten mit fünf oder mehr chronisch einzunehmenden Arzneimitteln, die ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie geben und in einer dem Projekt angeschlossenen Praxis versorgt werden, können teilnehmen. Hierbei ist das Alter des Patienten nicht entscheidend, denn Multimorbidität und Polypharmazie sind nicht nur ein Problem des älteren Menschen. Mit unserer neu gegründeten AG Hausärztliche Internisten haben wir ein sehr aktives Gremium, das sich für die Belange der hausärztlich tätigen Internisten einsetzt.

Zusätzlich ist die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) in unserer Kommission zur AMTS vertreten. Wir planen, die Ansätze der Kommission und die Erkenntnisse aus AdAM der AG Hausärztliche Internisten zugänglich zu machen und uns gemeinsam abzustimmen.

**Wer behält den Überblick über die Medikation der Patienten? Der Hausarzt? Oder der Patient selbst?**

**Dr. Gamstätter:** Hausärzte nehmen die zentrale Rolle in der Behandlung von Patienten mit chronischen Erkrankungen ein. Aber sie sind auf Unterstützung angewiesen, denn meist wirken weitere Akteure an der Arzneimitteltherapie mit: Jeder vierte Versicherte der BARMER wird durch fünf oder mehr Ärzte behandelt. Jeder dritte Patient mit Polypharmazie bezieht zudem seine Arzneimittel von zwei oder mehr Apotheken. Wir wissen, dass hierzulande über 1800 unterschiedliche Wirkstoffe in über 450 000 unterschiedlichen therapeutischen Kombinationen eingesetzt werden. Da kann man als Arzt ohne digitale Ansätze nicht vernünftig den Überblick bewahren.

Es braucht auch gut informierte und geschulte Patienten, denn bis zur Hälfte aller Arzneimittel zur Behandlung chronischer Erkrankungen wird nicht wie verordnet eingenommen. Dies resultiert europaweit jährlich in ca. 195 000 Todesfällen und Kosten von 125 Milliarden Euro. Nicht nur die Komplexität einer Arzneimitteltherapie spielt hier eine Rolle, sondern auch die Arzt-Patienten-Beziehung. Aus meiner Sicht stellt sich also weniger die Frage, wer die „Oberhoheit“ in der Arzneimitteltherapie hat als vielmehr wie wir Ärzten und Patienten gleichermaßen Mittel an die Hand geben, eine Arzneimitteltherapie sicher und effizient umsetzen zu können.

**Ist eine digitale Lösung für den Medikationsplan geplant? Wie könnte diese aussehen? Wie werden freiverkäufliche Medikamente in den Medikationsplan integriert?**

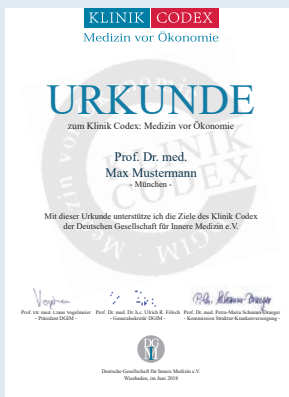
**Dr. Gamstätter:** Die Patienten erhalten einen automatisiert erstellten BMP, optional auch in ihrer Muttersprache. Der Medikationsplan wird durch gezielte Anamnese um verschreibungsfreie Arzneimittel ergänzt. Hierbei werden durch



### Klinik Codex

Der Klinik Codex soll Ärzten dabei helfen, die Auswirkungen von Ökonomisierung in ihrem persönlichen Arbeitsgebiet kritisch zu reflektieren und im Arbeitsalltag ihre ärztlichen Entscheidungen für die sich ihnen anvertrauenden Patienten zu treffen. Bestellen Sie Ihre Klinik Codex-Urkunde zum Aufhängen. Mit dieser Urkunde geben Sie bekannt, dass Sie sich zu dem Klinik Codex der DGIM bekennen.

[www.dgim.de/veroeffentlichungen/codex/](http://www.dgim.de/veroeffentlichungen/codex/)



© Adobe Stock/PhotoSG

das System auch Hinweise auf eine potenziell ungeeignete Selbstmedikation ausgegeben. Die Behandlungsindikationen werden durch die Software in Laiensprache übersetzt. Noch ist der Output des Systems ein papierbasierter Plan, der jedoch über einen QR-Code mit einer entsprechenden Scanlösung zum Beispiel in

einem aufnehmenden Krankenhaus einfach zu digitalisieren ist. Für die Zukunft ist eine Integration in ein System einer digitalen Gesundheitsakte bzw. einer digitalen Patientenakte aus meiner Sicht unerlässlich.

*Vielen Dank für das Gespräch! ■*

## Jetzt Mitglied werden in der AG „Hausärztliche Internisten“

**Seit April 2018 gibt es bei der DGIM eine neue Arbeitsgruppe „Hausärztliche Internisten“. Ziel der Arbeitsgruppe ist es, die Interessen der hausärztlichen Internisten innerhalb der DGIM zu vertreten. Die AG soll ihnen eine Plattform für Diskussion und Austausch bieten, auf der gemeinsame Projekte und Ideen entwickelt werden können.**

Die AG-Mitglieder haben folgende Kernaufträge definiert:

- Bessere Positionierung des hausärztlichen Internisten und seiner Tätigkeit
- Förderung der konstruktiven Zusammenarbeit mit anderen Fachdisziplinen
- Stärkere Berücksichtigung hausärztlich internistischer Themen in internistischen Fachzeitschriften und in der Fortbildung
- Förderung der Wissenschaft im hausärztlichen Sektor (zum Beispiel im Bereich der Versorgungsforschung, Leitlinienarbeit, Kampagne „Klug entscheiden“)

- Bessere Vernetzung der hausärztlichen Internisten untereinander

Da der niedergelassene hausärztliche Bereich sehr vielfältig und facettenreich ist, lebt die AG vom Input und von der Kompetenz jedes Einzelnen. Um möglichst wirksam tätig sein zu können, gibt es für Internistinnen und Internisten zwei Möglichkeiten des Mitwirkens:

1. Aktive Mitgliedschaft
2. Passive Mitgliedschaft

Nähere Informationen zur aktiven und passiven Mitgliedschaft finden Sie auf der Homepage der DGIM.

Alle Mitglieder der AG haben Stimmrecht bei der regelmäßigen Wahl des/der Vorsitzenden. Jedes Mitglied kann darüber hinaus eigene Ideen einbringen und damit an der Gestaltung der Arbeitsgruppe mitwirken.

Werden Sie jetzt Teil der AG Hausärztliche Internisten!

[www.dgim.de/hausarztliche-internisten](http://www.dgim.de/hausarztliche-internisten)



## Wissenschaftspreise der DGIM 2019 – jetzt bewerben

### ESIM Winter School 2019

Die „European School of Internal Medicine“ (ESIM) findet vom 21. bis 24. Januar 2019 in Levi/ Finnland statt.

Insgesamt 50 junge Internistinnen oder Internisten bzw. Assistenten in der Endphase ihrer Weiterbildung aus vielen Ländern Europas werden wieder gemeinsam eine Woche aktuelle Themen aus der Inneren Medizin in Form von Vorträgen, Seminaren und Fallpräsentationen bearbeiten. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin schreibt für die Winterschool bis zu vier Stipendien aus.

Die Bewerbungsfrist der Winterschool 2018/2019 endet am 31. Oktober 2018.

Weitere Informationen unter [www.dgim.de/esim](http://www.dgim.de/esim)

### Freiplätze Intensivkurse Innere Medizin

Die DGIM fördert Ärzte in der Vorbereitung auf ihre Facharztprüfung mit dem kostenlosen Besuch eines Intensivkurses Innere Medizin und einem Zuschuss zu den Reisekosten von bis zu 250 Euro.

Insgesamt stehen 16 Plätze zur Verfügung.

Weitere Informationen unter [www.dgim.de/intensivkurse](http://www.dgim.de/intensivkurse)

### Theodor-Frerichs-Preis

Mit dem Theodor-Frerichs-Preis prämiert die DGIM jedes Jahr die beste, möglichst klinisch-experimentelle Arbeit auf dem Gebiet der Inneren Medizin im deutschsprachigen Raum.

**Er ist mit 30 000 Euro dotiert.**

**Bewerbungsfrist ist der 15. Oktober 2018.**

Die Arbeit (in deutscher oder englischer Sprache) darf in der vorliegenden Form erst nach dem 15. Oktober 2017 veröffentlicht worden sein. Außerdem dürfen Bewerber mit der Arbeit nicht zeitgleich an einem ähnlichen Wettbewerb teilnehmen oder die Arbeit mit einem entsprechenden Preis ausgezeichnet worden sein. Der Verfasser sollte zum Zeitpunkt der Bewerbung nicht älter als 40 Jahre sein. Bewerber müssen Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin sein. An der Arbeit können auch mehrere Autoren beteiligt sein. In diesem Falle wird erwartet, dass sich die Arbeitsgruppe auf einen Wissenschaftler einigt, der als persönliche Bewerberin oder persönlicher Bewerber auftritt.

### Präventionspreis

Die DGIM verleiht den Präventionspreis der Deutschen Stiftung für Innere Medizin jährlich für die beste aus dem deutschsprachigen Raum vorgelegte Arbeit auf dem Gebiet der Primär- und Sekundärprävention innerer Erkrankungen. Für den Preis werden zur Publikation angenommene oder bereits publizierte Originalarbeiten aus allen Ebenen der klinischen Forschung von der grundlagenorientierten über die patientenorientierte Forschung bis hin zur Versorgungsforschung in Betracht gezogen. Geeignete Themen sind auch die Erarbeitung neuer genetischer, molekular- oder zellbiologischer Parameter, die in Zukunft möglicherweise zur Prävention nützlich sind. Auch epidemiologische Studien, die Ansätze zur Prävention eröffnen, oder Interventionsstudien, die solche



© AdobeStock/micromonkey

Ansätze umzusetzen versuchen, stellen geeignete Themen dar. Zudem können Bewerber auch andere Aspekte der Prävention vorschlagen.

**Der Preis ist mit 10 000 Euro dotiert.**

**Bewerbungsfrist ist der 15. November 2018.**

### Querdenker-Preis

Mit dem Querdenker-Preis würdigt die DGIM kreative und innovativ denkende Personen, Organisationen oder Firmen, die mit ihren Ideen das Gesundheitswesen zukunftsweisend bereichern und befruchten, insbesondere im Bereich der digitalen Medizin. Der Preis wird von der Firma custo med GmbH, Ottobrunn gestiftet.

Der Querdenker-Preis, der mit 5000 Euro dotiert ist, wird während des Internistenkongresses vergeben.

Personen, Organisationen oder Firmen mit innovativen und kreativen Projekten – vorzugsweise aus der digitalen Medizin – können sich direkt bei der DGIM für den Preis bewerben.

**Bewerbungsfrist ist der 15. November 2018.**

### International Gastric Cancer Congress 2019

Vom 8. bis 11. Mai 2019 findet der International Gastric Cancer Congress (IGCC) in Prag statt. Weitere Informationen unter [www.igcc2019-prague.org](http://www.igcc2019-prague.org)

### Gastzugang für Studenten

Medizinstudenten ab dem 7. Studiensemester können einen Gastzugang für die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) beantragen. Darin kostenfrei enthalten sind etwa der Eintritt zum jährlichen Internistenkongress und der Bezug der Springer-Fachzeitschrift „Der Internist“. Weitere Informationen unter [www.dgim.de/studenten](http://www.dgim.de/studenten)

## Umfassende Kommunikationshilfe für seelisch belastete Menschen auf Deutsch, Arabisch und Farsi

### Neuer „grüner“ MedGuide bietet Unterstützung im Internisten-Alltag

Menschen mit Migrationshintergrund reisen oftmals mit „seelisch belastendem“ Gepäck: Der neue medizinische Sprachführer auf Deutsch, Arabisch und Farsi hilft, psychische Störungen besser zu erkennen und zu verstehen. Der sogenannte „grüne MedGuide“ unterstützt das Gespräch zwischen Arzt und Patient. Die Illustrationen erleichtern die Kommunikation auch mit Menschen, die nicht oder nur wenig schreiben und lesen können.

Der MedGuide „Psychische Störungen“ umfasst 198 Seiten im A4-Großformat, wurde von professionellen Agenturen übersetzt und von der Hamburger JUNG-Stiftung für Wissenschaft und Forschung unterstützt. Er kostet 39,90 Euro und kann nicht über den Buchhandel bestellt werden. Die MedGuide-Initiatoren senden diesen – nach Anforderung über ihre Projektwebsite – per Post einfach mit beiliegender Rechnung; [www.edition-medguide.de](http://www.edition-medguide.de)

Mit seiner inhaltlichen Vielfalt deckt dieser MedGuide eine große Bandbreite möglicher psychischer Probleme ab. Beispiele sind die Abfrage zu Abhängigkeiten wie Alkohol, Nikotin und weiteren Drogen oder zu Angst- und Zwangsstörungen. Ein besonderer Schwerpunkt sind die Fragen zur posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und die Abfrage von Migrationsaspekten wie zur Integration und von kulturellen Besonderheiten.

„Neben aller Spezialisierung“, so die Autoren, „ist die internistische Medizin der Schlüssel für eine grundlegende und ausreichende Behandlung in der Migrationsmedizin“. Der bereits seit Oktober 2016 erhältliche blaue MedGuide „Allgemeinmedizin“ (19,90 Euro) dient dabei als Grundlage für Internisten, Allgemeinmediziner und Niedergelassene. Hier sind weitere Übersetzungen zum Beispiel in Tigrinya (afrikanische Landessprache in Eritrea) verfügbar.

Die MedGuide werden unter anderem von ärztlichen Fachmedien und Migrationsexperten empfohlen. Die erste allgemeinmedizinische Ausgabe wurde 2017 in Berlin mit einem „Preis zur interkulturellen Kommunikation“ ausgezeichnet. ■



## DGIM – Kongress

### Neues Angebot der AG Junge Internisten

„Kollegiale Beratung zum Berufseinstieg und in Weiterbildungsfragen“: Für Fragen rund um den Berufseinstieg, die Organisation der Weiterbildung, Fortbildungs- und Förderempfehlungen und vieles mehr, stehen die Jungen Internisten gerne zur Verfügung.

Weitere Informationen unter

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

## Impressum



**Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.**®

### Herausgeber:

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

### Geschäftsstelle:

Irenenstraße 1, 65189 Wiesbaden

Tel.: +49 (0)6 11 2 05 80 40-0

Fax: +49 (0)6 11 2 05 80 40-46

E-Mail: [info@dgim.de](mailto:info@dgim.de)

### Redaktion:

U. R. Fölsch (ViSdPR), Kiel

Janina Wetzstein,

Pressestelle DGIM

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Tel.: +49 (0)7 11 89 31-115

Fax: +49 (0)7 11 89 31-167

E-Mail:

[info@medizinkommunikation.org](mailto:info@medizinkommunikation.org)

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

*Gedruckt auf Papier, das mit dem Blauen Engel ausgezeichnet ist*

## ECIM 2018: Innere Medizin aus europäischer Perspektive – Teilnehmer aus 70 Ländern

Der Blick über den nationalen Tellerrand war Programm: Zum ersten Mal seit 15 Jahren tagte der von der Europäischen Föderation für Innere Medizin (EFIM) organisierte Europäische Internistenkongress (ECIM) wieder in Deutschland. Unter dem Kongressmotto „The art of managing clinical complexity: An integrated, patient-centred approach“ kamen vom 30. August bis 1. September 2018 weit über 1000 Teilnehmer aus 70 Ländern ins neu eröffnete RheinMain CongressCenter (RMCC) nach Wiesbaden. Fast die Hälfte von ihnen gehörte zur Gruppe der europaweit organisierten Jungen Internisten (Young Internists).

Trotz aller Spezialisierung: Den Blick fürs Ganze zu behalten und den Patienten immer in den Mittelpunkt zu stellen war eines der Anliegen von Kongresspräsidentin Professor Petra-Maria Schumm-Draeger aus München bei der Programmmzusammenstellung. Entsprechend thematisch breit aufgestellt war der 17. ECIM. Neben am klinischen Alltag ausgerichtete Themen aus Endokrinologie, Gastroenterologie oder Kardiologie fokussierten namhafte Redner aus dem In- und Ausland auch Über- und Unterversorgung, Gendermedizin sowie ethische Aspekte und das Arzt-Patienten-Verhältnis.

Einen Teil der Inhalte verantworteten die Jungen Internisten (Young Internists): Zu den Höhepunkten ihres Programms gehörten neben der Ausrichtung eines Plenarvortrags über Höflichkeit im Arbeitsalltag etwa die Young Internist Corner. Hier konnten die Teilnehmer niederschwellig mit Medizinerpersönlichkeiten ins

Gespräch kommen. So stand der international bekannte Vertreter der evidenzbasierten Medizin Prof. Ioannidis von der Stanford University Rede und Antwort zu Fluch und Segen von Screeningprogrammen in der Medizin. Ein weiterer attraktiver Programmpunkt war die Diskussion der knapp 1200 eingereichten Abstracts aus 50 Ländern, davon über 560 aus Portugal, 271 aus Spanien und fast 50 aus der Türkei. Mit 100 Freikarten zum Kongress hat die DGIM im Rahmen ihrer Nachwuchsförderung die Teilnahme junger Mediziner am ECIM unterstützt.

Die Veranstaltung sollte als Plattform für die fachübergreifende Zusammenarbeit europäischer Internisten fungieren. „Dies ist uns gelungen“, freut sich Professor Schumm-Draeger.

„Die verschiedenen Aspekte des Kongress-Leitthemas wurden besonders durch hervorragende Plenary Lectures beleuchtet: gesundheitsökonomische Inhalte im Vergleich der europäischen Länder sowie die Analyse und klinisch relevante Vorschläge zur Bewältigung des „Obesity Tsunami“ und des demographischen Wandels mit wachsender Multimorbidität waren Thema.“

Der 18. ECIM-Kongress findet vom 29. bis 31. August 2019 in Lissabon, Portugal, statt. Kongresspräsident Luis Campos aus Lissabon und EFIM-Präsident 2019 Nicola Montano aus Mailand gestalten das Kongressprogramm unter dem Motto „Innovation in Health Care. New Opportunities for Internal Medicine“. ■



Professor Petra-Maria Schumm-Draeger, ECIM-Präsidentin 2018, und EFIM-Präsident Professor Runólfur Pálsson, Reykjavik, Island eröffneten den 17. Europäischen Kongress für Innere Medizin (ECIM), der vom 30. August bis 1. September 2018 im RheinMain CongressCenter (RMCC) in Wiesbaden stattfand.