

# Pressekonferenz der Korporativen Mitglieder der DGIM

anlässlich des 130. Kongresses der DGIM

**Termin:** Montag, 15. April 2024, 14.00 bis 15.00 Uhr

**Ort:** online

**Teilnahme unter:** <https://events.teams.microsoft.com/event/27e006e9-fd24-4724-b4a6-314aff7cf39e@1495922a-4378-45e9-a32a-422448450fb1>

**Zwischen Hausarzt, Facharzt und Klinik – Wie kann die Versorgung für chronisch kranke Menschen verbessert werden?**

*Themen und Referierende:*

**Begrüßung**

*Dr. rer. nat. Carina Derksen, Medical Affairs Lead COPD, AstraZeneca GmbH,  
Organisationsleitung Frühjahrssymposium seitens der Korporativen Mitglieder*

**Realitätscheck: Prävention in der täglichen Praxis bei chronisch kranken Patienten – wie viel Zeit darf sie kosten? Und reicht das aus?**

*Dr. med. Petra Sandow, Allgemeinmedizinerin und Hausärztin aus Berlin*

**Die Rolle der hausärztlichen Versorgung in interdisziplinären Netzwerken**

*Dr. med. Marcel Schorrlepp, hausärztlicher Internist aus Mainz und Sprecher der DGIM-  
Arbeitsgruppe Hausärztliche Internisten*

**Sektorengrenzen in der Inneren Medizin überwinden – was ist erreicht, was noch zu tun?**

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

*Als Redemanuskript der Pressemappe beigelegt:*

**Praxis- & präzisionsorientierte Konzepte zur Verbesserung der Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten am Beispiel der chronischen Nierenkrankheit (CKD)**

*Professor Dr. med. Jörg Latus, Ärztlicher Leiter der Abteilung für Allgemeine Innere Medizin  
und Nierenerkrankungen am Robert Bosch Krankenhaus, Stuttgart*

**Moderation:** Dr. Andreas Mehdorn, Pressestelle DGIM

**Ihr Kontakt für Rückfragen:**

Janina Wetzstein

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Pressestelle

Fon +49[0]711/8931-457/-442

[wetzstein@medizinkommunikation.org](mailto:wetzstein@medizinkommunikation.org) / [schoeffmann@medizinkommunikation.org](mailto:schoeffmann@medizinkommunikation.org)

## Pressemitteilung

130. Kongress der DGIM vom 13. bis 16. April 2024 – Hybridkongress Wiesbaden/Online

### **Korporative Mitglieder der DGIM:**

#### **Zwischen Hausarzt, Facharzt und Klinik: Wie die Versorgung für chronisch kranke Menschen verbessert werden kann**

Wiesbaden, 15. April 2024 – Die Gesundheitslandschaft in Deutschland steht vor umfangreichen Veränderungen: Die Grenzen zwischen ambulant und stationär sollen durchlässiger werden, zunehmend übernehmen Internistinnen und Internisten Aufgaben in der Primärversorgung und die Pflegeberufe sollen mehr Kompetenzen erhalten, ärztliche Leistungen zu übernehmen. Gerade in ländlichen Gegenden sollen verstärkt sogenannte Praxisnetze entstehen, in denen Vertreterinnen und Vertreter aller Gesundheitsberufe Patientinnen und Patienten interdisziplinär versorgen. Welche Voraussetzungen solche Netze erfüllen müssen, damit eine effiziente und qualitativ hochwertige Versorgung gelingt, diskutieren die Korporativen Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) auf ihrem Frühjahrssymposium anlässlich des 130. Internistenkongresses sowie auf der heutigen Online-Pressekonferenz.

Häufig, aber selten diagnostiziert: Rund 10 Millionen Menschen in Deutschland sind von einer chronischen Nierenkrankheit (CKD) betroffen. Gerade in den Anfangsstadien der CKD wissen die allermeisten jedoch nichts davon, dass ihre Nieren zunehmend Probleme haben, ihrer Aufgabe bei der Blutwäsche nachzukommen. „In den ersten beiden von insgesamt fünf Erkrankungsstadien wird sie deshalb nur bei 3 bis 4 Prozent der Betroffenen erkannt“, sagt Professor Dr. med. Jörg Latus, Ärztlicher Leiter der Abteilung für Allgemeine Innere Medizin und Nierenerkrankungen am Robert Bosch Krankenhaus Stuttgart. Besonders problematisch: Weil die Krankheit in der Zwischenzeit ungehindert fortschreitet und die Nieren immer mehr ihre Funktion einbüßen, endet die CKD im Extremfall in der Dialysepflichtigkeit.

#### **Prävention in der Hausarztpraxis scheitert oft am Kostendruck**

Primärpräventive Aufgaben werden nur zum Teil von den Krankenkassen vergütet, binden allerdings sehr viel Zeit und werden deshalb häufig eher hinter kurative Tätigkeiten gestellt. So zeigen Studien: Noch nicht einmal die Hälfte der Menschen mit bekannten Risikofaktoren erhalten diagnostische Bluttests zur Ermittlung der Nierenfunktion. Der Goldstandard unter den CKD-Tests – die Bestimmung des Albumin-Kreatinin-Verhältnisses im Urin – kommt sogar nur bei 0,4 Prozent der Vorerkrankten zum Einsatz.

## **Sektorengrenzen leichter überwinden**

Diese Versorgungslücke soll durch neue Strukturen in der Versorgung geschlossen werden: Die geplanten Praxisnetze sollen gemäß den Strukturanforderungen der KBV interdisziplinär aufgestellt sein und in einem regionalen Verbund eng kooperieren. „Hausärztliche Praxen als Primärversorger sind fester Bestandteil jedes Praxisnetzes“, sagt Professor Dr. med. Georg Ertl, Generalsekretär der DGIM aus Würzburg. Die enge Vernetzung von Haus- und Facharztpraxen sowie Kliniken biete gerade für die Erkennung und Behandlung chronischer Erkrankungen große Chancen. Voraussetzung hierfür sei, dass innerhalb der Praxisnetze klare und sichere Kommunikationswege bestünden – und dass die Zuständigkeiten eindeutig verteilt seien. So müsse etwa geklärt sein, bei wem alle Fäden wieder zusammenlaufen und wer letztlich die medizinischen Entscheidungen trifft. „Hier wird der hausärztlichen Praxis beziehungsweise der Allgemeinen Inneren Medizin noch weit mehr als bisher eine zentrale, steuernde Rolle zukommen“, sagt Ertl.

## **Versorgung in Netzwerken: eine Chance für die Zukunft!**

Der DGIM-Generalsekretär sieht auch die Chance, dass die angestrebte enge Kooperation innerhalb der Praxisnetze dazu beiträgt, den Wissenstransfer aus Forschung und Leitlinien in die tägliche Praxis zu beschleunigen. Wie wichtig das wäre, zeigt ein Blick auf die heutige Versorgungspraxis der CKD. „Selbst wenn die Laborwerte eine CKD nahelegen, wird die Diagnose in 5 von 6 Fällen nicht gestellt und nur 10 Prozent der CKD-Betroffenen erhalten eine leitliniengerechte Therapie mit SGLT2-Inhibitoren“, sagt Nierenexperte Latus unter Verweis auf die aktuelle InspeCKD-Studie, die Daten von 440 000 Patientinnen und Patienten ausgewertet hat. Würden diagnostische und therapeutische Pfade rascher beschritten, könnte den Patientinnen und Patienten schwere Folgeschäden erspart werden, setzt der Experte große Hoffnungen in Praxisverbünde. Bei der Online-Pressekonferenz der Korporativen Mitglieder der DGIM gehen Expertinnen und Experten miteinander ins Gespräch zu der Frage, wie funktionierende Netzwerke Lücken in der Versorgung chronisch erkrankter Menschen schließen können.

*Bei Abdruck Beleg erbeten.*

### **Pressekontakt für Rückfragen:**

Janina Wetzstein

Pressestelle DGIM

Tel.: +49 711 8931-457/-442

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

## REFERENTENSTATEMENT

### **Realitätscheck: Prävention in der täglichen Praxis bei chronisch kranken Patienten – wie viel Zeit darf sie kosten? Und reicht das aus?**

Dr. med. Petra Sandow  
Allgemeinmedizinerin und Hausärztin aus Berlin

Die Prävention gehört zu den wichtigsten Aufgaben der Hausarztpraxen. Sowohl Primär- als auch Sekundärprävention haben einen hohen Stellenwert und binden einen großen Teil der ärztlichen Kapazitäten.

Primärpräventive Aufgaben werden nur zum Teil von den Krankenkassen vergütet, binden allerdings sehr viel Zeit. Aufgrund von Wirtschaftlichkeitsüberlegungen werden sie deshalb häufig eher nach kurative Tätigkeiten gestellt. Ausnahmen stellen Impfungen und Check-up-Untersuchungen dar, die außerhalb der regulären Praxisbudgets vergütet werden.

Sekundärprävention ist ebenfalls zeit- und beratungsintensiv, was bei einem Zeitfenster von 3 bis 6 Minuten oftmals nicht hochqualitativ möglich ist. Die Praxen benötigen deshalb klar definierte Vorgaben für zu kontrollierende Parameter und erforderliche Kontrollintervalle. Nur so ist effektive Prävention in Hausarztpraxen möglich.

Berlin, April 2024

## REFERENTENSTATEMENT

### Die Rolle der hausärztlichen Versorgung in interdisziplinären Netzwerken

Dr. med. Marcel Schorrlepp

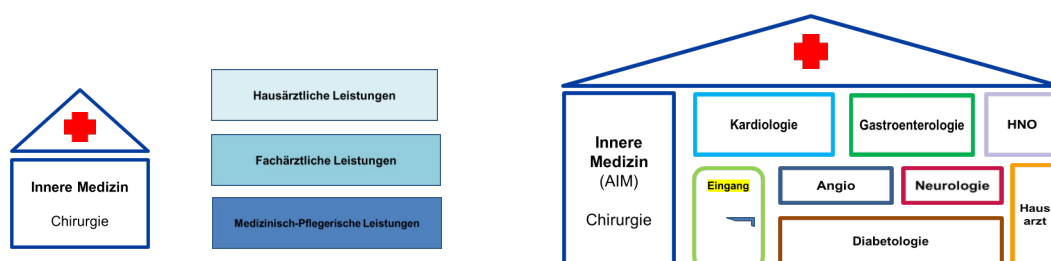
hausärztlicher Internist aus Mainz und Sprecher der DGIM-Arbeitsgruppe Hausärztliche Internisten

Praxisnetze und Ärztenetze jeglicher Art sind zwar schon etabliert, aber immer noch die Ausnahme. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat umfangreiche Strukturanforderungen geregelt und die Anerkennung und Förderung ist im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelt. Dabei sollen im Rahmen eines Praxisnetzes weiterhin selbstständige Praxen im regionalen Verbund miteinander kooperieren mit dem Ziel, die Qualität und Effizienz der Patientenversorgung zu verbessern. Hausärztliche Praxen sind als Erbringer der medizinischen Primärversorgung in interdisziplinären Netzwerken eigentlich immer vertreten.

### Die Rolle der hausärztlichen Versorgung in interdisziplinären Netzwerken ist

- selbstorganisierend (zum Beispiel Einkaufsgemeinschaften),
  - ausführend (zum Beispiel projektbezogen [Hitzeschutzplan], indikationsspezifisch [Herzinsuffizienz]),
  - steuernd (zum Beispiel Gesundheitskiosk),
  - praktisch umsetzend und korrigierend (fachübergreifend),
- also quasi unverzichtbar.

Mit Blick auf die notwendige Krankenhausreform und die sinnvolle sektorenübergreifende Behandlung werden zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung Praxisnetze unter Einbeziehung stationärer, fachärztlicher und hausärztlicher Kompetenzen häufiger gegründet werden müssen. Ambulante und stationäre Behandlung wird zunehmend unter einem Dach stattfinden und alle medizinischen und pflegerischen Maßnahmen können und müssen miteinander abgesprochen werden. Dabei kommt den Hausärztinnen und Hausärzten insbesondere mit internistischer Expertise mehr als bisher eine steuernde, umsetzende und korrigierende Rolle inklusive der internistischen Weiterbildung zu.



Extern geklärt werden müssen die Finanzierung (Abrechnung) und die Weiterbildung im Verbund mit anderen Kliniken.

Intern muss geklärt werden, wie klar und sicher miteinander kommuniziert werden kann und wer letztendlich die medizinischen Entscheidungen trifft. Der allgemeinen Inneren Medizin wird hier eine besondere Rolle zuteilwerden.

So wird sich eine patientenzentrierte Versorgung von hoher Qualität und Effizienz auch in ländlichen Strukturen vorhalten lassen.

*Es gilt das gesprochene Wort!*  
Mainz, April 2024

## REFERENTENSTATEMENT

### **Sektorengrenzen in der Inneren Medizin überwinden – was ist erreicht, was noch zu tun?**

Professor Dr. med. Georg Ertl

Generalsekretär der DGIM, Internist und Kardiologe aus Würzburg

Das Szenario, Herr R. kommt als Notfall in die Notaufnahme, nachdem er kürzlich bei seiner Kardiologin in der Praxis war, deren Befunde hat er nicht. Es beginnt die Notversorgung und parallel ein umständliches und für alle Beteiligten zeitaufwändiges Telefonieren. Oder, Frau S. wird aus der Klinik entlassen, sie sollte eine engmaschige Weiterversorgung durch ihre sie ambulant versorgenden Ärzte erhalten. Ein umfassender Schriftverkehr und/ oder Telefonate wird nötig, sonst wird's nicht klappen.

Dabei funktioniert jeder Sektor für sich – bei allem Jammern über unser Gesundheitssystem – doch eigentlich sehr gut. Unsere Hausärztinnen und Hausärzte legen sich ins Zeug, obwohl sie in ländlichen Regionen häufig Einzelkämpfer auf weiter Flur sind. Fachärztinnen und Fachärzte garantieren für dringende oder Notfälle auch kurzfristige Termine. Wenn mal was nicht klappt, machen wir jeweils den gegenseitigen Sektor verantwortlich. Zu wenig, zu späte Information aus dem Krankenhaus, fehlende oder nicht zugängliche Dokumentation in den Praxen.

Die Sicherstellung der ambulanten Versorgung durch die Kassenärztliche Vereinigungen (KV), die Organe der Krankenkassen und Vertretung der Krankenhäuser (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.) hat bisher gut geklappt und lag im Wesentlichen in den von den KVen zugelassenen Praxen. Nun wird unsere Bevölkerung zunehmend älter und damit nachweislich kränker. Gerade in ländlichen Regionen wird die Praxisdichte dünner, auch weil viele Ärztinnen und Ärzte an der Altersgrenze sind und keine Nachfolger finden. Eine Landpraxis stellt besondere Herausforderungen an die Ärztinnen und Ärzte. Wie gestaltet sich die Vertretung? Wo findet mein Partner Arbeit? Lässt sich das alles mit Familie vereinbaren? Wie funktioniert das mit den Finanzen, geh ich am Ende pleite? Gründe, warum heute und in Zukunft immer mehr ärztlicher Nachwuchs angestellte statt selbstständige Tätigkeiten sucht. Entsprechend haben Medizinische Versorgungszentren weniger Probleme ärztlichen Nachwuchs zu finden als Praxen Nachfolgerinnen und Nachfolger.

Was ist zu tun, was ist schon getan?

Die Organisation unseres Gesundheitssystems muss flexibler werden, den regionalen und lokalen Verhältnissen angepasst. Und die Arbeit in den Praxen aber auch in den Kliniken muss wieder attraktiver werden, das heißt eine überwiegend ärztliche Tätigkeit, so weit wie möglich befreit von bürokratischen und nicht medizinischen organisatorischen Aufgaben.

Das heißt:

Für eine sektorenübergreifende Versorgung sollten Praxen und Kliniken noch enger kooperieren, idealerweise gemeinsam Ressourcen nutzen. So kann eine Klinik für ein Praxisnetz die EDV einrichten, Praxen können an Kliniken, die ja nach der neuen Gesetzgebung zunehmend in die ambulante Versorgung einbezogen werden sollen, angesiedelt werden, bei Bedarf Betten für eine tages- oder teilstationäre Versorgung nutzen, dabei aber durchaus nicht unbedingt als MVZ der Klinik, sondern gerne als eigenständige Praxen; denn wir wollen ja unseren Hausarzt oder unsere Fachärztin sehen, wenn wir in die Sprechstunde gehen, und nicht als zunächst anonymen Fall jedes Mal ein anderes Gesicht. Auch die haus- und fachärztliche Weiterbildung, die für viele Fächer auf den ambulanten Sektor angewiesen sein wird, hätte so günstige Voraussetzungen. In der Sache hätten wir auf allen Seiten Gewinner, auch die heute so bedrohten kleineren Krankenhäuser könnten so eine Überlebenschance bekommen und dazu noch die standortnahe Versorgung aufrechterhalten, aber auch ökonomisch darf es keine Verlierer geben, das ist wie immer nicht so einfach.

Der Informationsaustausch zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, zwischen Praxen und in den Kliniken muss digital möglich sein, wichtige Informationen müssen unmittelbar und ohne menschliche Ressourcen fürs Telefonieren oder Archive-Durchsuchen zu verbrauchen zur Verfügung stehen. Die elektronische Patientenakte (ePA) ist dafür ebenso Voraussetzung wie leistungsfähige klinische Informationssysteme (KIS) in den Krankenhäusern, müssen aber technisch stetig verbessert und flächendeckend genutzt werden (Widerspruchslösung). Letztlich muss aber auch die kostenträchtige Digitalisierung der Praxen und Krankenhäuser aus dem Gesundheitssystem finanziert werden.

*Es gilt das gesprochene Wort!*

Wiesbaden, April 2024



## REFERENTENSTATEMENT

### **Praxis- & präzisionsorientierte Konzepte zur Verbesserung der Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten am Beispiel der chronischen Nierenkrankheit (CKD)**

Professor Dr. med. Jörg Latus

Ärztlicher Leiter der Abteilung für Allgemeine Innere Medizin und Nierenerkrankungen am Robert Bosch Krankenhaus, Stuttgart

- In Deutschland sind circa 9 bis 10 Millionen Menschen von der chronischen Nierenkrankheit (CKD) betroffen, in der Altersgruppe der 50- bis 74-Jährigen ist es circa jeder Vierte.<sup>1,2</sup>
- Die meisten Betroffenen wissen nicht von ihrer Erkrankung. Vor allem die Anfangsstadien verlaufen symptomlos und nur 3,4 Prozent der Patienten in den Stadien 1 bis 2 beziehungsweise 18 Prozent im Stadium 3 erhalten eine Diagnose.<sup>3</sup> Da in der Zeit bis zur Diagnosestellung der Verlust der Nierenfunktion unwiederbringlich fortschreitet, können diese fehlenden oder verspäteten Diagnosen schlussendlich in der Dialysepflichtigkeit der Patienten münden.
- Heutzutage ist die CKD gut diagnostizier- und behandelbar: Die größten Risikogruppen sind mit Bluthochdruck-, Typ-2-Diabetes-mellitus- oder Herzinsuffizienzpatienten klar definiert und in der hausärztlichen Praxis wegen dieser Vorerkrankungen oft schon in Behandlung.<sup>4,5</sup> Der Hausarzt ist somit der erste und wichtigste Checkpoint zur rechtzeitigen Erkennung der CKD.
- Zur Diagnose genügt eine Blut- und eine Urinprobe zur Messung der glomerulären Filtrationsrate (eGFR) und der Albuminurie in Form von Harnteststreifen oder der Bestimmung des Albumin-Kreatinin-Verhältnisses im Urin (UACR).
- Für die Behandlung stehen mittlerweile wirksame Medikamente wie SGLT2-Inhibitoren zur Verfügung, die das Absinken der GFR verlangsamen und dadurch den Krankheitsverlauf hemmen. Durch ihr organprotektives Potenzial kann nicht nur ein Nierenversagen hinausgezögert oder sogar verhindert werden, sondern zusätzlich auch eine deutliche Risikoreduktion bei der kardiovaskulären Sterblichkeit, der Hospitalisierungsrate oder der Gesamtmortalität erreicht werden.<sup>6,7</sup>
- Obwohl wir damit alle Werkzeuge in der Hand haben, um die CKD frühzeitig zu erkennen und wirksam zu behandeln, sieht die Versorgungsrealität in Deutschland derzeit anders aus.
- Die InspeCKD-Studie, die die Daten von über 440 000 Patienten ausgewertet hat, zeigt: Bei weniger als der Hälfte der vorerkrankten Patienten (46 Prozent) wird überhaupt im Beobachtungszeitraum von fast zwei Jahren die eGFR bestimmt. Bei der Messung der Albuminurie sind es sogar nur knapp 8 Prozent für Urinstreifentests beziehungsweise 0,4 Prozent für die Bestimmung der UACR (Goldstandard).
- Dabei wäre insbesondere die Bestimmung der Albuminausscheidung essenziell zur präzisen und zuverlässigen Diagnose von Nierenschädigungen, die vor allem im kreatininblinden Bereich nicht allein über die eGFR erkannt werden können.<sup>8</sup>
- Doch selbst bei den adäquat getesteten Patienten bleibt in den meisten Fällen die Diagnose aus: Nur 16,5 Prozent der Betroffenen mit laborchemisch erfüllten CKD-Kriterien erhalten tatsächlich auch die Diagnose CKD.
- Auch hinsichtlich der Therapie besteht großer Bedarf zur Verbesserung: Aus anderen Ländern wissen wir, dass weniger als 10 Prozent der CKD-Patienten auch leitliniengerecht mit einem SGLT2-Inhibitor behandelt werden.<sup>9-11</sup> Erste Daten aus der InspeCKD-Studie weisen für die Situation in Deutschland in eine ähnliche Richtung.

- Das erhebliche Optimierungspotenzial in Screening, Diagnose und Behandlung der CKD erfordert ein ganzheitliches Konzept, um die Versorgungssituation in Deutschland zu verbessern und evidenzgerecht zu gestalten.
- Durch die Entwicklung praxisorientierter, evidenzbasierter Arbeitshilfen wie der KeyCard CKD und des Praxisleitfadens, die die aktuellen leitliniengerechten Diagnosepfade und Behandlungsoptionen in Kurzfassung darlegen, wird die Implementierung einer evidenzbasierten Vorsorge und Therapie in der hausärztlichen Praxis erleichtert.
- Zusätzliche Verbreitung finden diese Werkzeuge durch den Aufbau von gut vernetzten, interdisziplinären Arbeitsgruppen in ganz Deutschland, die aus Ärzten bestehen, die sich für die Sichtbarkeit der CKD insbesondere im hausärztlichen Bereich einsetzen und an der Entwicklung der Arbeitshilfen mitwirken, die so auch in regionale Handlungsempfehlungen einfließen können.
- Ein besseres Bewusstsein für die Relevanz der CKD sowie die Vereinheitlichung und Akzeptanz von insbesondere Screening- und Diagnoseempfehlungen sowie die flächendeckende Anwendung einer leitliniengerechten Patientenversorgung sind unumgänglich, um das Potenzial, das schon heute vorhanden ist, zukünftig auch auszuschöpfen, damit Betroffene bereits im Frühstadium erkannt und deren Nierenfunktion nachhaltig geschützt werden kann.

Stuttgart, April 2024

#### **Literatur:**

1. Brück K, Stel VS, Gambaro G, Hallan S, Völzke H, Ärnlöv J, et al. CKD Prevalence Varies across the European General Population. *J Am Soc Nephrol.* 2016;27(7):2135-47.
2. Zhang QL, Koenig W, Raum E, Stegmaier C, Brenner H, Rothenbacher D. Epidemiology of chronic kidney disease: results from a population of older adults in Germany. *Prev Med.* 2009;48(2):122-7.
3. Szczech LA, Stewart RC, Su HL, DeLoskey RJ, Astor BC, Fox CH, et al. Primary care detection of chronic kidney disease in adults with type-2 diabetes: the ADD-CKD Study (awareness, detection and drug therapy in type 2 diabetes and chronic kidney disease). *PLoS One.* 2014;9(11):e110535.
4. MacRae C, Mercer SW, Guthrie B, Henderson D. Comorbidity in chronic kidney disease: a large cross-sectional study of prevalence in Scottish primary care. *Br J Gen Pract.* 2021;71(704):e243-e9.
5. Gergei I, Klotsche J, Woitas RP, Pieper L, Wittchen H-U, Krämer BK, et al. Chronic kidney disease in primary care in Germany. *Journal of Public Health.* 2017;25(2):223-230.
6. Heerspink HJL, Stefánsson BV, Correa-Rotter R, Chertow GM, Greene T, Hou FF, et al. Dapagliflozin in Patients with Chronic Kidney Disease. *N Engl J Med.* 2020;383(15):1436-46.
7. Mosenzon O, Wiviott SD, Cahn A, Rozenberg A, Yanuv I, Goodrich EL, et al. Effects of dapagliflozin on development and progression of kidney disease in patients with type 2 diabetes: an analysis from the DECLARE-TIMI 58 randomised trial. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2019;7(8):606-17.
8. Fesler P, Mimran A. Estimation of glomerular filtration rate: what are the pitfalls? *Curr Hypertens Rep.* 2011;13(2):116-21.
9. Nee R, Yuan CM, Narva AS, Yan G, Norris KC. Overcoming barriers to implementing new guideline-directed therapies for chronic kidney disease. *Nephrol Dial Transplant.* 2023;38(3):532-41.
10. Neuen BL, Jun M, Wick J, Kotwal S, Badve SV, Jardine MJ, et al. Estimating the population-level impacts of improved uptake of SGLT2 inhibitors in patients with chronic kidney disease: a cross-sectional observational study using routinely collected Australian primary care data. *Lancet Reg Health West Pac.* 2023;43:100988.
11. Scheen AJ. Real-life underuse of SGLT2 inhibitors for patients with type 2 diabetes at high cardiorenal risk. *Diabetes Epidemiology and Management.* 2023:100184.

## **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 sämtliche internistische 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.

Mehr über die Fachgesellschaft finden Interessierte hier: [www.dgim.de](http://www.dgim.de)