



Deutsche Gesellschaft
für Innere Medizin e.V.



**Gemeinsame Pressekonferenz der
Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und der
Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)**

Ökonomisierung der Medizin: Wenn Gesundheit zum Wirtschaftsgut wird

Termin: Donnerstag, 14. Juli 2016, 12.00 bis 13.00 Uhr

Ort: Haus der Bundespressekonferenz, Raum 5, Zugang über den Eingang des Bistros

Adresse: Schifferbaudamm 40/ Ecke Reinhardtstraße 55, 10117 Berlin

Programm:

Wenn der Patient zum „Kunden“ wird:

Ökonomisierung und Kostendruck beschädigen die Medizin

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

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM), Kiel

Wenn ganzen Abteilungen der Riegel vorgeschoben wird:

Ökonomisierung im Krankenhaus und ihre Folgen für die Patienten

Professor Dr. med. Petra-Maria Schumm-Draeger

Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) 2016/2017, München

Wenn Fachärzte und geeignete Medikamente dem Rotstift zum Opfer fallen:

Bleibt der Patient auf der Strecke?

Professor Dr. med. Baptist Gallwitz

Präsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), Stellvertretender Direktor, Medizinische Klinik IV, Eberhard Karls Universität Tübingen

Wenn Geld wichtiger ist als wissenschaftliche Innovationen:

Wer schützt Diabetiker vor lebensgefährlicher Bürokratie?

Professor Dr. med. Dirk Müller-Wieland

Vizepräsident und Mediensprecher der Deutschen Diabetes Gesellschaft DDG,
Medizinische Klinik I, Universitätsklinikum der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule (RWTH) Aachen

Moderation: Anne-Katrin Döbler, Pressestelle DGIM/DDG

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Pressestelle DGIM/DDG

Anne-Katrin Döbler/Janina Wetzstein

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-457

Fax: 0711 8931-167

wetzstein@medizinkommunikation.org



Deutsche Gesellschaft
für Innere Medizin e.V.



**Gemeinsame Pressekonferenz der
Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und der
Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)**

Ökonomisierung der Medizin: Wenn Gesundheit zum Wirtschaftsgut wird

Termin: Donnerstag, 14. Juli 2016, 12.00 bis 13.00 Uhr

Ort: Haus der Bundespressekonferenz, Raum 5, Zugang über den Eingang des Bistros

Adresse: Schifferbaudamm 40/ Ecke Reinhardtstraße 55, 10117 Berlin

Inhalt:

Pressemeldungen

Redemanuskripte

Lebensläufe der Referenten

Selbstdarstellungen von DGIM und DDG

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*

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Pressestelle DGIM/DDG

Anne-Katrin Döbler/Janina Wetzstein

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-457

Fax: 0711 8931-167

wetzstein@medizinkommunikation.org



Deutsche Gesellschaft
für Innere Medizin e.V.



Zerreißprobe für die Innere Medizin

DGIM und DDG fordern Wertediskussion im Gesundheitswesen

Wiesbaden/Berlin, 14. Juli 2016 – Studien zeigen, dass viele Ärzte den wirtschaftlichen Druck in Kliniken als sehr stark wahrnehmen. In ihrem aktuellen Positionspapier formuliert die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) Lösungsvorschläge, um der zunehmenden Ökonomisierung des Klinikbetriebs zu begegnen. Die betriebswirtschaftliche Optimierung von Kliniken sieht die Fachgesellschaft als Zerreißprobe für die Innere Medizin. Sie fordert gemeinsam mit der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) unter anderem die Abschaffung von Bonus-Verträgen für Ärzte und einen „Ärzte-Kliniken-Kodex“ als Leitfaden für das Zusammenspiel zwischen ärztlichen Grundwerten und ökonomischen Gesichtspunkten. Bei der heutigen Pressekonferenz in Berlin stellen DGIM und DDG das Positionspapier vor.

Immer häufiger müssen Ärzte ihr ärztlich-professionelles Handeln der Gewinnmaximierung des Krankenhauses unterordnen. „Viele Kollegen sehen sich mitunter gezwungen, zwischen medizin-ethischen Qualitätsstandards und Patientenwohl und der wirtschaftlich besten Lösung für das Krankenhaus zu entscheiden“, klagt Professor Dr. med. Petra-Maria Schumm-Draeger, Vorsitzende der DGIM aus München. In einem aktuellen Positionspapier präsentieren die DGIM und Vertreter der DDG Vorschläge, wie ein guter Versorgungsstandard in der Inneren Medizin auch weiterhin zu gewährleisten ist. „Zentral ist für uns die Abschaffung von den an ökonomische Kennzahlen gekoppelten Bonus-Verträgen für Ärzte. Diese setzen falsche Anreize und stören das Arzt-Patienten-Verhältnis“, sagt Schumm-Draeger. Für das Vertrauen zwischen Arzt und Patient sei es entscheidend, dass es keine Verbindung zwischen finanziellen Anreizen und Behandlung gäbe.

Sehr kritisch sehen DGIM und DDG auch, dass verschiedene Ttigkeitfelder der Inneren Medizin zunehmend abgedrängt würden, weil die dort angewandten medizinischen Maßnahmen weniger Ertrag abwerfen als andere. „Vor allem die sogenannte sprechende und damit zeitaufwändige Medizin lässt sich nicht in Prozeduren abrechnen, dabei ist das Gespräch genau der Teil der Behandlung, der beim Patienten Vertrauen erzeugt, was für den Erfolg einer Therapie entscheidend ist – insbesondere wenn es sich um komplexe Krankheitsbilder wie Diabetes handelt“, betont Professor Dr. med. Baptist Gallwitz, Präsident der DDG. Diese Entwicklung könnte darin münden, dass künftig Patienten keine Fachärzte mehr in ihrer Nähe finden, die eine internistische Behandlung mit Blick auf den gesamten Menschen leisten können. Infolge dessen ist auch die Weiterbildung zum Facharzt – eine wichtige



Deutsche Gesellschaft
für Innere Medizin e.V.



Aufgabe leitender Krankenhausärzte – in ihrer Qualität gefährdet. „Der Druck auf Kliniken und Ärzte, im DRG-System optimal abzurechnen, drängt die Weiterbildung immer mehr an den Rand“, bedauert Professor Dr. med. Dirk Müller-Wieland, Mediensprecher der DDG und Mit-Autor des Positionspapiers. „Es muss personell und finanziell sichergestellt sein, dass Fachärzte weiterhin eine qualitativ hochwertige Ausbildung erhalten, um unsere Patienten bestmöglich zu versorgen“, so der Internist aus Aachen.

„Umsatz darf nicht das primäre Ziel unserer Krankenhäuser werden“, stellt auch Professor Dr. med. Dr. h. c. Ulrich R. Fölsch, Generalsekretär der DGIM aus Kiel, klar. Die DGIM schlägt daher vor, einen Ärzte-Klinik-Kodex zu entwickeln. Dieser könnte als Modellansatz für eine Werte-orientierte Integration ärztlichen Handelns dienen und einen Ausgleich zu den derzeit dominierenden ökonomischen Leit- und Erfolgsbildern im Krankenhaussektor schaffen. „Die Versorgung kranker und damit auf ärztliche Hilfe angewiesener Menschen ist keine Dienstleistung“, so Fölsch, „die Kunden nach Bedarf verkauft wird.“ Sie sei vielmehr eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die zu lösen nicht Ärzten und Kliniken allein überlassen sein darf. Hier seien Politik und damit der Gesetzgeber gefordert, entsprechende Weichen zu stellen, anstatt sich hinter jenen zu verstecken, die den am Ende leidtragenden Patienten täglich gegenüberstehen.

Quelle:

Positionspapier der DGIM

[Schumm-Draeger PM et al. Der Patient ist kein Kunde, das Krankenhaus kein Wirtschaftsunternehmen. Dtsch Med Wochenschr, Georg Thieme Verlag KG DOI 10.1055/s-0042-111258](#)

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Pressestelle DGIM/DDG
Anne-Katrin Döbler/Janina Wetzstein/Friederike Gehlenborg
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-457
Fax: 0711 8931-167
E-Mail: wetzstein@medizinkommunikation.org



Deutsche Gesellschaft
für Innere Medizin e.V.



Wie viel Kapitalstreben verträgt die Medizin?

DGIM und DDG: Ökonomisierung schwächt die Patientenversorgung

Berlin, 14. Juli 2016 – Wenn die Klinik zum Wirtschaftsunternehmen wird und vor allem Gewinne erzielen soll, leidet die Qualität der Medizin und damit vor allem der Patient. Wachsender Kostendruck und ökonomisch orientierte Zielvorgaben an einen wirtschaftlichen Klinikbetrieb beeinträchtigen Ärzte in der Ausübung ihres Berufes. In einem aktuellen Positionspapier hat die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM) die derzeitige Situation an deutschen Krankenhäusern analysiert und Lösungsvorschläge erarbeitet, die sie gemeinsam mit der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) bei der heutigen Pressekonferenz vorstellt.

Von Fehlanreizen im Vergütungssystem über die stetig wachsende Arbeitsbelastung beim medizinischen Personal bis hin zur mangelnden Finanzierung der „sprechenden Medizin“: Das Gesundheitswesen ist zunehmend von betriebswirtschaftlichen Denkmustern und Management-Paradigmen durchdrungen. Die Last, in der Klinik „schwarze Zahlen“ schreiben zu müssen, ruht dabei häufig auf den Schultern der Ärzte. „Der Druck auf die ärztlichen Berufsgruppen wächst, ihr ärztlich-professionelles Handeln der Gewinnmaximierung des Krankenhauses unterzuordnen“, sagt Professor Dr. med. Petra-Maria Schumm-Draeger, Vorsitzende der DGIM aus München. Für behandelnde Ärzte führe das dazu, dass sie immer öfter in den untragbaren Konflikt geraten, zwischen medizin-ethischen Qualitätsstandards sowie dem Patientenwohl und der wirtschaftlich besten Lösung für das Krankenhaus entscheiden zu müssen. „Insbesondere bleiben aufgrund von Fehlanreizen im Vergütungssystem die Diagnostik und vor allem die ‚sprechende Medizin‘ – die direkte und unbedingt notwendige persönliche Hinwendung zum Patienten – auf der Strecke“, sagt die Internistin und Endokrinologin.

„Eine weitere bedenkliche Entwicklung der letzten Jahre ist zudem, dass langjährig klinisch tätige leitende Ärztinnen und Ärzte praktisch nicht mehr direkt in den Entscheidungsgremien der Krankenhäuser, in Klinikdirektionen und Geschäftsleitungen vertreten sind“, kritisiert Professor Dr. med. Dr. h. c. Ulrich R. Fölsch, Generalsekretär der DGIM aus Kiel. Den Ärzten werde damit mehr



Deutsche Gesellschaft
für Innere Medizin e.V.



und mehr die Entscheidungskompetenz über die Art und Weise der Ausübung ihres Berufs entzogen. Dies beobachtet die DGIM seit Jahren mit Sorge.

Die Innere Medizin als großes und übergreifendes Fachgebiet mit seinen vielfältigen Teilgebieten wird in Kliniken derzeit vermehrt aus ökonomischen Gründen dezimiert, einzelne Abteilungen zum Teil ganz aus dem Versorgungsangebot gedrängt. „Dabei sind es gerade die Patienten der Allgemeinen Inneren Medizin – beispielsweise Menschen mit Diabetes – die nicht zuletzt aufgrund des demografischen Wandels eine sich stetig vergrößernde Patientengruppe darstellen und einer professionellen Behandlung bedürfen“, betont Professor Dr. med. Baptist Gallwitz, Präsident der DDG. Der materielle und immaterielle Schaden der Ökonomisierung ist beträchtlich und gefährdet auch den Nachwuchs in unprofitablen Bereichen der Medizin: „Heilberufe, der Krankenhaussektor, die Kostenträger und die Gesundheitspolitik sollten ein gemeinsames Interesse daran haben, diese Entwicklung einzudämmen und Schaden vor allem vom Patienten abzuwenden“, ergänzt Professor Dr. med. Dirk Müller-Wieland, Mediensprecher der DDG und Mit-Autor des Positionspapiers.

Die DGIM macht in ihrem Positionspapier Vorschläge, wie dies gelingen kann. Bei der heutigen Pressekonferenz diskutieren Experten der Fachgesellschaften gemeinsam die Risiken einer zunehmenden Ökonomisierung und wie ihnen Politik und Gesundheitswesen entgegenwirken können. Ihnen ist es wichtig, dadurch bei Politik, Kassen, Kliniken und anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen einen Diskussionsprozess in Gang zu setzen, der zu einer Anpassung des Systems führt. „Wenn sich nicht bald etwas ändert, wird es immer schwieriger werden, den Patienten die medizinische Versorgung zugutekommen zu lassen, die sie benötigen“, warnen die Experten der Inneren Medizin.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Pressestelle DGIM/DDG

Anne-Katrin Döbler/Janina Wetzstein

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-457

Fax: 0711 8931-167

wetzstein@medizinkommunikation.org

Wenn der Patient zum „Kunden“ wird: Ökonomisierung und Kostendruck beschädigen die Medizin

Professor Dr. med. Dr. h. c. Ulrich R. Fölsch, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM), Kiel

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) sieht als eine der größten wissenschaftlichen Fachgesellschaften Europas mit größter Sorge die Entwicklung der Medizin in Krankenhäusern und Kliniken: Dort findet eine zunehmende Ökonomisierung der stationären Patientenversorgung statt. Ökonomisierung bedeutet in diesem Zusammenhang: Es wächst der Druck auf die ärztlichen Berufsgruppen, ihr ärztlich-professionelles Handeln einer betriebswirtschaftlichen Nutzenoptimierung bzw. Gewinnmaximierung des Krankenhauses unterzuordnen. Ökonomisierung wird insbesondere dann sichtbar, wenn die aus der gewinnmaximierenden Logik resultierenden Managementmotive höheres Gewicht bekommen als medizinethische professionelle Qualitätsstandards.

Für diese Entwicklung sind verschiedene Faktoren verantwortlich:

- a) Schwierigkeiten vieler Kommunen und Länder bei der Finanzierung und Unterhaltung der Krankenhäuser
- b) Einführung des DRG-Systems bei der Abrechnung stationärer Krankheitsfälle
- c) Fehlende Bereitschaft der Länder, ihren Investitionsverpflichtungen in den Kliniken nachzukommen

Insbesondere die Fehlanreize im DRG-System sind bedrohlich, da die Indikationsstellung für eine diagnostische oder therapeutische Maßnahme sich nicht selten am betriebswirtschaftlichen Vergütungssystem der Fallpauschalen, den DRGs, orientiert. Es besteht der Anreiz, der Bevölkerung vor allem die medizinischen Leistungen anzubieten, mit denen ein Gewinn erwirtschaftet werden kann. Die Folge ist: Gut honorierte, insbesondere chirurgische und interventionelle medizinische Maßnahmen werden ausgeweitet, hingegen nichtinvasive Gebiete und die „sprechende“ Medizin in den Kliniken „ausgedünnt“.

Die DGIM sieht daher dringenden Handlungsbedarf und fordert die Umsetzung folgender Punkte mit dem Ziel, sowohl die Patientenversorgung als auch die in diesem Zusammenhang essenziell notwendige Weiterbildung von Ärzten in allen Teilgebieten der Inneren Medizin weiterhin adäquat zu gewährleisten:

- a) Regeln des ökonomischen Wettbewerbs dürfen das medizinische Handeln zu keinem Zeitpunkt dominieren.
- b) Die Einengung von Tätigkeitsfeldern in der Inneren Medizin und damit die Einengung der Weiterbildung auf wirtschaftlich ertragreiche Schwerpunkte in Krankenhäusern ist nicht akzeptabel und muss verhindert werden.

- c) Die Weiterbildung der Ärzte zum Facharzt für Innere Medizin und aller entsprechenden internistischen Schwerpunkte gehört zur Dienstaufgabe leitender Krankenhausärzte und muss unabhängig vom DRG-System personell und finanziell gewährleistet werden.
- d) Unternehmerische Krankenhausentscheidungen müssen im ausgewogenen Verhältnis zwischen leitenden Ärzten, kaufmännischen Direktoren und Pflegeleitung getroffen werden, insbesondere wenn hiervon die medizinischen Belange der Patienten, die ihrer verantwortlichen Ärzte sowie die medizinische Weiterbildung betroffen sein könnten.

Es gilt das gesprochene Wort!
Berlin, Juli 2016

Wenn Fachärzte und geeignete Medikamente dem Rotstift zum Opfer fallen: Bleibt der Patient auf der Strecke?

Professor Dr. med. Baptist Gallwitz, Präsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), Stellvertretender Direktor, Medizinische Klinik IV, Eberhard Karls Universität Tübingen

Chronische Erkrankungen erfordern individualisierte Therapie

Chronische Erkrankungen sind nicht heilbar und erfordern eine oft lebenslange Therapie, die der Schwere und Ausprägung der Krankheit, dem Lebensalter des Patienten, den Lebensumständen, anderen Begleiterkrankungen und Komplikationen der chronischen Erkrankung Rechnung tragen müssen. Darüber hinaus gilt es, akute und chronische Therapiekomplicationen zu vermeiden. Aus diesen Gründen ist – im Gegensatz zur oft standardisierten Behandlung in akuten Notfallsituationen – eine individualisierte Therapie notwendig. Die Behandlungsleitlinien für z. B. Diabetes mellitus, aber auch für chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Hypertonie und andere chronische Erkrankungen berücksichtigen den Ansatz der „individualisierten Therapie“ bezüglich Therapiezielen und -strategien im Rahmen eines ganzheitlichen Behandlungsansatzes.

Eine Stärkung der Inneren Medizin und ihrer Querschnittsfächer wie Diabetologie ist notwendig, um die Versorgung zu sichern

Vor dem Hintergrund der deutlichen Zunahme chronischer Erkrankungen und einer Bevölkerungsstruktur mit stark wachsendem Anteil an alten Menschen mit komplexen und betreuungsintensiven Patienten ergibt sich ein weitaus größerer Bedarf an gut und breit ausgebildeten Fachärzten und medizinischem Personal in Innerer Medizin und den entsprechenden Querschnittsfächern für chronische Erkrankungen, wie z. B. Diabetologie, Endokrinologie, Nephrologie und Pulmologie, als bislang geschätzt. Dies auch aufgrund der Altersstruktur vor allem der niedergelassenen Ärzte. Facharztweiterbildungsplätze müssen jedoch gerade in den Krankenhäusern erhalten bleiben und sogar ausgebaut werden, da nur unter diesen Bedingungen eine vollumfassende Facharztweiterbildung möglich ist und nur hier die interdisziplinäre und interprofessionelle Weiterbildungsstruktur komplett vorgehalten werden kann.

Nicht jedes Medikament ist für jeden Patienten geeignet – ein Plädoyer für maßgeschneiderte medikamentöse Behandlung

Nicht nur im Rahmen der im ersten Absatz geschilderten Voraussetzungen ist eine individualisierte Therapie bei chronischen Erkrankungen geboten. Gerade bei älteren und multimorbiden Patienten sind Medikamenteninteraktionen, Einnahmesicherheit und -verlässlichkeit wichtige Gesichtspunkte bei der Therapiewahl. Im Diabetesbereich haben neue Klassen von Medikamenten zur Behandlung des Typ-2-Diabetes (die DPP-4-Hemmer, die GLP-1-Rezeptoragonisten und die SGLT-2-Inhibitoren) den wesentlichen Vorteil, dass sie ein sehr geringes Hypoglykämierisiko aufweisen und kardiovaskuläre Sicherheit in großen Studien gezeigt haben. Zwei der neuen Medikamente haben sogar Vorteile bei

Patienten mit kardiovaskulärer Vorerkrankung oder diesbezüglich hohem Risiko gegenüber herkömmlicher Standardtherapie.

Wie kann verhindert werden, dass chronisch kranke Menschen „auf der Strecke bleiben“?

Zwei wesentliche Voraussetzungen müssen daher erfüllt sein, dass die Versorgung chronisch Kranker auch in Zukunft gesichert ist:

- 1) Die Qualität der Versorgung im Sinne der Patienten, auch mit Blick auf Wirtschaftlichkeit, lässt sich nur durch eine sektorenübergreifende und flächendeckende Versorgungslandschaft (vom Hausarzt über den niedergelassenen Spezialisten bis zum Krankenhaus) für chronische Erkrankungen wie z. B. den Diabetes erreichen. Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) hat dafür mit ihren Angeboten für die Qualifikation von Ärzten und medizinischem Fachpersonal sowie den Zertifizierungen von Einrichtungen wichtige Weichen gestellt und trägt so zur Verbesserung der Struktur-, Ergebnis- und Prozessqualität bei.
- 2) Eine ausreichende Therapiewahl, die individuell und evidenzbasiert auf den Patienten und seine Lebenssituation erfolgt und oben genannte Voraussetzungen erfüllt, muss weiterhin gegeben sein.

Es gilt das gesprochene Wort!
Berlin, Juli 2016

**Wenn Geld wichtiger ist als wissenschaftliche Innovationen:
Wer schützt Diabetiker vor lebensgefährlicher Bürokratie?**

Professor Dr. med. Dirk Müller-Wieland, Vizepräsident und Mediensprecher der Deutschen Diabetes Gesellschaft DDG, Medizinische Klinik I, Universitätsklinikum der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule (RWTH) Aachen

Missverständnis: Das AMNOG gibt nur einen Rahmen für Preisverhandlungen

Das AMNOG beauftragt das IQWiG um Bewertung eines möglichen Zusatznutzens eines neuen Medikaments im Vergleich zu einer vom GB-A festgelegten und in der Versorgung weit verbreiteten „Standard“-Therapie. Daher prüft das IQWiG nicht den Effekt und die Sicherheit eines neuen Medikaments, dies ist die Aufgabe des BfArM, sondern dient allein der Beurteilung eines eventuellen Zusatznutzens für die anschließenden Preisverhandlungen zwischen GKV-Spitzenverband und pharmazeutischem Hersteller. Ein eventuell nicht vorhandener „Zusatznutzen“ bedeutet nicht, dass dieses Medikament „schlecht ist oder nicht wirkt“, sondern lediglich, dass keine Beurteilung in Bezug auf die Fragestellung und Vergleichstherapie erfolgen konnte (häufig aufgrund IQWiG-methodenbedingter, rein formaler Kriterien). Dieses Missverständnis verunsichert Ärzteschaft, Patienten und Öffentlichkeit.

„Vergleichstherapie“ heißt nicht, dass es eine Alternative zu innovativen Medikamenten gibt

Wenn eine neue Therapie mit einer „Vergleichstherapie“ verglichen wird, suggeriert dies durch die Methode des IQWiG und die Fragestellung des GB-A, dass es vergleichbar effektive Alternativen gäbe. Neue Medikamente werden insbesondere bei chronischen und multifaktoriell bedingten Krankheiten, wie z. B. Diabetes mellitus, aber entwickelt, weil Therapieziele mit verfügbaren Substanzen meist nicht erreicht werden können. Die „additive“ Wirkung von neuen Medikamenten bei der Behandlung von Patienten wird in aller Regel nicht berücksichtigt.

Versorgung von chronisch kranken Patienten mit Medikamenten wird durch den Preis und nicht einem Zusatznutzen bestimmt

Im Anschluss an die Bewertung einer neuen Therapie durch den GB-A werden Preisverhandlungen unter Ausschluss der Öffentlichkeit allein zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmen geführt. Wenn kein Zusatznutzen bescheinigt wurde, ist es vorgegeben, dass der Preisrahmen dem der Vergleichstherapie entspricht. Dieser liegt bei Diabetes mellitus häufig im Centbereich und führt dann häufig zum Rückzug eines Medikaments vom Markt. Die Versorgungsfolgen dieser geheimen Verhandlungen haben die Betroffenen zu tragen.

Regionalisierung der Wirtschaftlichkeit birgt die Gefahr, dass Therapiefreiheit und Versorgung von Patienten eingeschränkt werden

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (VSG) regelt die Regionalisierung der Arzneimittelsteuerung und Wirtschaftlichkeit ab dem 1. Januar 2017 auf Vereinbarungen zwischen Landesverbänden der

Kranken- und Ersatzkassen mit den zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen. Ein einheitlicher transparenter Kriterienkatalog, der auf den Ergebnissen des AMNOG bzw. GB-A beruht, ist nicht vorgesehen und birgt daher die Gefahr einer „regionalen Willkür“. Die hierdurch bedingten Verschreibungsvorgaben können die Therapiefreiheit des Arztes einschränken und zu einer föderalen Ungleichheit der Patientenversorgung führen.

Es gilt das gesprochene Wort!

Berlin, Juli 2016

Der Patient ist kein Kunde, das Krankenhaus kein Wirtschaftsunternehmen

DGIM Positionspapier warnt vor Gewinnstreben in der Klinikmedizin

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) beobachtet die Entwicklung der Medizin in Krankenhäusern und Kliniken mit Sorge: Ärzte geraten zunehmend unter den Druck, ihr Handeln einer betriebswirtschaftlichen Nutzenoptimierung des Krankenhauses unterzuordnen. Der materielle und immaterielle Schaden der Ökonomisierung ist beträchtlich. Die DGIM macht in diesem Positionspapier Vorschläge, um diese Entwicklung einzudämmen und Schaden abzuwenden.

Höchste Zeit für eine Wertediskussion!

Das deutsche Gesundheitssystem war und ist immer wieder Gegenstand von Reformbestrebungen, die überwiegend wirtschaftlich orientierte Ziele haben: vor allem die Verbesserung der Systemeffizienz und die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung. Diese Entwicklung ist aufgrund des permanenten medizinisch-wissenschaftlich-technischen Fortschritts eine notwendige Gestaltungsoption. Es ist Aufgabe der Gesundheitspolitik, die gesundheitliche Daseinsvorsorge vor dem Hintergrund begrenzter öffentlicher Finanzmittel in medizinisch notwendiger und ausreichender Weise sicherzustellen. Alle Beteiligten haben sich diesem Verfassungsauftrag zu stellen.

Die DGIM sieht als eine der größten wissenschaftlichen Fachgesellschaften Europas mit größter Sorge die Entwicklung der Medizin in Krankenhäusern und Kliniken: Dort findet eine zunehmende Ökonomisierung der stationären Patientenversorgung statt. Ökonomisierung bedeutet in diesem Zusammenhang: Es wächst der Druck auf die ärztlichen Berufsgruppen, ihr ärztlich-professionelles Handeln einer betriebswirtschaftlichen Nutzenoptimierung bzw. Gewinnmaximierung des Krankenhauses unterzuordnen. Ökonomisierung wird insbesondere dann sichtbar, wenn die aus der gewinnmaximierenden Logik resultierenden Managementmotive höheres Gewicht bekommen als medizinethische professionelle Qualitätsstandards.

Diese Fehlentwicklung nimmt ein bedrohliches Ausmaß an und vergrößert die Gefahr, dass Patienten, Ärzte, Kostenträger und das Gesundheitssystem insgesamt erhebliche Probleme zu bewältigen haben werden (u.a. Ressourcenverschwendungen, Ineffizienzen, Patientengefährdungen).

Der materielle und immaterielle Schaden der Ökonomisierung ist beträchtlich: Heilberufe, der Krankenhausesektor, die Kostenträger und die Gesundheitspolitik sollten ein gemeinsames Inter-

esse daran haben, diese Entwicklung einzudämmen und Schaden abzuwenden.

Medizin in der Zerreißprobe

Steht die betriebswirtschaftliche Optimierung des „Geschäftsmodells Krankenhaus/Stationäre Patientenversorgung“ im Vordergrund, kann die Medizin – insbesondere die Ärzteschaft – ihrem Auftrag nicht mehr vollständig gerecht werden.

Die sich verstärkende und einseitige Fokussierung der Kliniken auf den betriebswirtschaftlichen Erfolg führt dazu, dass fachmedizinische Leistungen, unabhängig von der gesundheitlichen Situation der Patienten, unangemessen ausgeweitet oder reduziert werden. Das aktuelle Vergütungssystem schafft Fehlanreize, sodass sich die Indikationsstellung nicht selten am betriebswirtschaftlichen Vergütungssystem der Fallpauschalen, den DRGs orientiert. Es besteht der Anreiz für Krankenhaussträger und das kaufmännische Krankenhausmanagement, der Bevölkerung vor allem die medizinischen Leistungen anzubieten, mit denen Gewinn erwirtschaftet werden kann. Die kurz- und mittelfristigen Folgen für die Patienten und das Gesundheitssystem sind dramatisch: Gut honorierte, insbesondere chirurgische und interventionelle medizinische Maßnahmen werden ausgeweitet, hingegen nicht-invasive Gebiete und die „sprechende“ Medizin in den Kliniken weiter reduziert.

Viele unverzichtbare medizinische Leistungen sind im DRG-Vergütungsraaster kaum abgebildet. Das widerspricht häufig den Anforderungen an ein wirksames ärztliches Handeln. Wenn Krankenhäuser ihre „Umsätze“ vor allem dadurch optimieren, dass sie mit dem Patienten (technisch) „etwas machen“, aber nicht damit, dass sie sich um die Menschen nach Maßgabe des ärztlich-pflegerischen Berufsethos „kümmern“, wozu vor allem auch das Arzt-Patienten-Gespräch gehört, verschlechtert dies die Behandlungsqualität. Eine leitliniengerechte Patientenversorgung ist daher

Prof. Dr. Petra-Maria Schumm-Draeger

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, Irenenstr. 1, 65189 Wiesbaden

Prof. Dr. Klaus Mann

Endokrinologiezentrum Alter Hof, München

Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, Irenenstr. 1, 65189 Wiesbaden

Prof. Dr. Ulrich R. Fölsch

Klinik für Innere Medizin I, UKSH – Campus Kiel

Korrespondenz

Prof. Dr. Ulrich R. Fölsch
Klinik für Innere Medizin I
UKSH – Campus Kiel
Schittenhelmstr. 12
24105 Kiel
urfolsch@1med.uni-kiel.de

auf der derzeit praktizierten Basis der DRG-Vergütungen kaum umfassend möglich.

Für ärztliche Führungskräfte in Krankenhäusern werden immer häufiger dienstvertragliche Bonusregelungen eingesetzt, die häufig monetäre Anreize mit betriebswirtschaftlichen Zielvorgaben (u.a. Patientenzahlen, Mengenausweitungen, Kosteneinsparungen und Deckungsbeitragsausweitungen) verbinden. Solche Vorgaben erhöhen den Druck auf ärztliche Führungskräfte, das medizinische Notwendige dem unternehmerisch-wirtschaftlich Gewünschten unterzuordnen. Die Ärzteschaft in den Kliniken wird damit systematisch zwischen den Mühlsteinen „von oben“ bzw. der damit gewünschten einzelbetrieblichen ökonomischen Optimierung (Ökonomisierung) und dem dieser entgegenstehenden medizinisch und ethisch vertretbaren ärztlichen Handlungsprimat zerrieben.

Anders als vermutet verteuert die betriebswirtschaftliche Optimierung des einzelnen Krankenhauses die Ausgaben im Versorgungssystem an sich: Teuere Leistungen werden häufiger erbracht als weniger lukrative. Es besteht dadurch auch die Gefahr, dass die Ärzteschaft der Kliniken zukünftig verstärkt gezwungen wird, aus wirtschaftlichen Gründen zwischen „guten Patienten“ (weil ökonomisch vorteilhaften) und „schlechten Patienten“ (weil schlecht vergüteten Behandlungen) zu unterscheiden. Damit wird das verfassungsrechtliche und gesellschaftlich hohe Gut der Gleichheit aller Menschen im Krankheitsfall an der Krankenhausporte ausgehebelt.

Eine bedenkliche Entwicklung der letzten Jahre ist zudem, dass langjährig klinisch tätige und entsprechend erfahrene leitende Ärzte als ärztliche Abteilungsleitungen praktisch nicht mehr direkt in den Entscheidungsgremien der Krankenhäuser, in Klinikdirektionen und Geschäftsleitungen vertreten sind bzw. dort direkt gehört werden. Inzwischen wird oft ein erhebliches Management- und Ökonomiewissen seitens der kaufmännischen Geschäftsleitungen gegenüber ärztlichen Führungskräften vorausgesetzt, damit diese Ärzte dann den wirtschaftlichen Entscheidern als geeignete Ansprechpartner qualifiziert erscheinen. Das Medizinstudium gilt für eine solche Karriere häufig nicht mehr als ausreichend.

Doch es ist genau dieser medizinische Sachverstand und die Expertise erfahrener ärztlicher Abteilungsleitungen, der in jede auch unternehmerisch geprägte Krankenhausentscheidung unmittelbar einfließen sollte. Nur so können qualitativ angemessene und patientenorientierte medizinische Konzepte weiterentwickelt, die medizinische Weiterbildung systematisch ausgestaltet und sämtliche medizinischen Belange fachkundig entschieden werden. Eine solche multidisziplinäre Führungskultur in Krankenhäusern ist eine wich-

tige organisatorische Präventionsmaßnahme gegen ökonomische Entscheidungen, die den Patienten mittel- und langfristig schaden.

Die Innere Medizin als großes und übergreifendes Fachgebiet mit seinen vielfältigen Schwerpunkten/Teilgebieten wird derzeit in verschiedenen Krankenhäusern aus ökonomischen Gründen aus dem Versorgungsangebot gedrängt, wodurch diese nicht mehr die ganze Breite des Fachgebietes abbilden können. Dies führt zu erheblichen Engpässen in der Patientenversorgung. Diese bedenkliche Entwicklung ignoriert aus einer ökonomisch motivierten Angebotsoptimierung der Krankenhausträger heraus die medizinischen Versorgungsbedürfnisse der Bevölkerung.

Die fachspezifische Weiterbildung in den Kliniken muss sämtliche Teilgebiete der Inneren Medizin umfassen – nicht nur die „einträglichen“, sondern auch die, die nach dem DRG-/Fallpauschalensystem als nicht ausreichend vergütet angesehen werden. Anderenfalls werden zukünftig nicht mehr alle Teilgebiete der Inneren Medizin in der klinischen Patientenversorgung zur Verfügung stehen können, da die entsprechend ausgebildeten ärztlichen Fachkräfte fehlen!

Erschwerend kommt hinzu, dass im DRG-System die über eine medizinische Patientenversorgung hinaus notwendigen Arbeitszeiten der an der Weiterbildung beteiligten Ärzte und Funktions-träger nicht berücksichtigt sind. Dies gilt ebenso für die Weiterbildung notwendige finanzielle Ausstattung der Kliniken. Die Weiterbildung ist jedoch unabdingbare Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung.

Was muss sich ändern?

Die DGIM warnt davor, dass schon heute eine zunehmend marktwirtschaftliche Orientierung den Krankenhaussektor so stark dominiert, dass eine Werte-orientierte, fürsorgliche und individualisierte Medizin häufig nicht mehr umsetzbar ist. Gewinnmaximierung darf die ethisch-moralische Handlungsfreiheit des Arztes zu keinem Zeitpunkt beeinträchtigen.

Diese Entwicklung hat über die Jahre ein Ausmaß erreicht, das die medizinischen Versorgungsbedürfnisse der Bevölkerung teilweise ignoriert und damit stark gefährdet. Daher sieht die DGIM hier politischen Handlungs- und dringenden Korrekturbedarf!

Die DGIM fordert daher eine zeitnahe Umsetzung der nachfolgend genannten fünf Punkte mit dem Ziel, sowohl die Patientenversorgung als auch die in diesem Zusammenhang essenziell notwendige Weiterbildung von Ärzten in allen Teilgebieten



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 24 000 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.

Weitere Informationen finden Interessierte unter www.dgim.de

Diabetes mellitus – Zahlen und Fakten

Diabetes mellitus ist eine chronische Stoffwechselerkrankung, die Menschen jeden Alters betreffen kann.

Zahlen:

Von Diabetes mellitus sind in Deutschland – laut Robert Koch Institut – mehr als sechs Millionen Menschen betroffen (2012). Das ist eine Steigerung um 38 Prozent seit 1998, nur 14 Prozent davon sind altersbedingt. Jedes Jahr kommen etwa 270 000 Neuerkrankungen hinzu. Bis 2030 wird mit einem Anstieg auf acht Millionen Erkrankte gerechnet.

Jedes Jahr erblinden 2000 Menschen in Folge von Diabetes, mehr als 2000 Menschen werden dialysepflichtig und 30 000 Amputationen werden durch Diabetes verursacht.

Ursachen:

Rund 95 Prozent der Diabetespatienten haben einen Typ-2-Diabetes. Zu den Auslösern eines Typ-2-Diabetes gehören Übergewicht, Mangel an Bewegung, erhöhte Blutfettwerte und Bluthochdruck sowie genetische Faktoren.

Circa 300 000 Menschen haben einen Typ-1-Diabetes. Hierbei handelt es sich in der Regel um eine angeborene Autoimmunerkrankung, die meist im Kindes- und Jugendalter auftritt: Die Zellen der Bauchspeicheldrüse produzieren dann kein Insulin mehr.

Begleit- und Folgeerkrankungen:

Die Folgen von Diabetes mellitus sind vor allem dann schwerwiegend, wenn die Erkrankung über lange Zeit unentdeckt oder der Blutzucker unzureichend eingestellt ist. Zu den gravierendsten Folgeerkrankungen gehören Schlaganfall, Herzinfarkt, Netzhauterkrankung bis hin zur Erblindung, Diabetisches Fußsyndrom mit Gefahr der Amputation und Niereninsuffizienz.

Behandlung:

Typ-2-Diabetes kann häufig mit Ernährungsumstellung und mehr körperlicher Bewegung behandelt werden. Knapp die Hälfte der Patienten erhalten Tabletten (orale Antidiabetika) und etwa 30 Prozent der Patienten werden ausschließlich oder in Kombinationstherapie mit Insulin behandelt. Typ-1-Diabetes muss immer mit dem Hormon Insulin behandelt werden. Amputationen als Folge des Diabetischen Fußsyndroms können nachweislich durch eine strukturierte Behandlung im interdisziplinären Team vermieden werden.

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft wurde 1964 gegründet und gehört mit fast 9000 Mitgliedern zu den großen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Deutschland. Mitglieder sind Ärzte in Klinik und Praxis, Wissenschaftler, Psychologen, Apotheker, Diabetes-Fachkräfte sowie andere diabetologisch tätige Experten. Ziel aller Aktivitäten der DDG sind die Prävention des Diabetes und die wirksame Behandlung der daran erkrankten Menschen.

Zu den Aufgaben der DDG im Einzelnen gehören

- die Fort- und Weiterbildung von Diabetologen, Diabetesberaterinnen, Diabetesassistentinnen, Diabetes-Pflegefachkräften, Wundassistentinnen und Fachpsychologen
- die Zertifizierung von Diabetespraxen und Krankenhäusern
- die Entwicklung von medizinischen Leitlinien zur Diagnostik und Therapie des Diabetes
- die Unterstützung von Wissenschaft und Forschung
- die Information und der wissenschaftliche Austausch über neueste Erkenntnisse, u.a. auf zwei großen Fachkongressen im Frühjahr und Herbst jeden Jahres.

Zunehmend an Bedeutung gewinnt das gesundheitspolitische Engagement der Fachgesellschaft. Die DDG ist im regelmäßigen Gespräch mit Abgeordneten des Deutschen Bundestages, dem Bundesgesundheitsministerium, den Verantwortlichen im Gemeinsamen Bundesausschuss und dem IQWiG und beteiligt sich an der gesundheitspolitischen Meinungsbildung durch die Herausgabe von Stellungnahmen und eine aktive Medienarbeit.

In 29 Ausschüssen, Kommissionen und Arbeitsgemeinschaften werden einzelne Themen fokussiert bearbeitet. Auf Länderebene arbeiten 15 Regionalgesellschaften daran, dass Ärzte die Erkenntnisse und Empfehlungen der DDG in die tägliche Praxis umsetzen und auf diese Weise dem Patienten zugutekommen lassen.

Weitere Informationen unter www.ddg.info

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Dr. h. c. Ulrich R. Fölsch
Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.
(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. Petra-Maria Schumm-Draeger
Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM)
2016/2017, München

* 1956



Beruflicher Werdegang:

- | | |
|-----------|---|
| 1972–1980 | Medizinstudium, Universität Frankfurt |
| 1980 | Staatsexamen, Promotion und Approbation, Amerikanisches Examen (ECFMG) |
| 1988 | Anerkennung als Ärztin für Innere Medizin |
| 1989 | Habilitation für das Fach Innere Medizin |
| 1991 | Anerkennung Teilgebiet Endokrinologie, Diabetologie DDG |
| 1989–1993 | Oberärztin der Abteilung Endokrinologie und Diabetologie |
| 1993–2002 | Leitende Oberärztin der Medizinischen Klinik I, Schwerpunkt Endokrinologie, Diabetes, Stoffwechsel und Angiologie
Geschäftsführende Oberärztin des Zentrums für Innere Medizin der Universität Frankfurt |
| 1995 | Verleihung der akademischen Bezeichnung „außerplanmäßiger Professor“ für Innere Medizin an der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main |
| 1999–2000 | „Limited Permit to Practice Medicine“ (Staat: New York/USA) und wissenschaftliche Kooperation mit Professor J. Friedman, Rockefeller Universität, N.Y./USA |
| Seit 2002 | Chefärztin der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Angiologie des Klinikums Bogenhausen (Städtisches Klinikum München GmbH), akademisches Lehrkrankenhaus, Technische Universität München |
| 2002 | Umhabilitation, außerplanmäßige Professorin für Innere Medizin an der Technischen Universität (TU) München, Klinikum rechts der Isar, München |

Klinische und wissenschaftliche Schwerpunkte:

- Klinische und experimentelle Schilddrüsenforschung
(Autoimmunthyreopathien, benigne und maligne Struma)
- Klinische Diabetologie
(Typ-2-Diabetes: Neue Therapeutische Interventionen, Früherkennung und Therapie
kardiovaskulärer Folgeerkrankungen, interdisziplinäre/fachübergreifende Diabetestherapie
in der Klinik)
- Polyglanduläres Autoimmunsyndrom

Publikationen:

Über 150 wissenschaftliche Publikationen und Buchbeiträge sowie Herausgeberschaft von
Fachzeitschriften, Kongress- und Veranstaltungsorganisationen

Wissenschaftliche Auszeichnungen:

1983/1992 Von Basedow-Preis der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)
1988 von-Langenbeck-Preis der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Aktivitäten in Fachgesellschaften und Mitgliedschaften (Auswahl):

- Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM):
Vorstandsmitglied und „President elect“ der DGIM 2016/2017
Vorsitzende der Kommission „Struktur und Krankenversorgung“ der DGIM
- Berufsverband Deutscher Internisten (BDI): Vorstandsmitglied, unter anderem
hauptverantwortlich für die bundesweite Fortbildung des BDI (seit 2008)
- 1. Stellvertretende Vorsitzende des Landesverbands Bayerischer Internisten (seit 2011)
- European Federation of Internal Medicine (EFIM): Mitglied Administrative Council und
der „Working group on Professional Issues in Internal Medicine in Europe“ (seit 2003)
- Gesellschaft für Fortschritte der Inneren Medizin (Ludwig-Heilmeyer-Gesellschaft)
- Worldwide Initiative of Diabetes Education: Board of Directors (seit 2012)
- Kuratorin der Deutschen Diabetes Stiftung (DDS) und „Verbindungskuratorin“ zur
Stiftung „der herzkranken Diabetiker“ (seit 2004)
- Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE): Vizepräsidentin 1997–2000
- Berufsverband Deutscher Endokrinologen (BDE): Beiratsmitglied seit 2000
- Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)
- American Diabetes Association (ADA)
- European Association for the study of Diabetes (EASD)
- International Diabetes Federation (IDF)
- Endocrine Society (USA)

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Baptist Gallwitz

Präsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), Stellvertretender Direktor, Medizinische Klinik IV, Eberhard Karls Universität Tübingen



Studium:

Studium der Humanmedizin an den Universitäten Essen, Berlin (Freie Universität), TU München sowie einjähriger Studienaufenthalt in Großbritannien mit einem Stipendium der Studienstiftung des deutschen Volkes. Approbation 1984.

Promotion:

„Zur Rolle des Phospholipidstoffwechsels bei der Übertragung des Insulinsignals vom Rezeptor in die Zelle“, Betreuer: Prof. Dr. O.-H. Wieland, Forschergruppe Diabetes, Ludwig-Maximilians-Universität München, 1986.

Habilitation:

Für das Fach Innere Medizin mit der Habilitationsschrift: „Glucagon-like peptide-1: Ein Inkretin mit Potenzial zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ II“ an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, 1998.

Berufliche Laufbahn:

- | | |
|-----------|--|
| 1984–1985 | Wissenschaftlicher Assistent in der „Forschergruppe Diabetes“ am Städtischen Krankenhaus München-Schwabing (Leitung Prof. Dr. O.-H. Wieland) |
| 1985–1988 | Postgraduiertenstipendium des Boehringer Ingelheim Fonds für medizinische Grundlagenforschung an der Medizinischen Klinik der Georg-August-Universität Göttingen, Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie (Leitung Prof. Dr. W. Creutzfeldt). |
| 1988 | „Klinische Arbeitsgruppe für gastrointestinale Endokrinologie“ der Max-Planck-Gesellschaft und der Georg-August-Universität Göttingen (Leitung Dr. J. M. Conlon). |
| 1988–1991 | Wissenschaftlicher Assistent an der Medizinischen Klinik der Georg- |

	August-Universität Göttingen, Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie (Leitung Prof. Dr. W. Creutzfeldt).
1991–1998	Wissenschaftlicher Assistent an der Klinik für Allgemeine Innere Medizin – I. Medizinische Klinik der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel (Leitung Prof. Dr. U. R. Fölsch).
1998–1999	Oberarzt für den Funktionsbereich Diabetes an der Klinik für Allgemeine Innere Medizin – I. Medizinische Klinik der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel (Leitung Prof. Dr. U. R. Fölsch).
1999–2003	Oberarzt an der Medizinischen Klinik I des St. Josef-Hospitals, Klinikum der Ruhr-Universität Bochum (Leitung Prof. Dr. W. E. Schmidt).
Seit 2003	Leitender Oberarzt und Leiter der Ambulanzen für Endokrinologie und Diabetes an der Medizinischen Klinik IV, Eberhard Karls Universität Tübingen (Leitung Prof. Dr. H.-U. Häring).
2005	Ernennung zum außerplanmäßigen Professor.
Seit 2006	Stellvertretender Direktor, Medizinische Klinik IV, Eberhard Karls Universität Tübingen.

Mitgliedschaften in klinischen und wissenschaftlichen Gesellschaften:

American Diabetes Association (ADA)

European Association for the Study of Diabetes (EASD)

Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)

Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)

Berufsverband deutscher Diabetologen (BDD)

Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)

Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM)

Arbeitsgemeinschaft Diabetologie Baden-Württemberg (ADBW)

Qualifikationen:

Facharzt für Innere Medizin (1994), Gastroenterologie (1996), Endokrinologie (2000), Diabetologie (DDG) (1997), Ernährungsmedizin (DAEM/DGEM) (2001), Fachkunde Labormedizin (1999).

Forschung:

Physiologie und Pathophysiologie der Inkretinhormone, Prädiabetes; Diabetesprävention bei Typ-2-Diabetes; Genotyp – Phänotyp Charakterisierung des Typ-2-Diabetes, Therapie von Diabetes und Adipositas.

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Dirk Müller-Wieland
Vizepräsident und Mediensprecher der Deutschen Diabetes Gesellschaft
DDG,
Medizinische Klinik I, Universitätsklinikum der Rheinisch-Westfälische
Technische Hochschule (RWTH) Aachen



Akademische Ausbildung:

Studium der Humanmedizin in Hamburg,
amerikanisches Staatsexamen (FMGEMS),
Approbation zum Arzt und
Promotion zum Dr. med. über die „Regulation der Cholesterinbiosynthese
in frisch isolierten mononukleären Leukozyten durch adrenerge Rezeptoren“.

Beruflicher Werdegang:

1985–1987	Assistenzarzt am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) und Stipendiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft bei Prof. Dr. C. R. Kahn, Direktor des Joslin Diabetes Center der Harvard Medical School in Boston.
1987	Fortführung der klinischen Weiterbildung bei Prof. H. Greten an der Medizinischen Kernklinik und Poliklinik des Universitäts-krankenhauses Eppendorf in Hamburg.
1991	Wechsel im Rahmen der Berufung von Prof. W. Krone an die Klinik II und Poliklinik für Innere Medizin der Universität zu Köln.
1995–1997	Oberarzt der Klinik II und Poliklinik für Innere Medizin der Universität zu Köln.
1993	Facharzt für Innere Medizin
1994	Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie und Diabetologie
1996	Habilitation für das Fach Innere Medizin. Thema der Forschungsarbeit: „Molekulare Mechanismen der Insulinwirkung und Insulinresistenz“, Thema der Antrittsvorlesung: „Gentherapie in der Inneren Medizin“.
1997	Berufung auf eine Universitätsprofessur für Innere Medizin/Endokrinologie in Köln.
2001–2006	Übernahme des Lehrstuhls für Klinische Biochemie und Pathobiochemie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Direktor am Deutschen Diabetes- Zentrum.

- 2006–2015 Leitung der I. Medizinischen Abteilung der Asklepios Klinik
St. Georg, Allgemeine Innere Medizin, Diabetes, Gastroenterologie,
Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen.
- 2011–2012 Stellvertretender Gründungsdekan des Asklepios Campus Hamburg,
Medizinische Fakultät der Semmelweis-Universität.
- 2012–2014 Dekan des Asklepios Campus Hamburg.

Preise:

- 1987 Deutsches Komitee zur Förderung der Atheroskleroseforschung
- 1991 Dr.-Martini-Stiftung, Hamburg.
- 1995 Bertram-Preis der Deutschen Diabetes Gesellschaft

Sonstige Aktivitäten:

- Seit 2002 Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats der größten europäischen
Medizinbibliothek (ZB MED, Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft) an der
Universität zu Köln.
- 2003 Tagungspräsident gemeinsam mit Prof. Krone der Deutschen Gesellschaft für
Endokrinologie.
- 2003–2011 Stellvertretender Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats des
Interdisziplinären Zentrums für Klinische Forschung (IZKF) der Universität
Leipzig.
- 2003–2014 Herausgeber der Zeitschrift „Diabetologie und Stoffwechsel“, dem
wissenschaftlichen Organ der Deutschen Diabetes Gesellschaft.
- 2003–2015 Sprecher der Sektion „Diabetologie und Stoffwechsel“ der Deutschen
Gesellschaft für Endokrinologie.
- 2006–2008 Fachkollegiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG).
- Seit 2006 Sprecher der fachgesellschaftsübergreifenden Arbeitsgemeinschaft „Herz –
Hormone – Diabetes“ der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und
Kreislaufforschung, der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie und der
Deutschen Diabetes Gesellschaft.
- 2006–2013 Mitglied im Medical Board Innere Medizin des Asklepios-Konzerns.
- 2006–2009 Vorstandsmitglied der Deutschen Diabetes Gesellschaft.
- 2008–2011 Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie.
- 2009 Tagungspräsident mit Prof. Dr. T. Meinertz der Nordwestdeutschen
Gesellschaft für Innere Medizin.
- 2009 Tagungspräsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft.

2011	Tagungspräsident mit Prof. J. Kußmann der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie.
Seit 2012	Mitglied im Ausschuss der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) e.V.
2012-2016	Mitglied im Ausschuss der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin
Seit 2014	Vorstandsmitglied der Deutschen Diabetes-Gesellschaft und Sprecher der Kommission für „gesundheitspolitische Fragen“
Seit 2015	Executive Director der International Task Force für Prevention of Cardiometabolic Diseases
Seit 2015	Vizepräsident (2015-2017) und Präsident-Elect (2017-2019) der Deutschen Diabetes-Gesellschaft.

Herausgeber von Fachbüchern und wissenschaftlichen Beiträgen:

- Textbook of Type 2 Diabetes, First Edition 2003, Second Edition 2008; B. Goldstein, D. Müller-Wieland (68 internationale Autoren, 38 Kapitel, 575 Seiten, Informa Healthcare).
- Diabetologie in Klinik und Praxis, 6. Auflage, 2011; H.-U. Häring, B. Gallwitz, D. Müller-Wieland, K.-H. Usadel, H. Mehnert (87 Autoren, 49 Kapitel, 689 Seiten, Thieme Verlag).
- Siegenthalers klinische Pathophysiologie; H. Blum, D. Müller-Wieland, 10. Auflage in Vorbereitung.

Circa 200 Publikationen als Originalarbeiten, Übersichtsbeiträge und Buchkapitel.

Wissenschaftlicher Fokus besteht in der Verbindung zwischen Genregulation, Fettstoffwechsel, Fettverteilung, Insulinresistenz und kardiovaskulärem Risiko.



Deutsche Gesellschaft
für Innere Medizin e.V.



**Gemeinsame Pressekonferenz der
Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und der
Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)**

Ökonomisierung der Medizin: Wenn Gesundheit zum Wirtschaftsgut wird

Termin: Donnerstag, 14. Juli 2016, 12.00 bis 13.00 Uhr

Ort: Haus der Bundespressekonferenz, Raum 5, Zugang über den Eingang des Bistros

Adresse: Schifferbaudamm 40/ Ecke Reinhardtstraße 55, 10117 Berlin

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

- o Professor Dr. med. Dr. h. c. Ulrich R. Fölsch
- o Professor Dr. med. Petra-Maria Schumm-Draeger
- o Professor Dr. med. Baptist Gallwitz
- o Professor Dr. med. Dirk Müller-Wieland

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

**Bitte an 0711 8931-167 zurückfaxen oder an
wetzstein@medizinkommunikation.org mailen.**

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Pressestelle DGIM/DDG

Anne-Katrin Döbler/Janina Wetzstein

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-457

Fax: 0711 8931-167

wetzstein@medizinkommunikation.org