

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

Termin: Dienstag, 28. November 2023, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Konferenzraum der Geschäftsstelle der DGIM, Irenenstraße 1, 65189 Wiesbaden sowie online

Themen und Referenten:

Die DGIM: Meilensteine der letzten 20 Jahre

Maximilian G. Broglie

Rechtsanwalt, Geschäftsführer der DGIM, Wiesbaden

Die DGIM heute und morgen: Vor welchen Herausforderungen steht die Fachgesellschaft?

Ourania Menelaou

Dr. iur. Oliver Franz

Geschäftsführer der DGIM, Wiesbaden

Eine unendliche Geschichte: die Krankenhausreform aus Sicht der DGIM

Professor Dr. med. Georg Ertl

Generalsekretär der DGIM, Internist und Kardiologe aus Würzburg

Was ein Arzt in Weiterbildung von der DGIM erwartet

Dr. med. Sebastian Pointner

Arzt in Weiterbildung, Kiel

Der Kongress und seine Stadt: Die Internisten und Wiesbaden

Dr. phil. Brigitte Streich

Wiesbaden

Moderation: Anne-Katrin Döbler, DGIM Pressestelle, Stuttgart

Ihr Kontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle – Dr. Andreas Mehdorn

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-313 / Fax: 0711 8931-167

E-Mail: mehdorn@medizinkommunikation.org

www.dgim.de | www.facebook.com/DGIM.Fanpage/ | www.twitter.com/dgimev

ZUR PERSON

Die DGIM: Meilensteine der vergangenen 20 Jahre

Maximilian G. Broglie, Rechtsanwalt, Geschäftsführer der DGIM, Wiesbaden

Maximilian Guido Broglie wurde 1943 in Gießen geboren. Nach der Mittleren Reife 1962 begann er eine Lehre zum Maschinenschlosser bei der Adam Opel AG in Rüsselsheim, die ihn sehr prägte. 1965 wechselte er von der Werk- auf die Schulbank, um das Abitur zu machen, das er 1967 erfolgreich bestand. Unmittelbar danach nahm er das Studium der Jurisprudenz und Betriebswirtschaftslehre an wechselnden Studienorten wie Marburg, Mannheim, Freiburg, Heidelberg und Adelaide in Australien auf. Nach bestandenem Examen und kurzem Intermezzo als Rechtsanwalt wurde er 1977 Leiter der Personal- und Rechtsabteilung einer Logistik-Firma, bis er dann 1980 die Hauptgeschäftsführung des Berufsverbandes der Deutschen Internisten (BDI) e.V. in Wiesbaden übernahm, einem Verband, der von seinem Vater Professor Dr. med. Maximilian Broglie mitgegründet und von diesem über viele Jahre als Präsident geführt wurde. Die Tätigkeit als Hauptgeschäftsführer übte Maximilian Guido Broglie bis 2004 aus. Während dieser Zeit war er maßgeblich für die Weiterentwicklung des Verbandes verantwortlich, der ursprünglich aus der DGIM als wissenschaftlicher Fachgesellschaft herausgelöst wurde.

Mit seinem breiten medizin-juristischen Fundus und den als Hauptgeschäftsführer gesammelten Erfahrungen übernahm Maximilian Broglie 2003 die Geschäftsführung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) e. V., der größten internistischen Fachgesellschaft Europas, die 1882 in Wiesbaden mit dem ersten Internistenkongress entstand. Sogleich begann Maximilian Broglie mit der Modernisierung der Fachgesellschaft. Er baute deren Mitgliedschaft systematisch aus, sodass sie heute über 30.000 Mitglieder hat – mehr als dreimal so viele wie zu Beginn seiner Amtszeit. Zu den Erneuerungsmaßnahmen gehörte auch der Einzug in die Büroräume in die Irenenstraße 1. Das Gebäude ist bis heute der Sitz der DGIM-Geschäftsstelle, die Maximilian Broglie ebenfalls über zwei Jahrzehnte zu einem hochprofessionellen, effektiven und engagierten Team geformt hat, das eng mit der Stadt Wiesbaden verbunden ist.

Inhaltlich prägte die DGIM in dieser Zeit viele zukunftsweisende Themen aus dem Gebiet der Inneren Medizin. Mit Initiativen zur Förderung und Vereinheitlichung der internistischen Fort- und Weiterbildung, der Unterstützung weiblicher Karrierewege in der Inneren Medizin oder der Etablierung von Online-Angeboten wie der App „Mobile Leitlinien Innere Medizin“ nahm die Fachgesellschaft bereits in den ersten Jahren von Broglies Tätigkeit wegweisende Entwicklungen ins Visier. Die Initiative „Klug entscheiden“ wendet sich seit 2014 mit praktischen Handlungsempfehlungen für Ärztinnen und Ärzte gegen Unter- und Überversorgung. Auch der Einfluss ökonomischer Gesichtspunkte auf das

ärztliche Handeln war ein Thema, das die DGIM bereits seit vielen Jahren immer wieder anspricht und schließlich im Ärzte Codex mit der Forderung „Medizin vor Ökonomie“ verstetigt hat.

Neben der medizinisch-wissenschaftlichen Sphäre befasste sich die DGIM auch intensiv mit ihrer eigenen Vergangenheit und beauftragte unabhängige Medizinhistoriker damit, die Geschichte der Fachgesellschaft und ihrer Mitglieder während der NS-Zeit aufzuarbeiten. Die Ergebnisse zeigen, dass sich DGIM-Mitglieder in der Zeit des Dritten Reiches durch unethisches Verhalten, medizinische Grenzüberschreitung und Unterstützung des Regimes schuldig gemacht haben. Gleichzeitig hält das Projekt, dessen Ergebnisse in einer Ausstellung, mehreren Büchern und nicht zuletzt auf der Internetseite www.dgim-history.de in deutscher und englischer Sprache veröffentlicht wurden, die Erinnerung an diejenigen DGIM-Mitglieder am Leben, die Unterdrückung und Leid durch das NS-Regime erfahren haben.

Doch nicht nur die Fachgesellschaft hat dank Maximilian Broglies in Wiesbaden eine verlässliche Heimat gefunden, auch der Internistenkongress. Nachdem dieser seine historischen Wurzeln in der hessischen Landeshauptstadt hat, war es Max Broglies Verdienst, dass der Internistenkongress auch nach dem Neubau des RMCC 2019 von Mannheim nach Wiesbaden zurückgekehrt ist. Hierbei war es insbesondere seine große Verhandlungserfahrung, aber auch sein kooperatives Geschick mit der er dafür sorgte, dass alle Beteiligten eine gute Basis für die Zukunft sehen konnten.

Zeichen seiner engen Verbundenheit mit der Stadt ist auch der Patiententag, den er vor 16 Jahren gemeinsam mit der Stadt Wiesbaden im Rahmen des Internistenkongresses ins Leben rief und der seitdem den Wiesbadener Bürgern die Möglichkeit gibt, aktuelle Erkenntnisse aus der Inneren Medizin unmittelbar von ausgewiesenen Experten zu erfahren. Auf Broglies Initiative ist außerdem zurückzuführen, dass im Jahr 2018 der europäische Internistenkongress (ECIM) als einer der ersten Kongresse überhaupt im RMCC Wiesbaden stattfinden konnte.

Neben diesen hauptberuflichen Tätigkeiten hat sich Max Broglie auch als Medizin-Rechtler einen Namen gemacht: Er ist Herausgeber und Mitherausgeber zahlreicher Bücher, Handbücher und Journale. Last but not least ist er Seniorpartner der Anwaltskanzlei Broglie, Schade & Partner, die nicht nur in Berlin und München angesiedelt ist, sondern auch in Wiesbaden.

Nicht zuletzt ist Maximilian Broglie persönlich eng mit der Stadt Wiesbaden verbunden, die seit vielen Jahrzehnten seinen Lebensmittelpunkt darstellt. Maximilian Broglie, der wie kaum ein anderer in Deutschland und weit darüber hinaus unterwegs ist, Kontakte knüpft und Verbindungen schließt, zieht

es immer wieder in die lebenswerte Stadt und das nahe gelegene Rheingau. Dabei hat er oftmals seine Erfahrungen, aber auch sein Netzwerk aus aller Welt in das Stadtleben mit eingebracht und so seinen Beitrag geleistet, dass Wiesbaden heute zu den attraktivsten deutschen Städten zählt.

Auszeichnungen Maximilian Guido Broglie:

- 1995 Träger des Deutschen Arzt-Rechte-Preis
- 2003 Goldenes Ehrenzeichen der Bayerischen Internisten e.V.
- 2003 Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin
- 2004 Ehrenmitglied Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (BDI)
- 2006 Ehrenmitglied der Vereinigung der Deutschen Medizinischen Fach- und Landespresse e.V.
- 2013 Ehrenmitglied Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM)
- 2023 Wiesbadener Lilie der Stadt Wiesbaden

STATEMENT

Die DGIM heute und morgen: Vor welchen Herausforderungen steht die Fachgesellschaft?

Ourania Menelaou, Geschäftsführerin der DGIM, Wiesbaden

Eine wesentliche Herausforderung in den kommenden Jahren wird es sein, den rasanten Anstieg der Mitgliederzahl (> 30 Prozent in den vergangenen 10 Jahren) auf mittlerweile 30.000 Mitglieder zu halten und die Neumitglieder weiterhin zu binden. Das Mitgliederwachstum ist sicherlich auch auf den Anstieg der Arztlizenzen der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte im Gebiet der Inneren Medizin in den vergangenen 10 Jahren zurückzuführen: Laut Statistik der Bundesärztekammer vom 31. Dezember 2022 ist die Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzte von rund 47.000 auf rund 60.500 angestiegen. Dabei verzeichnet die Innere Medizin die meisten Facharztanerkennungen mit 2.149 Internistinnen und Internisten und 1.294 Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt. Diese Entwicklung spiegelt sich auch in den Mitgliederzahlen der Gesellschaft wider. Mit über 30.000 Mitgliedern vertritt die DGIM mittlerweile rund die Hälfte aller Internistinnen und Internisten in Deutschland und ist weiterhin bestrebt, möglichst alle Ärztinnen und Ärzte in diesem Fachgebiet unter ihrem Dach zu vereinen.

Auch in diesem Jahr konnte die Fachgesellschaft 1.650 Neumitglieder begrüßen – davon 80 Prozent Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung. Dies zeigt uns, dass wir mit unseren zielgruppengerichteten Fort- und Weiterbildungsangeboten ganz besonders den medizinischen Nachwuchs mit seinen besonderen Bedürfnissen erreichen und diese bedienen können. Dies bedarf jedoch einer permanenten Anpassung und Weiterentwicklung der Angebote und Leistungen für die verschiedenen Alters- und Berufsgruppen der Mitglieder. Das wird neben der wissenschaftlichen und politischen Außenwirkung des Vorstands und der Gremienarbeit ein wesentlicher Schlüssel für den Erfolg der DGIM auch in den kommenden Jahren.

Internistenkongress

Von der Pandemie und der darauffolgenden zunehmenden Digitalisierung in allen Bereichen hat auch die Fachgesellschaft enorm profitiert. Durch die hybride Planung und Umsetzung des Internistenkongresses mit rund 7.800 Teilnehmenden in Präsenz und Online, während der Kongresslaufzeit im April 2023 konnten zum zweiten Mal auch die Mitglieder am Kongressprogramm teilnehmen, die nicht vor Ort in Wiesbaden sein konnten. Rund 1.100 Vorträge wurden entweder im Livestream oder on demand angeschaut. Darüber hinaus ist das On-demand-Angebot bis zum Internistenkongress 2024 abrufbar, sodass wir mit weiteren 10.000 bis 15.000 Besuchen auf der Kongresswebseite rechnen. Wir werden an der hybriden Ausrichtung auch für die künftigen Kongresse

weiter festhalten, jedoch das Verhältnis Live-Streaming und on demand immer wieder der Nachfrage und dem Bedarf unserer Mitglieder anpassen.

Der 130. Kongress, der vom 13. bis 16. April 2024 unter dem Vorsitz von Professor Dr. med. Andreas Neubauer aus Marburg stattfinden wird, beschäftigt sich mit der Präzisionsmedizin – Wünsche und Wirklichkeiten. Partnerorganisation des Kongresses ist das Potsdam Klima Institut, welches auch im wissenschaftlichen Programm vertreten sein wird.

Neu im Rahmen des wissenschaftlichen Programms des Kongresses wird die DGIM-**Exzellenzakademie** sein. Dabei stellen Stipendiaten und Stipendiatinnen des Clinician Scientist und des Advanced Clinician Scientist Programmes ihre Zwischen- oder Abschlussberichte vor. Zudem wird der Uta und Jürgen Breunig-Forschungspreis der Deutschen Herzstiftung im Rahmen des Exzellenzakademie verliehen.

Ein weiteres Highlight des Kongresses wird das neue **Forum DGIM FUTUR** in der Halle Süd sein: Dort können Interessierte eine virtuelle Notaufnahme erleben und an 4 Terminals mithilfe eines computergestützten Systems Fälle aus der Notaufnahme lösen – sowohl online als auch in Präsenz. Zudem wird es ein Hands on-Areal „DGIM FUTUR“ geben, in dem Teilnehmende digitale Medizin der Zukunft, wie etwa Künstliche Intelligenz (KI) und Extended Reality (XR) demonstriert, ausprobieren und diskutieren können. Schließlich wird es wieder einen DiGA Pitch geben, bei dem sich vorausgewählte Bewerber mit ihren innovativen und kreativen Health-Entwicklungen einer Jury aus Mitgliedern der AG DiGA der DGIM präsentieren. Die drei besten Bewerber werden erstmals mit dem Peter-Müller-Digitalpreis prämiert. Der Preis ist mit 10.000 € dotiert.

DGIM eAkademie

Auch das eLearning Angebot der DGIM eAkademie, welches der wissenschaftliche Beirat der DGIM herausgibt, erfreut sich steigender Beliebtheit bei den Mitgliedern. Über 30 Prozent nutzen das breite Angebot mit über 150 Facharztprüfungsfälle zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung oder als Refreshing. Die CME-zertifizierten Live-Webinare und interaktiven Kursen für ihre Fort- oder Weiterbildung. Bis zu 75 CME im Jahr können mit dem Fortbildungsangebot realisiert werden. Für 2024 planen wir eine Ausweitung des Angebots der DGIM eAkademie mit einer Podcast-Staffel, für die wir Professor Dr. med. Markus Lerch aus München, den Präsidenten des 128. Kongresses, als Host gewinnen konnten.

DGIMTalk

Beim DGIMTalk diskutieren hochrangige Expertinnen und Experten der DGIM regelmäßig aktuelle Themen aus der Inneren Medizin oder der Gesundheitspolitik, wie zum Beispiel die Krankenhausreform

oder die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA). Die Zuschauerinnen und Zuschauer können sich dank interaktiver Elemente an der Diskussion beteiligen und so an den Themen der Fachgesellschaft teilhaben. Außerdem erhalten Live-Teilnehmende CME-Punkte. Auch dieses Format erfreut sich weiterhin großer Beliebtheit bei den Mitgliedern: 286 Live-Teilnehmende sind im Durchschnitt dabei, weitere 10.000 schauen sich die Sendungen nachträglich noch on demand an. Auch 2024 wird der DGIMTalk mit Sendungen zur Krankenhausreform, zum Klimawandel, der digitalen Transformation der Medizin und neue Klug-entscheiden-Empfehlungen diesen Themenzuschnitt beibehalten.

Mit all diesen Maßnahmen kommen wir besonders den Bedürfnissen der jungen Generation nach, Familie und Beruf unter einem Hut zu bekommen, einen gleichberechtigten Zugang zu den Fort- und Weiterbildungsangeboten zu haben sowie dies zeit- und ortsunabhängig nutzen zu können.

Forschungsförderung mit Stipendien und Schools

Neben den beschriebenen Angeboten schüttet die DGIM jährlich 1 Millionen Euro an Stipendien zur Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses sowie der Weiterbildungswege und Karrieremöglichkeiten aus.

Dazu vergibt die DGIM bis zu drei Clinician Scientist Programme zu je 100.000 Euro und Advanced Clinician Scientist Programme zu je 120.000 Euro, 10 Doktorandenstipendien zu je 10.000 Euro, über 100 Reisestipendien für Studierende und Teilnehmende der Poster-Session zum Internistenkongress, Stipendien für die Teilnahme an den Summer und Winter Schools der Europäischen Gesellschaft für Innere Medizin und viele weitere.

Schools für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung, angehende Wissenschaftler oder Führungskräfte in der Inneren Medizin

- Die Dömling Autumn School bietet dem ärztlichen Nachwuchs im 1. bis 3. Weiterbildungsjahr ein spannendes Programm zu Themen für den medizinischen Alltag, aber auch die Lebens- und Karriereplanung. Es umfasst etwa das Management wichtiger Notfälle, den Umgang mit „Fehlern“ in der Medizin oder Strategien für eine gesunde Work-Life-Integration. Wie ziehe ich die richtigen Schlussfolgerungen aus medizinischen Studien? Wie mache ich erfolgreich Karriere in Klinik, Forschung oder Niederlassung?
- Die Roland Müller Autorenakademie bietet ein Fortbildungsprogramm zum wissenschaftlichen Schreiben und Publizieren.
- Die Akademie für Führungskräfte in der Inneren Medizin fördert junge Internistinnen und Internisten beim Erlernen von Führungskompetenzen und unterstützt ihre Karriereplanung. Die

Akademie hat dieses Jahr zum achten Mal stattgefunden. Die Ehemaligen haben mittlerweile eine eigene AG Alumni etabliert, deren Mitglieder sich in den weiteren Arbeitsgemeinschaften und Kommissionen der DGIM aktiv betätigen.

Das Erfolgsrezept der Gesellschaft ist ein Blumenstrauß an Leistungen und Angeboten für alle Alters- und Berufsgruppen unserer Mitglieder, die sich dann gerne ehrenamtlich für die Gesellschaft engagieren.

Es gilt das gesprochene Wort!

STATEMENT

Die DGIM heute und morgen: Vor welchen Herausforderungen steht die Fachgesellschaft?

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

Die DGIM ist heute mit 30.000 Mitgliedern die größte oder zumindest eine der größten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften Europas. Der hohe Zuspruch von Ärztinnen und Ärzten mit den verschiedensten internistischen Schwerpunkten (laut Weiterbildungsordnung: Angiologie, Endokrinologie und Diabetologie, Gastroenterologie, Geriatrie, Hämatologie und Onkologie, Infektiologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie und Rheumatologie; als internistischer Spezialbereich: Internistische Intensiv- und Notfallmedizin) zur internistischen Muttergesellschaft DGIM setzt voraus, dass sich diese Ärztinnen und Ärzte nicht nur nach ihren jeweiligen Schwerpunktdisziplinen definieren, sondern auch ganz allgemein als „Internistinnen und Internisten“ verstehen. Dies ist keineswegs selbstverständlich, wie der Blick ins europäische Ausland (Frankreich, Schweiz) zeigt. Auch in Deutschland gab es in den 1990er Jahren eine Diskussion über die Weiterbildungsordnung, die für dieses Verständnis maßgeblich ist. Heute besteht Konsens darüber, dass es ausschließlich Vorteile hat, eine gemeinsame internistische Grundlage („common trunk“) zu haben. Es ist und bleibt jedoch eine dauerhafte Aufgabe, für die gemeinsame Weiterbildung zu werben, insbesondere weil der Grad der Spezialisierung weiter zunehmen dürfte.

Die DGIM ist eine medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft, für deren Meinungsbildung der Stand von Wissenschaft und Forschung sowie das Prinzip evidenzbasierten Wissens maßgeblich sind. Die strikte Orientierung an diesen Prinzipien verleiht den Argumenten und Positionen der DGIM Gewicht und Glaubwürdigkeit. Die DGIM genießt bei vielen Akteuren des Gesundheitswesens und der Gesundheitspolitik hohe Akzeptanz. Angesichts der Partikularität und der Vielstimmigkeit der Gesundheitsbranche im Allgemeinen und der Ärzteorganisationen im Besonderen nimmt die DGIM unter Beachtung der genannten Prinzipien eine Position ein, die wahrgenommen und beachtet wird. Die Gemeinnützigkeit und die Gemeinwohlorientierung weiter zu pflegen und auszubauen, sind daher wichtige Aufgaben. Angesichts der umfangreichen Reformen im Gesundheitswesen, die zum Teil bereits begonnen haben, wird eine glaubwürdige, auf Exzellenz wissenschaftlicher Forschung, Qualität medizinischer Leistungserbringung und das Patientenwohl fokussierte Stimme dringend gebraucht.

Die DGIM bietet ihren Mitgliedern zahlreiche Services und Angebote. Es gilt, den hohen Service-Level aufrecht zu erhalten, die Angebote stets an der Nachfrage aus der Mitgliedschaft zu orientieren und stetige Innovationen umzusetzen, insbesondere auch bei den digitalen Angeboten, die zunehmend nachgefragt werden. Angesichts des hohen Organisationsgrades, den die DGIM innerhalb der

Internistinnen und Internisten in Deutschland mittlerweile erreicht hat (mehr als die Hälfte der Internistinnen und Internisten in Deutschland ist Mitglied der DGIM!) bedarf es zunehmender Anstrengungen, den Mitgliederstand zu halten und auszubauen. Dieses Feld wird also weiter an Bedeutung gewinnen.

Die DGIM veranstaltet jedes Jahr mit dem Internisten-Kongress den an Teilnehmerinnen und Teilnehmern größten deutschsprachigen Ärztekongress in Europa. Die möglichst frühzeitige Identifikation von Trends im Messe- und Kongressgeschäft, insbesondere im Bereich von Medizinkongressen, ist daher für die DGIM von erheblicher Bedeutung. Es ist die Aufgabe der Geschäftsführung, diese Entwicklungen aufmerksam zu beobachten und erforderliche Anpassungen frühzeitig zu initiieren.

Die DGIM ist zwar die mitgliederstärkste medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft in Deutschland, arbeitet von Wiesbaden aus aber mit einem im Verhältnis zu den anderen Fachgesellschaften relativ kleinen, dafür aber hochmotivierten Team. Die Herausforderung, hochqualifizierte und intrinsisch stark motivierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu finden, die in das Team passen, bleibt eine Aufgabe der Geschäftsführung, die weiter mit größter Sorgfalt und Geschick wahrgenommen werden muss.

Es gilt das gesprochene Wort!

STATEMENT

Eine unendliche Geschichte: die Krankenhausreform aus Sicht der DGIM

Professor Dr. med. Georg Ertl, Generalsekretär der DGIM, Internist und Kardiologe aus Würzburg

Krankenhäuser in Not, die Hilferufe sind vielfältig: Personalnotstand, unwirtschaftliche, überalterte Krankenhausbauten ohne zeitgemäße EDV-Ausstattung, laufende Defizite mit drohenden Krankenhausinsolvenzen. Die Ursachen sind nicht weniger vielfältig und miteinander verknüpft: Belastende Arbeitsbedingungen, Investitionsstau beim Krankenhausbau, unwirtschaftliche Leistungserbringung und in jüngerer Zeit Kostensteigerungen insbesondere im Energiesektor. Internationale Vergleiche legen nahe, dass wir in Deutschland mehr Krankenhausbetten haben und zu viele stationäre Fälle, die in anderen Ländern ambulant behandelt werden.

Die zwei großen Fragen sind also: Wie lassen sich stationäre Fälle reduzieren? Und was wird die Konsequenz der Reduktion von stationären Fällen sein? Dem gegenüber steht eine demographische Entwicklung, die unser Gesundheitssystem vor größte Herausforderungen stellt: Die Alten werden mehr und immer älter, häufiger chronisch krank mit mehreren Krankheiten. Diabetes, Bluthochdruck, Herzinsuffizienz oder Osteoporose, Multimorbidität wird ein zunehmendes Problem. Es kann nicht verwundern, dass die Kosten in unserem Gesundheitssystem kontinuierlich und bisher unaufhaltsam schneller als die Wirtschaftsleistung ansteigen.

Fest steht: Es muss sich etwas ändern, eine Reform tut Not! Die erklärten zentralen politischen Ziele der neuen Gesetze zur Krankenhausreform sind (1) Entökonomisierung und damit Kostendämpfung, (2) Entbürokratisierung des Systems, (3) Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, (4) Gewährleistung der Versorgungssicherheit.

Kostendämpfung durch Entökonomisierung

Das Konzept geht von der Annahme aus, dass in erheblichem und das Gesundheitssystem belastendem Maß Leistungen nicht aus medizinischen, sondern ökonomischen Gründen erbracht oder Prozeduren stationär statt ambulant durchgeführt werden. Im Umkehrschluss wäre dann zu erwarten, dass bei höherer Bewertung der Leistungsqualität anstatt der Leistungsmenge letztere reduziert würde. Die Instrumente der Krankenhausreform sind sogenannte Vorhaltepauschalen für Kliniken, die durch 65 Leistungsgruppen mit Mindestanforderungen definiert werden. Einerseits wird hierdurch eine Konzentration von Leistungen auf die dafür zugelassenen Krankenhäuser erfolgen und damit eine Qualitätsverbesserung erwartet. Andererseits will der Gesetzgeber damit die ökonomische Attraktivität von Leistungsmengen reduzieren. Das Leistungsangebot und Qualitätsaspekte der

stationären Versorgung sollen dann für jeden transparent gemacht werden. Das Krankenhaustransparenzgesetz ist allerdings gerade im Bundesrat gescheitert und landet im Vermittlungsausschuss. An der Entwicklung der Leistungsgruppen und deren Weiterentwicklung für die Innere Medizin ist die DGIM maßgeblich mitbeteiligt.

Parallel soll den Krankenhäusern die Möglichkeit eröffnet werden, stationäre Leistungen auskömmlich ambulant durchzuführen – nach der Devise gleiche Vergütung für gleiche Leistung. In einem nach unserer Auffassung am 21. Dezember 2022 voreilig geschlossenen „AOP-Vertrag, Ambulantes Operieren, sonstige stationsersetzende Eingriffe und stationsersetzende Behandlungen im Krankenhaus“ zwischen GKV-Spitzenverband, DKG und KBV wurden schon erste Schritte unternommen. Hierzu hat die DGIM mit Unterstützung der Schwerpunktgesellschaften der Inneren Medizin bereits kritisch Stellung genommen (1). Ähnlich wie das Bundesgesundheitsministerium bei den Leistungsgruppen für Krankenhäuser wären GKV-Spitzenverband, DKG, KBV gut beraten, die wissenschaftlichen Fachgesellschaften für die Festlegung von Kriterien für die ambulante Behandlung einzubeziehen.

Für die DGIM stellen sich folgende dringliche Fragen:

1. Die DGIM stimmt uneingeschränkt der Eindämmung einer kommerziell gesteuerten Medizin zu.
2. Für die ambulante Versorgung und Weiterbildung (Forschung und Lehre) bleiben die Hausarzt- und Facharztpraxen das Fundament. Das Konzept der kleinen Krankenhäuser als sektorenübergreifende Versorger hat die DGIM schon früher ausdrücklich so formuliert (2). Nun wurde dieses Konzept fast wortgleich auf der Webseite des BMG als Level 1i-Krankenhäuser übernommen. Diese Krankenhäuser verbinden stationäre Leistungen der interdisziplinären Grundversorgung wohnortnah mit ambulanten fach- und hausärztlichen Leistungen, die auch durch an den Krankenhäusern angesiedelte Praxen in gemeinsamer Nutzung der Infrastruktur erbracht werden.
3. Die Akzeptanz in der Bevölkerung und die Patientenzufriedenheit muss die Alterung, Multimorbidität und soziale Faktoren insbesondere bei der Ambulantisierung und beim stationär-ambulanten Übergang berücksichtigen. Die DGIM hat gefordert, dass die Entscheidung, ob ambulant oder stationär, nach medizinischen Gesichtspunkten von Ärztinnen und Ärzten gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten und ohne Einmischung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) getroffen werden muss. Der AOP-Vertrag berücksichtigt sogenannte Kontextfaktoren (Pflegebedürftigkeit, Lebensalter, Gebrechlichkeit etc.) und den häuslichen Versorgungskontext bisher nicht ausreichend. Die Qualität der ambulanten muss der der stationären Durchführung und den Strukturvorgaben wissenschaftlicher Leitlinien

entsprechen. Der Aufwand zur Sicherstellung der entsprechenden Versorgung – auch im Notfall – sollte künftig bei Vorhaltekosten einkalkuliert werden.

4. Die Akzeptanz der Reformvorhaben in den Medizinberufen muss gewährleistet sein. Die Zufriedenheit des medizinischen Personals wird unter anderem flexible Arbeitsmodelle (angestellt vs. selbstständig, Teilzeit vs. Vollzeit) erfordern, gute und sichergestellte Möglichkeiten zur Aus- und Weiterbildung (Personaluntergrenzen!), lebenslanges Lernen, akademische Pflege in der Patientenversorgung und eine möglichst heimatnahe Beschäftigung.
5. Das heißt, dass auch die Aus- und Weiterbildung sich in den Gesetzen wiederfinden muss.
6. Für die Innere Medizin bedeutet dies den Erhalt und Ausbau aller Subdisziplinen der Inneren Medizin in der stationären Versorgung nicht zuletzt zur Sicherstellung der Weiterbildung in allen Fächern.
7. Für die Innere Medizin ist die strukturelle Absicherung von Zentren für komplexe und seltene Erkrankungen von besonderer Bedeutung. Sie spielen eine wichtige Rolle in der regionalen Versorgung. Universitätskliniken (oder Maximalversorger), für bestimmte Leistungen auch Orgazentren (Herzzentren, Lungenzentren etc.) oder Rehabilitationszentren bilden Netzwerke mit umliegenden Kliniken und Praxen (Telemedizin?) zur umfassenden, interdisziplinären, integrierten Forschung und Versorgung. Bestehende Netzwerke sollten spezifisch gefördert und bei Vorhaltekosten berücksichtigt werden. Sie müssen auch die dezentrale Versorgung in den Regionen gemeinsam mit den kleinen Krankenhäusern, die auf die Erbringung von komplexen und/oder für sie seltene Leistungen verzichten, sicherstellen.
8. Die Steuerung im Gesundheitssystem muss wissenschaftlich begründet sein. Auch hier kommt den wissenschaftlichen Fachgesellschaften eine zentrale Rolle zu.
9. Bei allem muss die Qualität und Wissenschaftlichkeit der Medizin in der Breite erhalten und verbessert werden. Die Frage, wie Qualität zu messen ist, bleibt allerdings offen. Es müssen Instrumente zur Messung der Indikationsqualität entwickelt und etabliert werden im Sinne von „Klug Entscheiden“. Diese wären die medizinisch-wissenschaftlichen Instrumente zur evidenzbasierten Eindämmung von überflüssigen Leistungen. Für die medizinische Versorgung und das Gesundheitssystem am besten wäre „gut bezahlen für klug entscheiden“.
10. Forschung zur Vermeidung von Unter- und Überversorgung ist angezeigt, eine interdisziplinäre Forschung. Die Evidenz in den Wirtschaftswissenschaften ist im Vergleich zur Evidenz in der Medizinischen Forschung schwach. Ökonomie im Gesundheitssystem ist eine Hilfswissenschaft der Medizin. Krankenhäuser in Deutschland, die aus der Solidargemeinschaft und vom Staat finanziert werden, sind keine Wirtschaftsunternehmen.

Quellen und weiterführende Informationen

- (1) Stellungnahme der DGIM zum AOP-Vertrag, 28.03.2023:
https://www.dgim.de/fileadmin/user_upload/PDF/Publikationen/Stellungnahmen/20230328_Stellungnahme_AOP.pdf
- (2) Medizin vor Ökonomie: DGIM begrüßt Vorschläge der Regierungskommission. Reform der Krankenhausversorgung: wichtige Weichenstellung in die lange geforderte Richtung, Pressemitteilung der DGIM, 16.12.2022:
https://www.dgim.de/fileadmin/user_upload/PDF/Pressemeldungen/20221216_PM_Lauterbach_Revolution_Dez_2022_F.pdf
- Weitere Stellungnahmen der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V., zu finden unter <https://www.dgim.de/veroeffentlichungen/positionspapiere/stellungnahmen/>
 - Stellungnahme zur Reform der Krankenhausversorgung, 28.02.2023.
 - Stellungnahme zur Reform der Notfallversorgung, 14.03.2023.
 - Stellungnahme der AG JUNGE DGIM zur Krankenhausreform, 01.11.2023.

STATEMENT

Was ein Arzt in Weiterbildung von der DGIM erwartet

Dr. med. Sebastian Pointner, Arzt in Weiterbildung, Kiel

Nach Abschluss meines Medizinstudiums und Verfassen der Dissertation auf der Technischen Universität in München hatte ich noch keine festgefügt Vorstellungen über meinen weiteren Werdegang. In der Medizin haben mich Aspekte aus allen Fachgebieten interessiert, bereits im Studium habe ich versucht, nicht „für die Note“ zu lernen, sondern die für die spätere klinische Arbeit wesentlichen Zusammenhänge zu begreifen. Da ich mich sowohl für die Innere Medizin als auch für die Chirurgie begeistern konnte, führte mich mein Weg im August 2010 in die Herzchirurgie und zurück nach Norddeutschland.

Es waren mehrere fachliche und persönliche Aspekte, die mich nach siebeneinhalb Jahren und reiflicher Überlegung bewogen, in die Innere Medizin zu wechseln.

Die Herzchirurgie behandelt in der Regel bereits diagnostizierte Krankheitsbilder und der Kontakt mit den (wachen) Patienten beschränkte sich zumeist auf präoperative Vorbereitung und postoperative Visiten. Durch das Seminar „Symptoms, Signs and Interpretation in Internal Medicine“ mit Professor Dr. med. Ian Fellows (Norwich and Norfolk University Hospital, UK) im Klinikum Rosenheim entwickelte ich eine anhaltende Begeisterung für die detektivische Arbeit, die den Beschwerden eines Menschen zugrunde liegenden Ursachen zu finden. Überdies fasziniert es mich immer wieder aufs Neue, wie die entscheidenden „fünf Minuten mehr“ im Rahmen eines Anamnesegespräches, vorausgesetzt man stellt die richtigen Fragen und hört vor allem zu (!), unnötige diagnostische Maßnahmen, mögliche Fehlbehandlungen vermeiden, die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus verkürzen und wertvolle Lebenszeit retten können.

Im Rahmen meiner Tätigkeit im Team für Aortenklappen-Stentimplantationen (TAVI) war ich bereits Professor Dr. med. Jörg Strotmann begegnet, der einem PJ-Studenten mit Zeit und Empathie das Vorgehen bei einer TAVI-Prozedur erläuterte, woraufhin ich mich im Zuge des bereits von mir gefassten Beschlusses, in die Innere Medizin zu wechseln, bei ihm bewarb. Im April 2018 habe ich meine Tätigkeit in der Klinik für Kardiologie des Städtischen Krankenhauses in Kiel begonnen. Auch wenn ich das Operieren manchmal vermisse, bin ich nach wie vor zufrieden mit meinem Entschluss. Trotz der immer ungünstigeren Rahmenbedingungen für eine Tätigkeit in einem Krankenhaus generell erlebe ich dort die für mich entscheidenden „Soft-Skills“, insbesondere eine gemeinsame Vorstellung, wie man, zum

Teil trotz der Widrigkeiten des Systems, mit Menschen umgehen möchte, ein persönliches Miteinander, kurze Dienstwege und spürbar flachere Hierarchien.

Zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung fragte ich Kolleginnen und Kollegen, wie diese gelernt hätten. Dr. med. Marvin Lehmann und Dr. med. Lukas Vellmer erzählten mir vom Facharzt-Training der DGIM, insbesondere da es in Form der Fall-Darstellung das Wissen spannend, spielerisch und didaktisch gut aufbereitet vermittelt. Das hat mich bewegt, Mitglied der DGIM zu werden.

Seit Beginn meines Studiums 2003 und meiner ärztlichen Tätigkeit 2010 waren für mich deutliche Veränderungen in den Kliniken wahrnehmbar. Nach Einführung des DRG-Systems 2006 habe ich die zunehmende Ökonomisierung und Rationalisierung mit Personalreduktion, sukzessiver Arbeitsverdichtung, Verkürzung der Aufenthaltsdauer und Fokussierung auf immer weniger Behandlungsaspekte selbst miterlebt.

Bereits als Berufsanfänger beobachte ich, neben der schon fordernden, „normalen“ Stationsarbeit und dem Kennenlernen der Abläufe, insbesondere den immer höhere Patientendurchlauf als große Belastung. Durch die zunehmende Arbeitsverdichtung und geringere Besetzung finde ich zudem immer weniger Zeit, mich gerade in aufwändige Fälle oder komplexe Krankheitsbilder einzudenken und zu belesen. Über die Jahre habe ich erlebt, wie sukzessive weniger erfahrene Kolleginnen oder Kollegen um mich waren oder diese schlicht immer weniger Zeit hatten, mich anzuleiten, mich zu lehren oder mir Fragen zu beantworten. Zur Zeit meines Studiums waren noch regelhaft drei Assistenzärzte unterschiedlichen Dienstalters auf einer internistischen 28-Bettenstation, heute ist man oft zu zweit. Der zuständige Stationsoberarzt hat zu meinen PJ-Zeiten zum Teil an zwei Tagen die Woche Visite gemacht und war jeden Nachmittag für ein bis zwei Stunden auf der Station, sodass man ausführlich und lehrreich die Zugänge und komplexe Fälle besprechen konnte.

Die Arbeitsverdichtung führt, leider auch bei mir, zu weniger Zeit, Geduld und mitunter auch Empathie, was sich im Kontakt mit Patienten und im kollegialen Miteinander nachteilig auswirkt und auch die Ausbildungssituation verschlechtert. Und es gab Situationen, in denen ich die Sinnhaftigkeit meiner Tätigkeit als Arzt in Frage gestellt sah. Manchmal bin ich mit einem guten Gefühl nach Hause gegangen, weil ich TROTZ der Bedingungen des Gesundheitssystems und der geleisteten Mehrarbeit meine Patienten nicht nur versorgt habe, sondern dies auch, ganz menschlich und subjektiv, im Einklang mit meinen Werten tun konnte.

Dass staatliche Infrastruktur als Voraussetzung für eine freie Wirtschaft nicht nach deren Gesichtspunkten gestaltet werden sollte, hat sich meines Erachtens in den letzten Jahren, pointiert durch die SARS-CoV2-Pandemie, hinlänglich gezeigt. Um bei wirtschaftlichen Aspekten zu bleiben, stellt das Gesundheitswesen meiner Auffassung nach kein Produkt her oder dient unmittelbar der Wertschöpfung. Das entsprechende Staatsverständnis zugrunde gelegt, „leistet man sich“ eine Gesundheitsversorgung, wie auch z. B. eine Bildungs-, Energie- oder Sicherheitsinfrastruktur (ich habe bislang noch nicht den Vorschlag vernommen, die Polizei zu privatisieren). Im besten Falle sorgt eine Gesundheitsversorgung, menschliche Aspekte nicht berücksichtigt, dafür, dass Betroffene möglichst in der Erwerbsfähigkeit bleiben, schnell wieder erwerbsfähig werden oder möglichst wenig Folgekosten verursachen. Selbstredend sollten Abläufe und Strukturen möglichst wirtschaftlich und effizient sein, jedoch sollte die Daseinsfürsorge (und -vorsorge) als originäre Aufgabe wieder in den Mittelpunkt treten. Patienten erlebe ich in der Regel, abgesehen von einigen elektiven Operationen oder Behandlungen, welche dann entsprechend privat abgerechnet werden, zudem nicht als „Kunden“, die sich auf Augenhöhe ohne Not die beste oder günstigste Leistung aussuchen.

In Anbetracht der demografischen Entwicklung werden absehbar immer mehr betagte und hochbetagte Menschen in Deutschland behandelt. Dies wird meines Erachtens aufgrund des steigenden Alters und der Komorbiditäten nicht nur für das ärztliche Handeln in Findung und Vermittlung sinnvoller individueller Therapieziele herausfordernd. Auch die Versorgung wird zum Beispiel aufgrund der steigenden Zahl an Demenzerkrankten oder der absehbar zunehmenden Zahl Pflegebedürftiger insgesamt anspruchsvoller und zeitaufwändiger werden, insbesondere dann, wenn die ambulante Versorgung aus vielfältigen Gründen sich zunehmend schwierig gestaltet und Rettungsdienstwesen und Krankenhäuser dies auffangen.

Im Rahmen der demografischen Entwicklung werden erwartbar viele Ärztinnen und Ärzte nach und nach in den Ruhestand gehen oder die Arbeitszeiten verringern, was die Arbeitsbedingungen für die Verbleibenden meiner Ansicht nach nicht gerade verbessern und den Beruf auch nicht attraktiver machen wird. Mich persönlich frustriert insbesondere, dass diese Entwicklung nicht unerwartet und unvorhersehbar eintritt. Bereits während meines Studiums wurde prognostiziert, in welchen Fachbereichen der Bedarf an Nachwuchs wann anzunehmend nicht mehr zu decken sein würde.

In meinem Dafürhalten benötigt Gesundheitsinfrastruktur als wichtigen Faktor, unter anderem für die Aufgaben der Ausbildung und präventiv, „in Vorhaltung“, eine angemessene Personalausstattung.

Ich begrüße daher die Stellungnahme der AG Junge DGIM, die notwendige Ausbildung als ein Aspekt in der Krankenhausreform zu berücksichtigen. Dies würde helfen, die erwartbaren Konsequenzen etwas abzumildern. Von der DGIM erhoffe ich mir, der Legislative gegenüber beharrlich neben den ökonomischen auch die strukturellen, medizinischen und ethischen Aspekte der internistischen Versorgung und ein Abbild der Wirklichkeit der Versorgung im Krankenhaus und in der Praxis immer wieder präsent zu halten.

Eine grundlegende Reform des Gesundheitswesens und eine sinnvolle Entbürokratisierung sind meiner Einschätzung nach dringend notwendig und könnten auch vorhandene personelle Ressourcen am Patienten (und in der Ausbildung) freisetzen. Dies erfordert jedoch zuerst eine, in meinen Augen längst überfällige und durch die Politik anzustoßende, aufrichtige gesamtgesellschaftliche Debatte, wie die knappen Ressourcen am besten eingesetzt werden sollen.

Es gilt das gesprochene Wort!

Weiterführende Informationen

Blum, Matthias, Ärztestatistik 2022: Warten auf die Wende Dtsch Arztebl 2023; 120(19): A-848 / B-724

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. - AG Junge DGIM: Krankenhausreform nutzen und zukunftsfähig auch für den medizinischen Nachwuchs gestalten! Wiesbaden 01.11.2023

Statistisches Bundesamt, Krankenhäuser: Eckdaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten, 3. November 2023: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/entlassene-patienten-eckdaten.html>

Statistisches Bundesamt, 82 % mehr Krankenhausbehandlungen mit der Diagnose Alzheimer binnen 20 Jahren, 19. September 2023: [82 % mehr Krankenhausbehandlungen mit der Diagnose Alzheimer binnen 20 Jahren - Statistisches Bundesamt \(destatis.de\)](#)

Statistisches Bundesamt, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Robert Koch-Institut, Gesundheit und Krankheit im Alter, Berlin 2008.

REFERENTENSTATEMENT

Der Kongress und seine Stadt – die Internisten und Wiesbaden

Dr. phil. Brigitte Streich, Wiesbaden

Das Buch befasst sich mit der Bedeutung des Internisten-Kongresses und der DGIM für die gastgebende Stadt Wiesbaden und dem wechselseitigen Verhältnis. Im Einzelnen wird analysiert, inwieweit die Ärzte bei bestimmten Entscheidungen der Kommunalpolitik zu gesundheitspolitischen und Fragen der Sozialhygiene beratend tätig wurden, so bei der Erneuerung der städtischen Kanalisation und dem Bau von Krankenhäusern im späten 19. Jahrhundert. Eine große Rolle spielten die Mediziner zudem bei dem Versuch einer Neuausrichtung des Kurwesens nach dem 1. Weltkrieg, als die Stadt durch Inflation und Besatzungszeit gebeutelt wurde. Die Gründung eines Instituts für Bäderkunde in den 1920er Jahren war bislang völlig in Vergessenheit geraten. Wie ein roter Faden durchzieht die Suche nach einem geeigneten Tagungszentrum die Geschichte des Kongresses. Schon vor 1945 standen Kurhaus und Paulinenschlösschen immer wieder in der Kritik. Die Errichtung der Wiesbadener Rhein-Main-Hallen, die diversen Umbauten, mit denen auf den wachsenden Kongress reagiert wurde, und deren Finanzierungsprobleme führen dem Leser in der Nachkriegszeit drastisch „die Mühen der Ebene“ dieser Jahrzehnte vor Augen.

Seit seiner Gründung 1882 wurden auf dem Internistenkongress immer wieder bedeutende Fortschritte der Medizin verhandelt bzw. in Vorträgen vorgestellt. Nicht zuletzt traten zahlreiche künftige oder bereits bestehende Nobelpreisträger auf und erläuterten ihre Forschungen. Aber die Ärzte befassten sich auch mit Problemen wie kriegsbedingten Seuchen und mit erbbiologischen Fragestellungen. Der Umgang mit den jüdischen Mitgliedern der Fachgesellschaft seit ihrer Gründung – und somit vor 1933 – bildete ein weiteres Untersuchungsfeld. Ein latenter Antisemitismus konnte schon frühzeitig festgestellt werden. Die dafür ausgewertete Korrespondenz eines einflussreichen Mitglieds der preußischen Ministerialverwaltung bildete eine noch bei weitem nicht ausgeschöpfte Fundgrube.

Interessant war zudem, wie das Gedankengut der Generation der Gründungsväter Frerichs, Leyden, Naunyn von den Kongresspräsidenten bis in die Nachkriegszeit hinein immer wieder aufgegriffen und mit den modernen Entwicklungen in der Medizin abgeglichen wurde. Hierzu wurden die Grußworte bzw. einleitenden Vorträge der Vorsitzenden in den lückenlos vorhandenen Verhandlungsbänden mit großem Gewinn genutzt. Diese manchmal pathetischen, oftmals überaus gelehrten, teils philosophischen, teils auch humoristischen, in der NS-Zeit hingegen unsäglichen Statements der vorsitzenden Mediziner waren eine besonders eindrucksvolle Quelle. Die in diesen Bänden abgedruckten Teilnehmerlisten ermöglichten zudem statistische Erhebungen. Erstmals wurde auf diese

Weise die Beteiligung weiblicher Ärzte am Kongress analysiert, sei es als Teilnehmer, Mitglied der Fachgesellschaft oder Referentinnen. Es konnte festgestellt werden, dass nach einem ersten zaghaften Höhenflug in den 1920er Jahren nach 1933 der Anteil von Frauen am Kongressgeschehen bis weit in die 1960er Jahre hinein verschwindend gering blieb.

Auch die diversen Neuanfänge und Neuausrichtungen, die die DGIM und der Internistenkongress seit der Wende und in den Nuller Jahren vollzogen haben, werden in dem Buch thematisiert, das bis hin zur Einweihung des neuen RMCC und zum Umgang mit Corona auch die neuesten Entwicklungen umfasst.

Es gilt das gesprochene Wort!

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

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

Die DGIM vereint als größte medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft Europas mit über 30.000 Mitgliedern sämtliche internistischen Schwerpunkte: Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Geriatrie, Hämatonkologie, Infektiologie, Intensivmedizin, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie und Rheumatologie. Angesichts notwendiger Spezialisierung sieht sich die DGIM als integrierendes Band für die Einheit der Inneren Medizin in Forschung, Lehre und Versorgung. Neueste Erkenntnisse aus der Forschung sowohl Ärztinnen und Ärzten als auch Patientinnen und Patienten zugänglich zu machen, nimmt sie als ihren zentralen Auftrag wahr.

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

Nachwuchsförderung wird bei der DGIM groß geschrieben. Aus diesem Grund fördern wir Studierende und junge Ärztinnen und Ärzte durch unterschiedliche Schools und wissenschaftliche Stipendien:

- Dömling Autumn School
- Akademie für Führungskräfte in der Inneren Medizin
- Roland Müller Autorenakademie
- Reisestipendien zum Internistenkongress
- Peter-Scriba-Promotionsstipendien
- ESIM-Stipendien
- Intensivkurs-Stipendien
- Stipendium Train-to-Present
- Flexibles Brückenstipendium
- Clinician Scientist Programm (CSP)
- Advanced Clinician Scientist Programm (ACSP)

Mehr über die Fachgesellschaft finden Interessierte hier: www.dgim.de