



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Eröffnungs-Presskonferenz der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)

Termin: Samstag, 26. April 2014, 12.30 bis 13.30 Uhr

Ort: Rhein-Main-Hallen Wiesbaden, Saal 12 D

Programm:

Forschung wird zu Medizin – was steckt dahinter: Hauptthemen, Schwerpunkte und Ziele des Kongresses

Professor Dr. med. Michael Peter Manns

Vorsitzender der DGIM 2013/2014, Direktor der Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie, Medizinische Hochschule Hannover

Rheuma wirksam bekämpfen: Neue Medikamente 2014

Professor Dr. med. Elisabeth Märker-Hermann

1. stellvertretende Vorsitzende der DGIM, Direktorin der Klinik Innere Medizin IV: Rheumatologie, Klinische Immunologie, Nephrologie, HSK Dr. Horst Schmidt Kliniken GmbH, Städtisches Klinikum der Landeshauptstadt Wiesbaden

Pumpe statt Transplantation: Wie lebt es sich mit einem Kunstherz?

Professor Dr. med. Gerd Hasenfuß

3. stellvertretender Vorsitzender der DGIM, Direktor der Klinik für Kardiologie und Pneumologie der Universitätsmedizin Göttingen, Vorsitzender des Herzforschungszentrums Göttingen

Finanzierung der Universitätsklinika

Professor Dr. med. Dr. h.c. Ulrich R. Fölsch

Generalsekretär der DGIM, Kiel

Übergewicht: die moderne Seuche, ihre Folgen und unsere Strategie

Professor Dr. med. Stephan Bischoff

Geschäftsführender Direktor des Instituts für Ernährungsmedizin an der Universität Hohenheim und Ärztlicher Direktor des Zentrums für Ernährungsmedizin der Universitäten Hohenheim und Tübingen

Schwindel – was tun gegen das Drehen im Kopf?

Professor Dr. med. Reinhard Dengler

Direktor der Klinik für Neurologie, Medizinische Hochschule Hannover

Transplantationen retten Leben – wie Medizin, Politik und Bevölkerung optimal zusammenarbeiten können

Professor Dr. med. Christian Strassburg

Direktor der Medizinischen Klinik und Poliklinik I, Universitätsklinikum Bonn

Pressekontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle

Anna Julia Voormann/Janina Wetzstein

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-552

Fax: 0711 8931-167 Fax: 0611 144-741

E-Mail: voormann@medizinkommunikation.org

Homepage: www.dgim.de; www.dgim2014.de

Pressestelle DGIM auf dem Internistenkongress:

Pressebüro Saal 12 A

Rhein-Main-Hallen Wiesbaden

Tel.: 0611 144-742



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

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

Termin: Samstag, 26. April 2014, 12.30 bis 13.30 Uhr

Ort: Rhein-Main-Hallen Wiesbaden, Saal 12 D

Inhalt:

Pressemeldungen

Redemanuskripte der Referenten

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

Lebensläufe und Fotos der Referenten

Bestellformular für Fotos

Falls Sie das Material in digitaler Form wünschen, stellen wir Ihnen dieses gerne zur Verfügung. Bitte kontaktieren Sie uns per E-Mail unter: wetzstein@medizinkommunikation.org.

Pressekontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle
Anna Julia Voormann/Janina Wetzstein
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-552
Fax: 0711 8931-167 Fax: 0611 144-741
E-Mail: voormann@medizinkommunikation.org
Homepage: www.dgim.de; www.dgim2014.de

Pressestelle DGIM auf dem Internistenkongress:

Pressebüro Saal 12 A
Rhein-Main-Hallen Wiesbaden
Tel.: 0611 144-742



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

120. Internistenkongress der DGIM
26. bis 29. April 2014, Rhein-Main-Hallen Wiesbaden

Forschung wird zu Medizin

120. Internistenkongress in Wiesbaden eröffnet

Wiesbaden, 26. April 2014 – Heute eröffnet die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM) ihren 120. Jahreskongress. Die Veranstalter erwarten vom 26. bis 29. April rund 8500 Teilnehmer in den Rhein-Main-Hallen: Ärzte und Wissenschaftler diskutieren hier neueste Erkenntnisse zur Behandlung internistischer Erkrankungen. Der DGIM-Vorsitzende Professor Dr. med. Michael P. Manns aus Hannover stellt die neuen Erkenntnisse unter sein Leitthema: Forschung wird zu Medizin. Zentrale Aspekte sind Infektionskrankheiten, Krebs, Transplantationsmedizin, Magen-, Darm- und Leberkrankheiten, Altersforschung, Übergewicht, und Palliativmedizin. Partnerland ist in diesem Jahr Österreich, an der Spitze vertreten durch den Palliativmediziner Professor Dr. med. Herbert Watzke, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Innere Medizin. In mehr als 1 700 Sitzungen, Vorträgen und wissenschaftlichen Postern referieren über 1 150 Experten. Am ersten Kongresstag findet auch der Patiententag der DGIM im Rathaus Wiesbaden statt.

„Die Schnittstelle von Grundlagenforschung und klinischer Forschung, die Translationsforschung, ist heute mehr denn je gefordert und mit ihr die Innere Medizin“, betont Professor Manns, der als Direktor die Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie an der Medizinische Hochschule Hannover leitet. Die DGIM stellt sich diesem Problem. Denn insbesondere bezogen auf die großen Volkskrankheiten wie Diabetes, Krebs oder Infektionskrankheiten, müsse der Transfer von Wissen in die Praxis noch besser gelingen.

Ein ganz aktuelles Beispiel des Zusammenspiels von akademischer Medizin und industrieller Forschung ist die Therapie von Hepatitis C. Mit dem Virus sind in Europa bis zu fünf Millionen Menschen infiziert. Die Krankheit ist der häufigste Grund für Lebertransplantationen. „Jetzt ist die Entwicklung von Wirkstoffen gelungen, die erstmals eine chronische Virusinfektion des Menschen heilbar machen und damit die Behandlung revolutionieren“, sagt Professor Manns, der selbst intensiv an Hepatitis C



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

forscht. Erste neue Medikamente sind bereits auf dem Markt, weitere folgen in den nächsten Wochen und Monaten.

Für derartige Erfolge seien durchaus Leistungswille und Kreativität gefordert. „Aber auch Voraussetzungen wie eine faire, kostendeckende Finanzierung der Krankenversorgung und die Abschaffung struktureller Defizite ist notwendig, damit die Universitätsmedizin sich auf ihre grundlegenden Aufgaben konzentrieren kann“, betont Manns. Und es müsse gelingen, angehende Internisten für die Arbeit in Wissenschaft und Klinik gleichermaßen zu begeistern. Ein großes Anliegen ist es der DGIM deshalb auch, den Internistenkongress auf den ärztlichen Nachwuchs auszurichten: Mit „Chances“ bietet die DGIM jungen Mediziner in diesem Jahr erneut ein Forum. Hier diskutieren Studenten und junge Ärzte mit erfahrenen Kollegen wissenschaftliche, berufspolitische und alltägliche Fragen aus dem Beruf. Unter anderem stellt Dr. Ijad Madisch hier seine Wissenschaftsplattform „Research Gate“ vor, das führende soziale Netzwerk für Forscher mit mehreren Millionen Nutzern weltweit.

Die DGIM spricht auch in diesem Jahr nicht nur Mediziner an. Auf dem „Patiententag“ im Rathaus informieren Ärzte und Selbsthilfegruppen von 10.00 bis 17.00 Uhr kostenlos über verschiedene Erkrankungen. Ein Schwerpunkt dabei ist Angst und ein selbstbestimmtes Leben im Alter. Gemeinsam mit Arno Goßmann, Bürgermeister der Stadt Wiesbaden, eröffnet Professor Manns den Patiententag am Samstag um 10 Uhr. In diesem Jahr präsentiert sich der Internistenkongress zum vorerst letzten Mal in der Hessischen Landeshauptstadt. In den kommenden Tagen zeigen 115 Firmen wie Arzneimittel-, Medizintechnikhersteller und Fachverlage auf 3 200 Quadratmetern noch einmal ihre Produkte in den Rhein-Main-Hallen. Wegen des Umbaus der Hallen tagen die Internisten in den Jahren 2015 bis 2017 in Mannheim. Weitere Informationen zum Kongress finden Interessierte im Internet unter www.dgim2014.de.

Pressekontakt für Rückfragen:

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

Pressestelle

Anna Julia Voormann/Janina Wetzstein

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel: 0711 8931-552

Fax: 0711 8931-167

voormann@medizinkommunikation.org

www.dgim2014.de

www.dgim.de



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

120. Internistenkongress der DGIM
26. bis 29. April 2014, Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden

Neue Therapien gegen Rheuma

Erstmals Nachahmerprodukte in Zulassungsphase

Wiesbaden, April 2014 – Mehr als 200 verschiedene Krankheitsbilder zählen zum sogenannten rheumatischen Formenkreis. Millionen von Menschen in Deutschland leiden unter diesen Erkrankungen des Bewegungsapparats, der Knochen und Gelenke. Sie ertragen oft stärkste Schmerzen, sind unbeweglich und mitunter arbeitsunfähig. Für viele von Ihnen bringen jetzt eine Reihe von neuen Medikamenten Hoffnung auf Linderung. Experten stellen diese auf dem Internistenkongress vom 26. bis 29. April 2014 in Wiesbaden vor. Eine der wichtigsten Neuerungen: Erstmals werden in Deutschland bald Nachahmerprodukte von Biologika verfügbar sein.

Dies wird jetzt möglich, weil der Patentschutz für bestimmte, bislang sehr teure Substanzen bald endet. „Die Kostenträger erhoffen sich von den Generika, den Nachahmermedikamenten, erhebliche Einsparungen“, erläutert DGIM-Vorstandsmitglied Professor Dr. med. Elisabeth Märker-Hermann. Davon könnten auch Patienten profitieren, weil Ärzte die günstigeren Präparate eher verordnen. Als erstes steht die Zulassung des Biosimilars CT-P13 an. Es handelt sich dabei um eine Nachahmung des Wirkstoffs „Infliximab“: Die gesetzlichen Kassen zahlten für das entsprechende Medikament im Jahr 2013 rund 168 Millionen Euro. Die europäische Arzneimittelbehörde (EMA) bewertet den Nachahmer bereits positiv, unter anderem für die Behandlung von Psoriasisarthritis, Morbus Crohn und Morbus Bechterew sowie für Rheumatoide Arthritis (RA). Anders als chemische Generika muss das Biosimilar allerdings erneute, kostenaufwändige Zulassungsstudien durchlaufen.

Unter Rheumatoider Arthritis leiden rund 440 000 Menschen in Deutschland, davon 20 000 Kinder. Als Mittel der Wahl gilt bislang eine Kombinationstherapie aus langsam wirkenden Antirheumatika (DMARDs), Biologika und Cortison. Mediziner knüpfen jetzt große Erwartungen an einen neuen Therapieansatz: Dabei handelt es sich um Substanzen, die in die Signalübertragung innerhalb der Zellen eingreifen. Ein Wirkstoff wurde bereits in mehreren



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Ländern zugelassen: Tofacitinib, ein sogenannter Januskinase-Hemmer – Januskinase ist ein den intrazellulären Signalweg beeinflussendes Enzym. „In Deutschland gibt es derzeit noch Sicherheitsbedenken, deshalb wurde die Zulassung vorerst zurückgestellt“, sagt Prof. Dr. Märker-Hermann, die Chefarztin an den HSK-Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken in Wiesbaden ist.

Weitere neue Therapieansätze sind Thema der 120. Jahrestagung der DGIM. Die meisten wenden sich gegen entzündlich-rheumatische Erkrankungen, aber auch gegen Stoffwechselstörungen wie Gicht. Angesichts der Fortschritte in diesem Bereich äußert Professor Märker-Hermann die Hoffnung, dass es bald auch neue Behandlungsmöglichkeiten gegen degenerativ bedingte rheumatischen Erkrankungen wie Arthrose geben wird. Denn diese Gelenkerkrankung betrifft etwa fünf Millionen Menschen in Deutschland. Ihre Ursache liegt vor allem im Verschleiß der Gelenke, sie tritt also vor allem im Alter auf. Aber auch jüngere Menschen, insbesondere Frauen leiden darunter. „Wir hoffen derzeit auf die vielversprechenden Forschungsprogramme zur Entwicklungsbiologie und Regeneration des Gelenkknorpels“, sagt die Expertin.

Pressekontakt für Rückfragen:

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)

Pressestelle

Anna Julia Voormann

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-552

Fax: 0711 8931-167

voormann@medizinkommunikation.org

www.dgim.de

www.dgim2014.de



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

120. Internistenkongress der DGIM
26. bis 29. April 2014, Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden

DGIM bietet maßgeschneiderte Fortbildung für Jungmediziner Karriereforschung „Chances“ auf dem 120. Internistenkongress

Wiesbaden, April 2014 – Gezielt an junge Teilnehmer wendet sich die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM) mit ihrem Fortbildungsprogramm auf ihrer 120. Jahrestagung. Die Inhalte des Karriereforschungs „Chances“ sind eigens auf die Anliegen und den Bedarf junger Mediziner ausgerichtet – prägnant, praxisnah und alltagsrelevant vermitteln die Referenten Tipps zum Berufseinstieg. Darüber hinaus geben sämtliche internistischen Schwerpunkte Einblick in ihr Fachgebiet. Das Forum findet an drei Tagen, von Sonntag, 27. April bis Dienstag, 29. April 2014 in Halle 8 in den Rhein-Main-Hallen Wiesbaden statt. Für Studierende ist die Teilnahme kostenlos.

„In „Chances“ bündelt die Fachgesellschaft konkrete Tipps und Hinweise für Fragen und Belange junger Mediziner und bietet Orientierung zu Beginn der beruflichen Karriere. „Auf diese Weise gelingt es uns, unseren so wichtigen internistischen Nachwuchs noch besser in den Internistenkongress zu integrieren und ihm Nützliches für die persönliche Entwicklung an die Hand zu geben“, erklärt der Präsident der DGIM, Professor Dr. med. Michael P. Manns aus Hannover, das Konzept des Forums.

Auf die jungen Besucher warten Vorträge aus den Bereichen Klinik und Forschung. Hier stellen die Experten konkrete Hilfsmittel vor, die den Berufsalltag erleichtern: Ein Programmpunkt befasst sich mit Instrumenten für das Zeitmanagement von Assistenzärzten. Die Referenten beleuchten darüber hinaus die Vorteile neuer Medien unter Einschluss der „social media“-Aktivitäten für das wissenschaftliche Arbeiten. Beispielhaft lernen die Teilnehmer die Vorteile kennen, die sich aus der Nutzung einer sozialen Wissenschaftsplattform wie „ResearchGate“ ergeben, deren Gründer vor Ort anwesend sein wird.

Ein weiterer Themenblock widmet sich den verschiedenen Berufsfeldern, die sich dem Internisten nach der Ausbildung eröffnen. Unter dem Motto „Die vielen Facetten des



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Internisten“ erörtern Experten, warum es sich auch heute noch lohnt, als Hausarzt tätig zu sein. Dass ein Medizinstudium nicht zwangsläufig in die Behandlung von Patienten mündet, zeigen Vorträge, die sich mit der Arbeit in medizinischen Fachverlagen und im Bereich Medizinmanagement befassen. Hier stehen Zugangsvoraussetzungen, Anforderungen und Karrierechancen im Vordergrund. An allen drei Kongresstagen präsentieren sich auch die verschiedenen Schwerpunkte der Inneren Medizin. Dabei kommen bisherige und neue Weiterbildungsmöglichkeiten zur Sprache. Im Anschluss an die Vorträge stehen die Referenten für die Beantwortung von Fragen zur Verfügung. „Das Nachwuchsforum ist aufgrund des großen Interesses von Seiten der Jungmediziner zum festen Bestandteil des Internistenkongresses geworden“, sagt Professor Manns.

„Chances“ findet deshalb bereits zum 14. Mal statt. In diesem Rahmen vergibt die DGIM auch mehrere Preise und Auszeichnungen. Darunter den Young Investigator Award für das beste Abstract eines Autors bis 35 Jahre und zwölf Posterpreise. Weitere Informationen und das gesamte Programm von „Chances“ finden Interessierte auf der Kongress-Website unter <http://dgim2014.de/programm/chances-programm/>. Für Studierende der Medizin ist der Besuch des 120. Internistenkongresses kostenfrei. Die Tagung findet vom 26. bis 29. April 2014 in den Rhein-Main-Hallen Wiesbaden statt.

Terminhinweis:

Preisträgersitzung im Rahmen des Forums „Chances“

Termin: Montag, 28. April 2014, 16.30 bis 18.00 Uhr

Vorsitz: M. Manns (Hannover, U.R. Fölsch (Kiel))

Pressekontakt für Rückfragen:

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)
Pressestelle
Anna Julia Voormann
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-552
Fax: 0711 8931-167
voormann@medizinkommunikation.org
www.dgim.de
www.dgim2014.de



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

120. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)
26. bis 29. April 2014, Rhein-Main-Hallen Wiesbaden

DGIM würdigt Beiträge durch zusätzliche Reisestipendien und Preisgelder

Wiesbaden, April 2014 – Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM) ermöglicht es Medizinern und Wissenschaftlern, auf dem Internistenkongress eigene Studienergebnisse vorzustellen. Neu ist, dass die Fachgesellschaft ab dem Jahr 2014 allen Autoren unter 35 Jahren ein Reisestipendium zum Kongress über 250 Euro überreicht. Darüber hinaus gibt es für die zwölf prämierten Poster erstmals ein Preisgeld in Höhe von 1000 Euro. Die wissenschaftlichen Poster sind auf der 120. Jahrestagung der DGIM vom 26. bis 29. April 2014 in den Rhein-Main-Hallen in Wiesbaden zu sehen.

Mit einem breit gefächerten wissenschaftlichen Programm bietet die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM) den rund 8500 Teilnehmern ihrer Jahrestagung einen aktuellen Überblick über das gesamte Spektrum der Inneren Medizin. Unter dem Leitthema „Forschung wird zu Medizin“ liegt ein Fokus des 120. Internistenkongresses auf den neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen, die für die tägliche Praxis besonders relevant sind. „Dabei setzen wir auch ganz stark auf die Beiträge der vielen jungen Nachwuchsforscher, die mit ihrer Expertise entscheidend zur Themenvielfalt beitragen“, sagt Professor Dr. med. Michael P. Manns, Vorsitzender der DGIM, im Vorfeld der Tagung. „Der internistische Nachwuchs ist es, der den Kongress belebt und die Innere Medizin in Zukunft prägen wird“, so der Direktor am Zentrum für Innere Medizin der Medizinischen Hochschule Hannover.

Zum Wettbewerb zugelassen sind wissenschaftliche Originalarbeiten und Kasuistiken aus den internistischen Schwerpunkten und den assoziierten Fächern: Angiologie, Endokrinologie und Diabetologie, Stoffwechsel, Gastroenterologie, Hepatologie,



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Hämatologie, Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie sowie Geriatrie, Infektiologie, Intensiv- und Notfallmedizin und Epidemiologie. Als Novum prämiiert die DGIM ab dem Kongress in 2014 die zwölf besten Poster der jeweiligen Schwerpunkte mit einem Preisgeld in Höhe von 1000 Euro.

Einen weiteren neuen Anreiz für junge Bewerber schaffte die Fachgesellschaft, indem sie erstmalig allen angenommenen Posterabstracts von Autoren bis 35 Jahren ein Reisestipendium in Höhe von 250 Euro gewährt. Ihre Arbeiten konkurrieren außerdem um den Young Investigator Award. Auf die drei erstplatzierten Beiträge warten Prämien über 3000, 2000 und 1000 Euro.

Pressekontakt für Rückfragen:

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

Pressestelle

Anna Julia Voormann/Corinna Spirgat

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-552

Fax: 0711 8931-167

voormann@medizinkommunikation.org

www.dgim2014.de

www.dgim.de

Rheuma wirksam bekämpfen: neue Medikamente 2014

Professor Dr. med. Elisabeth Märker-Hermann, 1. stellvertretende Vorsitzende der DGIM, Direktorin der Klinik Innere Medizin IV: Rheumatologie, Klinische Immunologie, Nephrologie, HSK, Dr. Horst Schmidt Kliniken GmbH, Städtisches Klinikum der Landeshauptstadt Wiesbaden

In der Therapie entzündlich-rheumatischer Erkrankungen wurden in den vergangenen 15 Jahren erhebliche Fortschritte erzielt. Diese basieren zum einen auf der Entwicklung zielgerichteter neuer Substanzen, insbesondere der Biologika, zum anderen aber auch auf der Definition neuer Behandlungsstrategien entsprechend einem an Therapiezielen orientierten Behandlungsalgorithmus ("Treat-to-target"). Bei der rheumatoiden Arthritis (RA) sollte nach frühzeitiger Diagnosestellung spätestens innerhalb der ersten 3 Monate nach Symptombeginn mit einer DMARD-Therapie (Disease modifying antirheumatic drug), in der Regel mit Methotrexat (Mtx) in Kombination mit niedrig dosiertem Prednisolon begonnen werden. Mtx ist auch die Basis für Kombinationstherapien mit anderen DMARDs oder Biologika. Mit den Biologika, hier speziell den TNF-alpha-Inhibitoren, besteht inzwischen über 10 Jahre Erfahrung. Neu im Jahre 2014 ist, dass Biosimilars, also Antikörper mit hohem Ähnlichkeits- und Wirkungsgrad zum Beispiel zum Infliximab, im europäischen Raum zugelassen wurden. Die Kostenträger erhoffen sich hier deutliche Einsparungen gegenüber den Originalsubstanzen. Ein großes therapeutisches Potential liegt in den neu entwickelten Small Molecules, die in die intrazelluläre Signaltransduktion eingreifen. Von diesen Substanzen wurde der JAK-Kinase-Hemmer Tofacitinib nach einem umfangreichen Studienprogramm in den USA, der Schweiz und anderen Ländern bereits zugelassen, in Deutschland wurde die Zulassung allerdings wegen Sicherheitsbedenken zunächst noch zurückgestellt. Bei der Psoriasisarthritis (PsA) hatten sich aus der Gruppe der Biologika bislang nur die TNF-Inhibitoren als hoch wirksam erwiesen, diese sind auch zur Therapie der PsA zugelassen. Bei anti-TNF-Ineffizienz oder bei Kontraindikationen steht jetzt eine neue Substanz zur Behandlung der PsA zur Verfügung, nämlich der IL12-/IL23-Rezeptor-Antikörper Ustekinumab. In Studien werden zudem monoklonale anti-IL-17-Antikörper und ein vielversprechendes Small Molecule, der Phosphodiesterase 4 (PDE4)-Inhibitor Apremilast, getestet.

Es gibt in der Rheumatologie eine Vielzahl von Untersuchungen zur Remissionsinduktion und zur Eskalation bzw. Kombination von Substanzen, falls das primäre Behandlungsziel nicht erreicht wird. Zur Frage einer Deeskalation oder Absetzen einer Langzeittherapie existieren hingegen nur sehr wenige Studien unter kontrollierten Bedingungen. Eine große Aufgabe wird es in den kommenden Jahren sein, die Volkskrankheit Arthrose mehr als bisher in den Fokus der Wissenschaft zu bringen. Internationale und nationale Forschungsprogramme zur Entwicklungsbiologie und Regeneration des Knorpels lassen uns hoffen, dass es hier ähnlich wie bei entzündlich-rheumatischen Systemerkrankungen zu entscheidenden therapeutischen Neuentwicklungen kommen wird.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Wiesbaden, April 2014

Pumpe statt Transplantation: Wie lebt es sich mit einem Kunstherzen?

Professor Dr. med. Gerd Hasenfuß, 3. stellvertretender Vorsitzender der DGIM, Direktor der Klinik für Kardiologie und Pneumologie der Universitätsmedizin Göttingen, Vorsitzender des Herzforschungszentrums Göttingen

Mit einer Abnahme der Herzinfarktsterblichkeit in Deutschland und der demografischen Verschiebung kommt es zu einer deutlichen Zunahme der Herzmuskelschwäche (Herzinsuffizienz). Deren Häufigkeit, gemessen an der Krankenhausbehandlung von Patienten, nahm seit 1995 um mehr als 70 Prozent zu. Bei Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz kommt oft als einzige Behandlungsmöglichkeit die Herztransplantation oder die operative Versorgung mit einem Kunstherzen in Betracht. Da die Transplantationsrate aufgrund der Organknappheit in Deutschland von 1995 bis heute um 45 Prozent abgenommen hat und die Errungenschaften der Ingenieurstechnologien zu einer dramatischen Weiterentwicklung der Kunstherzen geführt hat, rücken Letztere in der Behandlung der schweren Herzinsuffizienz immer mehr in den Vordergrund. Als Kunstherz ist hier nicht der totale Herzersatz, sondern eine Herzunterstützung verstanden. Diese unterstützt das Herz in seiner Pumpleistung erheblich. Die Herzunterstützungspumpe kann heutzutage komplett implantiert werden. Allerdings besteht noch die Notwendigkeit, dass ein dünnes Batteriekabel den Körper im Bereich des Bauchraums zu einer externen Batterie verlässt. Die Patienten sind nach Versorgung mit einem solchen Herzunterstützungssystem weitgehend unabhängig. Junge Patienten können auch wieder sportlichen Betätigungen nachgehen. Die Herzunterstützungssysteme stehen zur Überbrückung bis zur Herztransplantation, aber auch, und das aufgrund der oben angeführten Gründe, immer häufiger als definitive Versorgung der herzinsuffizienten Patienten zur Verfügung. Es ist selbstredend, dass regelmäßige ärztliche Kontrollen durchgeführt werden. Bei einer deutlichen Verbesserung der Lebensqualität müssen allerdings auch psychische Aspekte, bedingt durch die Abhängigkeit des Patienten von einer Maschine, oder die Angst vor einer Komplikation oder dem Geräteversagen berücksichtigt werden. Aufgrund der rasanten technischen Weiterentwicklung ist davon auszugehen, dass Pumpen, Kabel und Batterien in Bälle komplett implantierbar sind. Bereits heute stehen minimal invasive Verfahren zur Implantation der Pumpe zur Verfügung, sodass auch eine komplexe Herzoperation mit der Öffnung des Brustraums nicht mehr erforderlich ist.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Wiesbaden, April 2014

Finanzierung der Universitätsklinika

Professor Dr. med. Dr. h. c. Ulrich R. Fölsch, Generalsekretär der DGIM, Kiel

„Forschung wird zur Medizin“ - das ist das Motto des diesjährigen Jahreskongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Aber seit längerer Zeit bewegt die Universitätsklinika ein komplexes Problem: Sie sind nicht auskömmlich finanziert. Bereits im Februar 2013 hat die Bundesärztekammer eine ausführliche Stellungnahme publiziert, in der auf dieses gravierende Problem hingewiesen wird und auch Lösungsvorschläge angeboten werden. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin hat sich im Sommer 2013 ebenfalls mit dieser Thematik beschäftigt und in einem eigenen Positionspapier die Forderungen der BÄK unterstützt. Mittlerweile haben unsere Sorgen einen weiteren Schub bekommen: Etwa die Hälfte der Unikliniken in Deutschland sind existentiell bedroht! Sie haben im vergangenen Jahr gesamthaft ein Minus von 161 Millionen Euro angehäuft. Die Kosten-Erlös-Schere öffnet sich immer weiter (dies betrifft allerdings nicht nur universitäre Krankenhäuser!), es besteht eine unzureichende Investitionsfinanzierung seitens der Länder, die seit der Föderalismusreform 2006 allein für den Unterhalt der Universitätsklinika zuständig sind, und es strukturelle Besonderheiten und spezifische Aufgaben der Universitätsmedizin sind im DRG-System zu wenig berücksichtigt. Dies betrifft die Extremkostenfälle, die Notfallversorgung, seltene Erkrankungen u.a.

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin und die Hochschulmedizin insgesamt fordern daher eine schnelle Umsetzung der Absichtserklärungen aus dem Koalitionsvertrag, in dem festgehalten ist, dass die besonderen Aufgaben der Universitätsklinika und der Krankenhäuser der Maximalversorgung besser im DRG-System vergütet werden sollen. Ebenso sollen künftig die Leistungen der Hochschulambulanzen angemessen entlohnt werden. Bei einem DRG-Zuschlag wird aber befürchtet, dass die Kostenträger dann Patientenströme in die nicht-universitären, kostengünstigeren Häuser lenken könnten. Daher fordert die Hochschulmedizin abweichend vom Koalitionsvertrag eine dritte Finanzierungssäule (Systemzuschlag) für die besonderen Aufgaben der Universitätsklinika. Derartige Sonderfinanzierungen sind international durchaus üblich, so z. B. in Österreich, England, den Niederlanden und den USA. Der Verband der Universitätsklinika in Deutschland (VUD) und der Medizinische Fakultätentag (MFT) gehen davon aus, dass die 33 Universitätsklinika derzeit rund eine Milliarde Euro pro Jahr (ohne Berücksichtigung nötiger Investitionen!) mehr für eine angemessene Ressourcenausstattung benötigen. Um weiteren Schaden von den Universitätsklinika abzuwenden, sollte eine Lösung dieser Finanzierungsprobleme spätestens 2015 umgesetzt werden.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Wiesbaden, April 2014

Adipositas: Einfluss der neuen Forschungsergebnisse auf aktuelle Präventions- und Therapiestrategien

Professor Dr. med. Stephan Bischoff, Geschäftsführender Direktor des Instituts für Ernährungsmedizin an der Universität Hohenheim und Ärztlicher Direktor des Zentrums für Ernährungsmedizin der Universitäten Hohenheim und Tübingen

1. Das Problem

Adipositas hat in den letzten wenigen Jahrzehnten weltweit zugenommen mit Prävalenz-Spitzen in den westlichen Industrienationen und Inzidenz-Maxima in den Schwellenländern, insbesondere in den arabischen Ländern, wo Frauen lebensstilbedingt besonders betroffen sind. Die Folgen sind beängstigend, denn sie betreffen nahezu alle große Volkserkrankungen, darunter Hypertonie, Herzinfarkt, Apoplex, periphere Durchblutungsstörungen, aber auch Diabetes Typ II und Fettstoffwechselerkrankungen, und zuletzt wurde belegt, dass auch zahlreiche maligne Erkrankungen bei Adipösen vermehrt auftreten. Dies betrifft in erster Linie Darmkrebs und andere gastrointestinale Tumoren, aber auch Brustkrebs und Ovarialkarzinom, um nur die wichtigsten zu nennen. Dies bedeutet, dass die Krankheitsbilder, die als häufigste Ursachen für Tod in der bundesdeutschen Statistik genannt werden, mit Adipositas assoziiert oder sogar durch Adipositas induziert sind. Die ökonomischen Konsequenzen für unser Gesundheitssystem werden dadurch unterstrichen, dass solche Erkrankungen nicht nur zum vorzeitigen Tod, sondern vor allem zu einer erhöhten Morbidität mit erheblichen Kosten für die Wirtschaft im Allgemeinen und für das Gesundheitsversorgungssystem im Besonderen einhergehen.

Bereits vor vielen Jahren wurde berechnet, dass 70 bis 90 Prozent aller Fälle von Kolonkarzinom, Schlaganfall, Koronarer Herzkrankheit und Diabetes mellitus Typ II durch eine effektive Adipositas therapie vermieden werden könnten. Dazu kommt, dass Adipositas nicht nur die oben genannten „organischen Erkrankungen“ verursacht, sondern auch die Lebensqualität der Bevölkerung substanziell beeinflusst. Es ist bekannt, dass Arbeitslosigkeit, Armut und Depression die Adipositasentstehung begünstigen, und dass umgekehrt Adipositas Arbeitschancen, Wohlstandschancen und die seelische Gesundheit verschlechtert. Somit führt die Adipositas in einen psychosozialen Circulus vitiosus, den zu durchbrechen mit der Zeit immer schwieriger wird. Hier gründet sich auch eine wesentliche Barriere, die den begrenzten Erfolg bisheriger Behandlungsbemühungen erklärt. Um diese Barriere zu überwinden, bedarf es fundierter Fachkenntnis sowie klarer Regelungen von Zuständigkeiten und Finanzierung.

Aber nicht nur Epidemiologie und Folgeerkrankungen bereiten Sorge, sondern auch die „Gaps“ in der Grundlagen- und in der klinischen Forschung. Bis heute ist unklar, warum Menschen bei gegebener Hyperalimentation unterschiedlich zunehmen. Trotz umfangreicher genetischer Analysen konnten kaum Risikogene für Gewichtszunahme und assoziierte Co-Morbidität identifiziert werden, am Ende zeigten sich althergebrachte klinische Parameter wie Bauchumfang oder Laborparameter wie

Blutzucker und Fettstoffwechselfparameter mindestens ebenso gut geeignet zur Risikoabschätzung wie alle genetischen Analysen zusammen genommen. Deshalb ist das Ziel der genbasierten Individualmedizin im Bereich Adipositas leider noch immer in weiter Ferne.

Offene Fragen betreffen auch unser Verständnis der Gewichtsregulation. Zweifelsfrei liegt die Regulationszentrale im Gehirn, welches allerdings abhängig ist von peripheren Signalen aus dem Fettgewebe, endokrinen Organen und dem Gastrointestinaltrakt. Letzterem wird zunehmend Aufmerksamkeit gezollt, nachdem sich Hinweise verdichteten, dass dort nicht nur Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme stattfindet, sondern auch Regulation von Verdauung, Metabolisierung und – indirekt über das Gehirn – Appetit. Vielleicht liegt der Schlüssel für die angestrebte individualisierte Adipositas therapie nicht nur in den Genen, sondern auch in solchen Regulationsvorgängen, welche wir zunehmend besser verstehen.

2. Neue Forschungsergebnisse

In den letzten Jahren sind wesentliche neue Erkenntnisse zur Pathogenese von Adipositas und assoziierten Erkrankungen generiert worden. Neue Schwerpunktthemen der Adipositasforschung sind beispielsweise Hirnfunktionen, gut-brain axis, gut-liver axis und das intestinale Mikrobiom. Gerade die bislang kaum beachtete Rolle der Darm-mikrobiota für die Energieaufnahme wurde in zahlreichen Studien bestätigt und die Konsequenzen für Adipositas definiert. Außerdem wurde eine Reihe von Darmhormonen identifiziert, welche Appetit und Energiehaushalt maßgeblich beeinflussen. Schließlich wurde gezeigt, dass der Darmbarriere, der bakteriellen Translokation und der daraus resultierenden Fettlebererkrankung eine wesentliche Rolle bei der Entwicklung Adipositas-assoziierter metabolischer Erkrankungen zukommt. Damit hat der Gastrointestinaltrakt eine völlig neue und sehr umfassende Bedeutung für die Adipositasforschung erhalten. Dies bedeutet, dass heute neben Diabetologen und Endokrinologen zunehmend auch Gastroenterologen und Mikrobiologen in dem Bereich Adipositasforschung aktiv werden.

Trotz neuer Forschung bleiben physiologischen Grundsätze gültig: Adipositas hat mit Energieaufnahme zu tun, Gewichtsreduktion mit Reduktion der Energieaufnahme. Aber diese einfache Formel wird relativiert durch zahlreiche Stellgrößen, die an der Gewichtsregulation beteiligt sind. Dies sind hormonelle, metabolische, immunologische oder nervale Signale von unterschiedlichen Organen wie Darm, Leber, Pankreas und Fettgewebe, welche im Gehirn integriert werden, bevor dort über Nahrungsaufnahme und -verwertung entschieden wird. Ein erstes Signal dieser Art, Leptin, ein zytokinähnliches Fettgewebshormon, wurde bereits vor über zehn Jahren entdeckt. Inzwischen kennen wir eine ganze Familie von Adipokinen mit unterschiedlichen Funktionen, dazu kommen gastrointestinale Hormone und Peptide, Hepatokine etc., welche die klassischen Regulationsmechanismen über Insulin und Glukagon wesentlich erweitern und die Bedeutung

einzelner Pathways relativieren. Die Redundanz dieser Systeme macht die Regulation robust, aber auch schwer beeinflussbar von extern, was den limitierten Erfolg von Gewichtsreduktionsmaßnahmen teilweise erklärt (Tab. 1).

Neben Energiebilanz und Substrathomeostase spielen auch andere Kriterien in die Regulation der Nahrungsaufnahme hinein wie Belohnungsmechanismen („reward“), Glücksgefühle und Freude am Essen, endogene Priorisierungsprinzipien hinsichtlich Substratverteilung („selfish brain“), um nur einige aufzuzählen.

Heute wissen wir, dass die intestinale Mikrobiota mit Millionen von Genen, die für Verdauungsenzyme kodieren, zur Effektivität der Verdauung beiträgt, was im Kontext Mangelernährung von Vorteil sein mag, bei Adipositas aber zum Nachteil ist, denn dadurch wird die Energieaufnahme optimiert. Dieses System adaptiert sich an das Substratangebot, das heißt, wenn ein bestimmtes Substrat vorübergehend in größerer Menge aufgenommen wird, passt sich die Mikrobiota dahin gehend an, als sich Bakterien, welche auf die Metabolisierung des Substrats optimiert sind, vermehren, wodurch der betroffene Adipöse doppelt bestraft wird: einmal für die überhöhte Substrataufnahme, ein zweites Mal kurz danach durch bessere Substratverwertung! Neben der Mikrobiota scheint auch die Darmbarriere eine zentrale Rolle zu spielen – weniger für die Adipositas, sondern mehr für die Entwicklung von Folgeerkrankungen: Nahrungsbedingte Störungen der Darmbarriere führen zu einer vermehrten Translokalisierung von Bakterien(produkten) aus dem Darm in das Gewebe, zunächst in die Pfortader, dann in die Leber, schließlich in den Gesamtorganismus. Dieser Mechanismus führt zusammen mit proinflammatorischen Signalen aus dem Fettgewebe zu einer „subklinischen Entzündung“ – kennzeichnend für das sogenannte metabolische Syndrom –, welche Verfettung innerer Organe, insbesondere der Leber und konsekutiv Insulinresistenz bewirkt. Deshalb wird die Fettlebererkrankung (non-alcoholic fatty liver disease, NAFLD) zunehmend als Frühindikator für Adipositas-assoziierte metabolische Erkrankungen angesehen und bekommt damit einen anderen Stellenwert, zumal die NAFLD auch permanente Leberschädigung wie Fibrose, Zirrhose und Tumor bewirken kann. Damit eröffnen sich neue Zielstrukturen zur Behandlung von Adipositas und Folgeerkrankungen wie Darm-Mikrobiota, Darmbarriere und Leber. Erste Ansätze werden bereits publiziert wie der Einsatz von Prä- und Probiotika bei Adipositas oder die Ernährungsberatung nicht nach Nahrungsenergie- und Fettgehalt, sondern nach Nahrungskomposition und -qualität, wobei individuelle Faktoren bislang noch kaum berücksichtigt werden.

3. Aktuelle Präventions- und Therapiestrategien

Können wir mit den neuen Erkenntnissen den Stillstand bei der Adipositasprävention und -therapie überwinden? Welche Forschungserkenntnisse könnten in Zukunft neue Behandlungskonzepte generieren und damit helfen, die wichtigste Volkskrankheit der Industrieländer einzudämmen? Erste

Anzeichen neuer Richtungen haben bereits Einzug in die Routinetherapie gefunden. Beispielsweise gibt es seit einigen Jahren eine Reihe von Diabetes-Medikamenten, die Darmhormone zur Zielstruktur haben.

Ballaststoffe, welche die Mikrobiota beeinflussen, werden zur Prävention von Adipositas und Diabetes empfohlen. Es wird sogar diskutiert, in der Adipositas- und Diabetesbehandlung Stuhltransplantation oder Probiotika einzusetzen. Allerdings liegen dazu bislang fast nur tierexperimentelle Studien vor, deren Übertragbarkeit auf den Menschen unklar ist.

Bei der Bewertung neuer Therapieansätze ist nicht nur nach dem Individuum, sondern auch nach der Zielsetzung zu differenzieren. Bereits vorhandene Humandaten zeigen, dass in der Initialphase der Adipositas-therapie, wenn es um eine substanzielle Gewichtsreduktion geht, die Limitation der Energiezufuhr durch geeignete Diäten oder der Resorption durch bariatrische Intervention einerseits und die Erhöhung des Energieverbrauchs durch Bewegung andererseits die essenziellen Maßnahmen sind. In der anschließenden Gewichtsstabilisierungsphase gelten möglicherweise andere Prinzipien. Aus Bewegungstherapie sollte eine umfassende Lebensstilmodifikation werden, aus Energiereduktionsdiäten eher qualitativ hochwertige Ernährungskonzepte, die insbesondere Komponenten berücksichtigen, die Mikrobiota und Barriere positiv beeinflussen wie ballaststoffreiche und probiotische Ernährung, bei der auch die Auswahl der Fette und der Kohlenhydrate eine zentrale Rolle spielt. Wenngleich die Details in zukünftigen Studien erarbeitet werden müssen, scheint die mediterrane Ernährung diesen Zielsetzungen recht nahe zu kommen. Dies wird bestätigt durch erste Humanstudien, die zeigen konnten, dass diese Diät zur Gewichtsstabilisierung nach erfolgreicher Gewichtsreduktion, aber auch zur Adipositasprävention beitragen kann. Tatsächlich zeigen sich mehr und mehr Ähnlichkeiten zwischen erfolgreichen Interventionskonzepten zur Prävention und zur „Weight maintenance“, die beide mehr Konzept als ein allein diätetisches Konzept benötigen.

Neben diesen medizinisch-wissenschaftlichen Aspekten müssen in diesem Zusammenhang andere Fragen der Versorgungsforschung geklärt werden wie beispielsweise Fragen der Compliance und Eigenmotivation, Fragen der Gesetzgebung und der Zuständigkeiten unter den verschiedenen Stakeholdern, und nicht zuletzt Fragen der Finanzierung und Finanzierbarkeit. Nur so kann es gelingen, dass wir über den Nachweis von Wirkung und Wirksamkeit auf Individualbasis zu einer bevölkerungsweiten Effizienz bei der Prävention und Therapie von Adipositas kommen, wobei erfolgreiche Prävention die Therapie der Adipositas und erfolgreiche Therapie der Adipositas, die Therapie der Folgeerkrankungen weitgehend überflüssig machen könnte. Auf diesem Weg ließen sich vielfaches Leid und viel Geld sparen. Das ist der zweite Grund – neben aller wissenschaftlichen Neugier – warum wir uns auch weiterhin mit dem Thema Adipositas intensiv beschäftigen sollten.

Tab. 1. Zehn Ursachen für unzureichenden Therapieerfolg bei Adipositas

- i. Redundanz und Komplexität der zugrunde liegenden genetischen Konstellation
- ii. Redundanz und Komplexität der beteiligten endokrinen und nervalen Regulations-systeme
- iii. Redundanz und Komplexität der beteiligten psychosozialen Co-Variablen
- iv. Redundanz und Komplexität der beteiligten Lifestyle-Faktoren
- v. Fokussierung auf Betrachtung von Nahrungsmitteln als Energieträger
- vi. Unzureichende Betrachtung von Nahrungsmitteln als Regulatoren von Körpergewicht und Gesundheit
- vii. Vernachlässigung der Mikrobiota als Stellgröße bei der Nahrungsverwertung und Energieaufnahme
- viii. Unzureichendes Verständnis von Co-Faktoren beziehungsweise von „Second hits“, die darüber entscheiden, ob es bei Adipositas zu Folgeerkrankungen kommt
- ix. Unklarheit über Zuständigkeiten und Finanzierung von Präventions- und Therapiemaßnahmen
- x. Unzureichende Gesetzgebung für Betroffene und Beteiligte (Krankenkassen, Arbeitgeber, Lebensmittelindustrie)

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Wiesbaden, April 2014

Schwindel – was tun gegen das Drehen im Kopf?

Professor Dr. med. Reinhard Dengler, Direktor der Klinik für Neurologie, Medizinische Hochschule Hannover

Schwindel ist eine Volkskrankheit, die mit dem Alter zunimmt. Angaben zur Häufigkeit liegen bei circa 30 Prozent ab dem 65. und circa 50 Prozent ab dem 75. Lebensjahr. Akuter Schwindel kann sowohl lebensgefährlich wie auch harmlos sein.

In der deutschen Sprache ist der Begriff „Schwindel“ unspezifisch und beinhaltet Dreh-, Schwank- und Liftschwindel, Gleichgewichtsstörungen, Benommenheit, „Light-Headedness“, präsynkopale Zustände (Kreislaufstörungen) und ähnliches. Wiederholte Schwindelzustände werden von Patienten nicht nur als sehr unangenehm, sondern auch als gefährlich erlebt und führen sie meist rasch zum Arzt.

Schwindel entsteht im Prinzip bei Störungen betreffend das Gleichgewichtsorgan im Ohr, den Hirnstamm und das Kleinhirn sowie verschiedene höhere Gehirnstrukturen. Die diagnostische Abklärung liegt entsprechend in den Händen von Neurologen und HNO-Ärzten und häufig auch Internisten/Kardiologen. Daneben gibt es auch einen psychogenen, zum Beispiel phobischen Schwindel. Wesentlich ist die Unterscheidung von akuten Schwindelattacken und chronischen Schwindelzuständen. Am kritischsten sind dabei zerebrale Durchblutungsstörungen (Schlaganfälle, Hirnblutungen) einzuschätzen, die leider häufig zu spät diagnostiziert werden. Umstritten ist, ob Veränderungen der Halswirbelsäule Schwindel verursachen können. Bei älteren Patienten ist der benigne paroxysmale Lagerungsschwindel häufig. Bei etwa der Hälfte der Patienten wird nach eigener Erfahrung keine eindeutige Ursache gefunden.

Die Therapie ist ursachenorientiert. Schlaganfälle erfordern ein notfalliges Vorgehen nach den geltenden Leitlinien. Akute Innenohrstörungen werden vom HNO-Arzt empirisch therapiert. Beim benignen Lagerungsschwindel helfen Lagerungsübungen. Kreislaufbedingter Schwindel gehört zum Internisten/Kardiologen. In ungeklärten, eher chronischen Fällen können Antivertiginosa und bei HWS-Veränderungen Physiotherapie versucht werden.

Weiterführende Literatur: zum Beispiel

Strupp M, Brandt T. Leitsymptom Schwindel: Diagnose und Therapie. Dtsch
Arztebl.2008;105:173–180

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Wiesbaden, April 2014



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

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

Gegründet 1882 vertritt die DGIM bis heute die Interessen der gesamten Inneren Medizin: Sie vereint als medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft aller Internisten sämtliche internistische Schwerpunkte: Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Geriatrie, Hämato-Onkologie, 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 Ärzten als auch Patienten zugänglich zu machen, nimmt sie als ihren zentralen Auftrag wahr. Zudem vertritt die Gesellschaft die Belange der Inneren Medizin als Wissenschaft gegenüber staatlichen und kommunalen Behörden und Organisationen der Selbstverwaltung.

Im Austausch zwischen den internistischen Schwerpunkten sieht die DGIM auch einen wichtigen Aspekt in der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses. Die DGIM setzt dies im Rahmen verschiedener Projekte um. Zudem engagiert sie sich für wissenschaftlich fundierte Weiterbildung und Fortbildung von Internisten in Klinik und Praxis.

Innere Medizin ist das zentrale Fach der konservativen Medizin. Als solches vermittelt sie allen Disziplinen unverzichtbares Wissen in Diagnostik und Therapie. Insbesondere der spezialisierte Internist benötigt eine solide Basis internistischer Kenntnisse. Denn er muss Ursachen, Entstehung und Verlauf, Diagnostik und Therapie der wichtigsten internistischen Krankheitsbilder kennen, einschätzen und im Zusammenhang verstehen. Zentrales Element ist dabei das Kennenlernen von Krankheitsverläufen über längere Zeitstrecken und das Verständnis für die Komplexität der Erkrankung des einzelnen Patienten. Die DGIM sieht sich dafür verantwortlich, jedem Internisten das dafür notwendige Wissen zu vermitteln. Zudem setzt sie sich dafür ein, dass jeder Internist ein internistisches Selbstverständnis entwickelt und behält.

Die DGIM hat zurzeit mehr als 23 000 Mitglieder. Sie ist damit eine der größten wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften Deutschlands. Innerhalb der vergangenen Jahre hat sich die Zahl ihrer Mitglieder mehr als verdoppelt. Der Zuspruch insbesondere junger Ärzte bestärkt die DGIM einmal mehr in ihrem Anliegen, eine modern ausgerichtete Fachgesellschaft auf traditioneller Basis zu sein.

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Michael Peter Manns
Vorsitzender der DGIM 2013/2014, Direktor der Klinik für
Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie, Medizinische
Hochschule Hannover

* 1951



Beruflicher Werdegang:

- 1970–1976 Studium der Humanmedizin, Universität Wien und Johannes Gutenberg-Universität, Mainz
- 1976 Medizinisches Staatsexamen, Promotion
- 1977 Approbation als Arzt
- 1977–1981 Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Zentrum Innere Medizin, Klinikum Charlottenburg, Freie Universität Berlin
- 1981–1985 Wissenschaftlicher Mitarbeiter, I. Medizinische Klinik und Poliklinik, Johannes Gutenberg-Universität Mainz
- 1984 Arzt für Innere Medizin
- 1985 Teilgebietsbezeichnung „Gastroenterologie“
- 1985–2001 Oberarzt, I. Medizinische Klinik und Poliklinik, Johannes Gutenberg-Universität Mainz
- 1986 Ernennung zum C2-Professor für Innere Medizin, Universität Mainz
- 1987–1988 Forschungsaufenthalt – W.M. Keck Autoimmune Disease Center, Scripps Clinic and Research Foundation, Department of Basic and Clinical Research, La Jolla, CA, USA
- Seit 1991 C4-Professor und Direktor der Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie, Medizinische Hochschule Hannover (MHH)
- 1997–1999 Ärztlicher Direktor der MHH
- 1997–2003 Sprecher, Sonderforschungsbereich 265 der DFG: „Immunreaktionen und Pathomechanismen nach Organtransplantation“
- Seit 1998 Wissenschaftlicher Beirat Robert Koch-Institut, Berlin
- 1998–2013 Aufsichtsrat Universitätsklinikum Erlangen
- 1999–2001,
2009–2011,
2013–2015 Senator der Medizinischen Hochschule Hannover
- Seit 2002 Sprecher, Kompetenznetz Hepatitis des BMBF (Hep-Net)

2003–2006	Senatsausschuss der DFG für Sonderforschungsbereiche
2004–2010	Sprecher, Klinische Forschergruppe KFO 119 der DFG „Hepatozelluläres Karzinom“
2004–2013	Aufsichtsrat Universitätsklinikum Magdeburg
2005–2009	Geschäftsführender Direktor des Zentrums Innere Medizin der MHH

Mitgliedschaften und Positionen:

Seit 2005	Mitglied im Lenkungsausschuss von VIRGIL, europäisches Exzellenz-Netzwerk für den Kampf gegen Virusresistenz
Seit 2006	Vorstandsvorsitzender der Deutschen Leberstiftung
Seit 2006	Mitglied, Steering Committee von REBIRTH, DFG Exzellenzcluster Regenerative Medizin
Seit 2007	Sprecher, Sonderforschungsbereich SFB 738 der DFG, „Optimierung konventioneller und innovativer Transplantate“
Seit 2008	Mitglied, Steering Committee des Integrierten Forschungs- und Behandlungszentrums (IFB) „Transplantationsmedizin“ des BMBF
Seit 2009	Aufsichtsrat, Universitätsmedizin Mainz
Seit 2009	Mitglied, Koordinierungsausschuss Universitätsmedizin München
Seit 2010	Co-Initiator und stellvertretender Sprecher, Transregio SFB TR 77 „Liver Cancer“
Seit 2010	Mitglied, Medizinstrukturkommission (MSK) Baden-Württemberg
Seit 2011	Mitglied im Auswahlausschuss der Alexander von Humboldt-Stiftung, Bonn
Seit 2011	Mitglied im External Scientific Council des Vall d’Hebron Institute of Research (VHIR), Universität Autònoma de Barcelona, Spanien
Seit 2013	Vorstand, Boehringer Ingelheim Stiftung

Forschungsgebiete:

- Entzündliche Lebererkrankungen, virale und autoimmune Lebererkrankungen
- Studien für die Behandlung von Lebererkrankungen, insbesondere Virus-Hepatitis, autoimmune Lebererkrankungen, Lebertransplantation und entzündliche Darmerkrankungen
- Transplantationsmedizin
- Hepatozelluläres Karzinom
- Gastrointestinale Onkologie
- Regenerative Medizin
- Mukosale Immunologie
- Klinische Pharmakologie

Über 1000 Publikationen; Hirsch Index 119

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Elisabeth Märker-Hermann
1. stellvertretende Vorsitzende der DGIM, Direktorin der Klinik Innere
Medizin IV: Rheumatologie, Klinische Immunologie, Nephrologie
HSK, Dr. Horst Schmidt Kliniken GmbH, Städtisches Klinikum der
Landeshauptstadt Wiesbaden



Beruflicher und wissenschaftlicher Werdegang:

1976–1983	Studium der Medizin in Mainz
1984	Promotion zum Dr. med.
1984–1992	Facharztausbildung in Bad Kreuznach, Basel (Rheumatologische Universitätsklinik Felix Platter Spital, Professor Dr. Wolfgang Müller) und Mainz (I. Medizinische Klinik und Poliklinik, Professor Dr. Dr. K.-H. Meyer zum Büschenfelde)
1992	Anerkennung als Fachärztin für Innere Medizin
1993	Schwerpunkt Rheumatologie
1998	Schwerpunkt Nephrologie
1993–2002	Oberärztin an der I. Medizinischen Klinik und Poliklinik der Universität Mainz (2001 -2002 Leitende Oberärztin)
1993	Habilitation mit einer Arbeit zur Immunpathogenese der reaktiven Arthritis und des Morbus Bechterew/der Spondylitis ankylosans
1998	Visiting Professor am Department of Rheumatology and Immunology (Professor Michael Brenner), Harvard Medical School, Boston, USA
Seit 2002	Direktorin der Klinik Innere Medizin IV (Schwerpunkt Rheumatologie, klinische Immunologie und Nephrologie) der HSK Dr. Horst Schmidt Kliniken GmbH Wiesbaden, Akademisches Krankenhaus der Universität Mainz

Wissenschaftliche Schwerpunkte:

HLA-B27-assoziierte Spondyloarthritis, Rheuma und Niere, Psoriasisarthritis, bakteriell induzierte
Autoimmunreaktionen, Immungenetik

Mitgliedschaft in wissenschaftlichen Fachgesellschaften:

derzeit 1. stellvertretende Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM,
ehemalige Vorsitzende und Kongresspräsidentin 2013), Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für
Rheumatologie (DGRh) 2004–2006, Sprecherin des Kuratoriums des Carol Nachman-Preises für

Rheumatologie der Landeshauptstadt Wiesbaden, Mitglied des Kuratoriums der Rheumastiftung und der Lupusstiftung

Auszeichnungen:

- | | |
|---------------|---|
| 1990 und 1991 | Young Investigator's Award des European Workshop for Rheumatology Research |
| 1993 | Forschungspreis der Deutschen Vereinigung Morbus Bechterew |
| 1994 | Förderpreis des Stifterverbandes für die Deutsche Wissenschaft auf dem Gebiet der Rheumatologie |
| 1995 | Robert-Koch-Förderpreis der Robert-Koch-Stiftung |
| 2011 | Dr.-Franziskus-Blondel-Medaille der Stadt Aachen |
| 2013 | Ehrenmitgliedschaft des American College of Physicians |

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Gerd Hasenfuß
3. stellvertretender Vorsitzender der DGIM, Direktor der Klinik für
Kardiologie und Pneumologie der Universitätsmedizin Göttingen,
Vorsitzender des Herzforschungszentrums Göttingen



Akademische Ausbildung und wissenschaftliche Abschlüsse:

4/1975–5/1981 Staatsexamen Medizin, Universität Freiburg
1981 Promotion: Medizin, Universität Freiburg
1989 Habilitation: Innere Medizin, Universität Freiburg

Beruflicher Werdegang:

1982–1993 Facharztausbildung Innere Medizin und Kardiologie, Universität Freiburg
1988–1990 Visiting Assistant Professor am College of Medicine, Dept. of Physiology &
Biophysics der University of Vermont, Burlington, Vermont, USA
1993 Oberarzt der Medizinischen Universitätsklinik Freiburg
1994–1998 Heisenberg-Stipendiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft
Seit 1998 Universitätsprofessor (C4) für Innere Medizin, Direktor der Klinik für
Kardiologie und Pneumologie, Georg-August-Universität Göttingen
Seit 2001 Vorsitzender des Herzzentrums Göttingen
Seit 2010 Vorsitzender des Heart Research Centers Göttingen
Seit 2011 Vorstandsmitglied des Deutschen Zentrums für Herz-Kreislauf-Forschung
e.V. (DZHK)

Auszeichnungen und Preise:

1991 Theodor-Frerichs-Preis der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin
1991 Europäischer Preis für Alternativ-Methoden zum Tierversuch
1991 Young Investigators Award der Society for Cardiovascular Pharmacotherapy
2001 Fellow der American Heart Association, F.A.H.A.
2002 Ordentliches Mitglied der Akademie der Wissenschaften zu Göttingen
2002 Fellow der European Society of Cardiology
2003 Deutscher Gründerpreis (Konzepte) für die Ausgründung der Firma Avontec
2004 Dr. Léon Dumont Preis der Belgischen Gesellschaft für Kardiologie
2005 Preis für gute Lehre der Medizinischen Fakultät Göttingen
2008 Distinguished Lecture Award, International Society of Heart Research,
Japanese Section

2011 William Harvey Basic Science Lecture Award der European Society of Cardiology

Wissenschaftliche Aktivitäten:

2001–2005 Sprecher des DFG-Sonderforschungsbereichs SFB Transregio 2

2001–2013 Sprecher des Standorts Göttingen, Nationales Genomforschungsnetz Herz-Kreislauf

1/2006–12/2010 Sprecher des EU-Integrated Project EUGeneHeart

7/2006–8/2012 Sprecher der Klinischen Forschergruppe KFO 155 „Die Bedeutung von Biomechanik und Calcium-Stoffwechsel bei Herzinsuffizienz und Regeneration“

Seit 2012 Sprecher des DFG-Sonderforschungsbereichs SFB 1002 „Modulatorische Einheiten bei Herzinsuffizienz“

Editorial Board – Mitgliedschaften:

Circulation (1996–2008), Circulation Research, Cardiovascular Research, Journal of Molecular and Cellular Cardiology, Basic Research in Cardiology, Clinical Cardiology, Current Heart Failure Reports, European Heart Journal, Dialogues in Cardiovascular Medicine, Der Internist, European Journal of Heart Failure

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Dr. h. c. Ulrich R. Fölsch
Generalsekretär der DGIM, Kiel

* 1943



Beruflicher Werdegang:

Studium:

Medizinstudium in Berlin, Zürich, Heidelberg

Medizinische Ausbildung:

- | | |
|----------------|--|
| 1969–1970 | Medizinalassistent in Heidelberg und Pforzheim |
| 1970–1971 | Wissenschaftlicher Assistent am Pathologischen Institut der Universität Heidelberg (Leiter: Professor Dr. W. Doerr) |
| 10/1971–2/1973 | DFG-Stipendiat an der Universität Dundee/Schottland im Department of Pharmacology and Therapeutics (Professor Dr. K.G. Wormsley) |
| 3/1973–3/1982 | Wissenschaftlicher Assistent an der Medizinischen Klinik, Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie der Georg-August-Universität Göttingen (Leiter: Professor Dr. W. Creutzfeldt) |
| 3/1982–8/1990 | Klinischer Oberarzt der Medizinischen Universitätsklinik Göttingen |

Auszeichnungen:

- | | |
|---------|---|
| 1979 | Theodor-Frerichs-Preis der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin |
| 1/1999 | Erfolgreiche Einwerbung des Kompetenznetzes „Entzündliche Darmerkrankungen“ zusammen mit den Medizinischen Fakultäten der Universitäten in Homburg, Regensburg und Tübingen |
| 4/2002 | Honorary Fellow des American College of Physicians |
| 9/2003 | Honorary Fellow der European Federation of Internal Medicine |
| 10/2004 | Honorary Fellow der Chilean Society of Internal Medicine |
| 2/2011 | Ehrenmitgliedschaft der Nordwestdeutschen Gesellschaft für Innere Medizin (NWGIM) |
| 5/2011 | Ehrenmitgliedschaft der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) |
| 5/2012 | Verleihung der Ehrendoktorwürde durch die Carol Davila Universität zu Bukarest, Rumänien |

Aktivitäten in wissenschaftlichen Gesellschaften:

1981–1985	Sekretär des European Pancreatic Club
1985–1986	Präsident der European Society for Clinical Investigation
Seit 1986	Mitglied im Beirat der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten
1997–1998	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten
1999–2000	Präsident des European Pancreatic Club
Seit 8/2001	Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin
2003–2004	Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Mitglied der Schriftleitung der folgenden Zeitschrift:

- World Journal of Gastroenterology

Funktionen und Ämter:

9/1990–3/2009	Direktor der Klinik für Allgemeine Innere Medizin, I. Medizinische Klinik, Universitätsklinikum S-H, Campus Kiel, Emeritiert
WS 00/01–SS 03	Prodekan der Medizinischen Fakultät der CAU zu Kiel
1999–2010	Sprecher des Kompetenznetzes Chronisch entzündliche Darmerkrankungen sowie Sprecher aller Kompetenznetze
2002–2008	Mitglied des Fachkollegiums (Gutachter) der Deutschen Forschungsgemeinschaft
2004–2011	Vorstandsvorsitzender der Telematikplattform für Medizinische Forschungsnetze e. V.
2004–2011	Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft universitärer Gastroenterologen (AUG)
Seit 4/2011	Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Stephan Bischoff
Geschäftsführender Direktor des Instituts für Ernährungsmedizin an der
Universität Hohenheim und Ärztlicher Direktor des Zentrums für
Ernährungsmedizin der Universitäten Hohenheim und Tübingen



Beruflicher Werdegang:

- 1982-1989 Studium der Humanmedizin an der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz und der Université Louis Pasteur Strasbourg
- 1989 Approbation als Arzt und Promotion in der Kardiologischen Klinik der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz
- 1989 Wissenschaftlicher Assistent bei Prof. Dr. med. Alain de Weck im Institut für Klinische Immunologie, Universitätsklinik Bern/Schweiz
- 1992-1999 Assistenzarzt in der Abt. Gastroenterologie & Hepatologie bei Prof. Dr. med. Michael Manns, Medizinische Hochschule Hannover
- 1997 Erwerb der Facharztkunde für Innere Medizin und der Zusatzbezeichnung „Allergologie“
- 1998 Habilitation im Fach Innere Medizin
Teilgebietsbezeichnung „Gastroenterologie“
- 2001 Fachkunde „Ernährungsmedizin“
- 2002 Internationaler Pharmacia Award für Allergieforschung
Ernennung zum Außerplanmäßigen Professor
- 2002-2003 Gastprofessur an der Columbia Universität New York
- 2004 Ernennung zum Ordentlichen Professor und Inhaber des Lehrstuhls für Ernährungsmedizin und Prävention an der Universität Hohenheim in Stuttgart
- 2005 Prodekan und Vorstandsmitglied des Life Science Centers Hohenheim
- 2006 Mitglied des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM)
- 2007 Geschäftsführender Direktor des Instituts für Ernährungsmedizin an der Universität Hohenheim und Stv. Ärztlicher Direktor des Zentrums für Ernährungsmedizin (ZEM) der Universitäten Hohenheim und Tübingen

- 2008 Officer Scientific committee der European Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN)
- 2009 Vorstandsmitglied des Kompetenzzentrums Gender und Ernährung, Ärztlicher Direktor des Zentrums für Ernährungsmedizin (ZEM), Mitglied im wissenschaftlichen Beirat der DGE Baden-Württemberg, Gründungsvorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Mukosale Immunologie und Mikrobiom (DGMIM), Gründungsmitglied des European Mast Cell and Basophil Research Network (EMBRN), Sprecher des Wissenschaftlichen Beirates des Max-Rubner-Instituts (MRI) in Karlsruhe, Mitglied im Gesundheitsforum Baden-Württemberg sowie Editorial Board der Fachzeitschriften Allergologie, Aktuelle Ernährungsmedizin, International Allergology und Clinical Immunology
- 2010 „Präsident-elect“ der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM), Herausgeber der Zeitschrift Aktuelle Ernährungsmedizin
- 2012 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM)

Prof. Dr. med. Stephan C. Bischoff ist Facharzt für Innere Medizin, Gastroenterologie, Allergologie und Ernährungsmedizin.

Klinisch-wissenschaftliche Schwerpunkte:

- Adipositas und Adipositas-assoziierte Erkrankungen
- Krankheitsassoziierte Malnutrition und künstliche Ernährung
- Gastrointestinale Barriere, Mukosale Immunologie & Neurogastroenterologie
- Probiotika und functional food
- Nahrungsmittelallergien und –intoleranzen, Mastzellforschung
- Gesundheitsprävention durch Ernährung, Genderforschung

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Reinhard Dengler
Direktor der Klinik für Neurologie, Medizinische Hochschule Hannover

* 1947



Beruflicher Werdegang:

1967–1973	Studium der Humanmedizin, LMU München, TU München
19.12.1973	Promotion zum Dr. med. an der TU München
1/1977–12/1977	Assistent am Physiologischen Institut der TU München; Tiermodelle für neurologische Störungen
9.11.1983	Habilitation in Neurologie an der TU München
2/1986–8/1986	Sabbatical, Department of Physiology, University of Alberta, Edmonton, Canada
8/1989	C3-Professor für Neurologie an der Universität Bonn
12/1992	C4-Professor für Neurologie an der MHH, Kliniksdirektor

Forschungsschwerpunkte:

- zerebrale Durchblutungsstörungen
- neurodegenerative und neuromuskuläre Krankheiten
- klinische Neurophysiologie

Mitgliedschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Neurologie
- Deutsche Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie (Pastpräsident)
- Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke (Vorstand)
- European Neurological Society
- Movement Disorder Society
- Society for Neuroscience
- American Academy of Neurology
- American Association of Electrodiagnostic Medicine
- Inter-national Federation of Clinical Neurophysiology (Vorstand)

Auszeichnungen:

- | | |
|------|--|
| 1987 | Richard-Jung-Preis der Deutschen Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie |
| 2003 | Mitglied der Bulgarischen Akademie der Wissenschaften |
| 2005 | Prix „Theophile Gluge“ der Königlichen Belgischen Akademie der Wissenschaften und Schönen Künste |

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Christian Strassburg
Direktor der Medizinischen Klinik und Poliklinik I,
Universitätsklinikum Bonn

*1965



Beruflicher Werdegang:

- 10/1986 Immatrikulation an der Medizinischen Hochschule Hannover im Studiengang
Humanmedizin
- 6.9.1988 Ärztliche Vorprüfung, Hannover
- 21.9.1989 Erster Teil der ärztlichen Prüfung, Hannover
Famulaturen in Great Yarmouth und Warwick, England
- 1990–1991 Stipendiat an der University of Pennsylvania School of Medicine, Philadelphia, U.S.A.
(Stipendium des Deutschen Akademischen Austauschdienstes)
Wissenschaftliche Arbeit am Wistar Institute of Anatomy and Biology (Professor A.
Linnenbach, Professor H. Koprowski)
- 7.4.1992 Zweiter Teil der ärztlichen Prüfung, Hannover
- 4.5.1993 Dritter Teil der ärztlichen Prüfung, Hannover
- 11.5.1993 U.S.-amerikanisches Examen, ECFMG-Zertifizierung
- 7/1993 Arzt im Praktikum, Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie (Direktor Professor
M. P. Manns), Medizinische Hochschule Hannover
- 21.7.1993 Promotion zum Dr. med. an der Medizinischen Hochschule Hannover
- 1/1995 Approbation als Arzt, wissenschaftlicher Assistent (Arzt), Klinik für Gastroenterologie
und Hepatologie (Direktor Professor M. P. Manns), Medizinische Hochschule
Hannover
- 1996–1998 Ausbildungsstipendium der Deutschen Forschungsgemeinschaft und Pete Lopiccola
Fellowship Award der University of California, San Diego, wissenschaftliche Tätigkeit
im Cancer Center und Department of Pharmacology, University of California, San
Diego, Arbeitsgruppe Professor R. H. Tukey
- 11.7.1998 Dr.-Norbert-Henning-Preis für gastroenterologische Forschung der Dr.-Norbert-
Henning-Stiftung an der Universität Erlangen-Nürnberg
- 25.10.2000 Venia Legendi für experimentelle Gastroenterologie
- 14.8.2001 Facharzt für Innere Medizin
- 1.10.2001 Ernennung zum Oberarzt der Klinik Gastroenterologie, Hepatologie und
Endokrinologie, Zentrum Innere Medizin der Medizinischen Hochschule Hannover
- 2002–2005 Stipendiat des Heisenberg-Programms der Deutschen Forschungsgemeinschaft

- 30.5.2005 Teilgebietsbezeichnung Facharzt für Innere Medizin – Gastroenterologie
- 1.5.2005 Ernennung zum Leitenden Oberarzt/stellvertr. ärztl. Direktor der Klinik Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie, Zentrum Innere Medizin der Medizinischen Hochschule Hannover
- 14.6.2006 Ernennung zum außerplanmäßigen Professor an der Medizinischen Hochschule Hannover
- 24.2.2007 Ruf auf die W2-Universitäts-Schwerpunktprofessur für Hepatogastroenterologie in der Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie der Medizinischen Hochschule Hannover
- 16.4.2007 Verleihung des Paul-Martini-Preises 2007
- 1.5.2008 Ernennung zum ordentlichen Professor (W2) für Hepatogastroenterologie in der Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie der Medizinischen Hochschule Hannover
- 28.10.2009 Ablehnung des Rufs auf die W3-Professur für Gastroenterologie, Universitätsklinik Rostock
- 2011 Wahl zum Vorsitzenden der Organkommission Leber und Darm der DTG, Mitglied des „Eurotransplant Liver Intestinal Advisory Committee“, der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer und der Bundesfachgruppe Leber des AQUA-Instituts
- 6.11.2012 Ernennung zum Direktor der Medizinischen Klinik und Poliklinik I des Universitätsklinikums Bonn (W3-Professur/Lehrstuhl für Innere Medizin I)
- 2013 Wiederwahl zum Vorsitzenden der Organkommission Leber und Darm sowie Wahl in den Vorstand der deutschen Transplantationsgesellschaft (DTG)



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Bestellformular Fotos

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

Termin: Samstag, 26. April 2014, 12.30 bis 13.30 Uhr

Ort: Rhein-Main-Hallen Wiesbaden, Saal 12 D

Bitte schicken Sie mir folgende(s) Foto(s) per E-Mail:

- Professor Dr. med. Michael Peter Manns
- Professor Dr. med. Stephan Bischoff
- Professor Dr. med. Reinhard Dengler
- Professor Dr. med. Gerd Hasenfuß
- Professor Dr. med. Elisabeth Märker-Hermann
- Professor Dr. med. Christian Strassburg
- Professor Dr. med. Ulrich R. Fölsch

Vorname:	Name:
Redaktion:	Ressort:
Str./Nr.	PLZ/Ort:
Telefon:	Fax:
E-Mail:	Unterschrift:

Bitte an 0711 8931-167 zurückfaxen.

Pressekontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle
Anna Julia Voormann/Janina Wetzstein
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-552
Fax: 0711 8931-167
E-Mail: voormann@medizinkommunikation.org
Homepage: www.dgim.de; www.dgim2014.de

*Berliner Büro im Langenbeck-Virchow-Haus:
Luisenstraße 59
10117 Berlin*