



PARADIGMENWECHSEL IN DER INNEREN MEDIZIN

132. KONGRESS DER DEUTSCHEN
GESELLSCHAFT FÜR INNERE MEDIZIN

DGIM Deutsche
Gesellschaft für
Innere Medizin

Die Zukunft der Medizin ist grenzenlos Eröffnungs-Presskonferenz anlässlich des 132. Kongresses der DGIM

Termin: Samstag, 18. April 2026, 12.00 bis 13.00 Uhr

Vor Ort: Pressekonferenzraum, 2. OG, RMCC Wiesbaden

Anmeldung zur Online-Teilnahme unter:

https://us06web.zoom.us/webinar/register/WN_2D4bRAJwRqSlxoyQaYmbyQ

Themen und Referierende:

Paradigmenwechsel nötig: Alte Versorgungswege reichen nicht mehr — und jetzt?

Professorin Dr. Dr. med. Dagmar Führer-Sakel

Vorsitzende der DGIM 2025/2026 und Präsidentin des 132. Internistenkongresses, Direktorin der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Stoffwechsel am Universitätsklinikum Essen

Neues von der Stoffwechselforschung: Evolution, Hirn und Fettverteilung

Professor Dr. med. Michael Stumvoll

Direktor der Klinik für Endokrinologie, Nephrologie und Rheumatologie, Universitätsklinikum Leipzig und Sprecher des Exzellenzclusters Leipzig Center of Metabolism, Universität Leipzig

Sind die Sektoren im deutschen Gesundheitssystem Geschichte?

Professor Dr. med. Georg Ertl

Generalsekretär der DGIM, Internist und Kardiologe aus Würzburg

Digitale Transformation in der Medizin: The Future is Now

Professor Dr. med. Dr. rer. nat. Jens Kleesiek

Direktor des Instituts für Künstliche Intelligenz in der Medizin, Universitätsklinikum Essen und Universität Duisburg-Essen

Lernen von den europäischen Nachbarn: wie die Junge DGIM sich moderne Medizin vorstellt

Dr. med. Irmengard Meyer

Sprecherin der JUNGEN DGIM und Assistenzärztin Innere Medizin, St. Bernward Krankenhaus Hildesheim

Moderation: Anne-Katrin Döbler, Pressestelle DGIM

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Janina Wetzstein, Katharina Weber und Heinke Schöffmann

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V.

Pressestelle

Fon +49 711 8931-457/-583/-442

wetzstein@medizinkommunikation.org

weber@medizinkommunikation.org

schoeffmann@medizinkommunikation.org

www.dgim.de/ | www.facebook.com/DGIM.Fanpage/ | www.instagram.com/dgim_ev/



PARADIGMENWECHSEL IN DER INNEREN MEDIZIN

132. KONGRESS DER DEUTSCHEN
GESELLSCHAFT FÜR INNERE MEDIZIN

DGIM Deutsche
Gesellschaft für
Innere Medizin

PRESSEMITTEILUNG

Internistenkongress setzt internationale Akzente

Paradigmenwechsel in der Inneren Medizin: Versorgung braucht eine europäische Perspektive

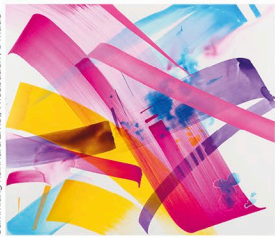
Wiesbaden, 18. April 2026 – Das deutsche Gesundheitssystem sieht sich mit grundlegenden strukturellen Herausforderungen konfrontiert: Fachkräftemangel, demografischer Wandel, zunehmende Multimorbidität und kostenintensive Innovationen verändern die Anforderungen an die internistische Versorgung grundlegend. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM) rückt deshalb die europäische Zusammenarbeit stärker in den Fokus. Denn der notwendige Wandel betrifft nicht nur Deutschland, sondern ganz Europa. Der 132. Internistenkongress, der vom 18. bis 21. April in Wiesbaden stattfindet, greift diese Entwicklungen auf. Unter dem Motto „Paradigmenwechsel in der Inneren Medizin – die Zukunft gestalten“ diskutieren Expertinnen und Experten darüber, wie Weiterbildung und Versorgungsstrukturen im europäischen Kontext weiterentwickelt werden können.

Ein Blick in die Statistik der Bundesärztekammer zeigt, wie international die Ärzteschaft in Deutschland schon heute aufgestellt ist: Mehr als 15 Prozent der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte besitzen eine ausländische Staatsangehörigkeit, die meisten von ihnen kommen aus anderen europäischen Ländern, Syrien und der Türkei. Gleichzeitig wird in den kommenden Jahren ein erheblicher Teil der heutigen Ärzteschaft altersbedingt ausscheiden. „Um die medizinische Versorgung zu sichern, sind wir nicht nur in der Pflege, sondern auch in der Ärzteschaft zunehmend auf internationale Mobilität angewiesen, wobei eine hochwertige und vergleichbare Weiterbildung sichergestellt werden muss“, sagt Dr. med. Irmengard Meyer, Sprecherin der „Jungen DGIM“.

Viele junge Ärztinnen und Ärzte sammeln als Teil ihrer Weiterbildung praktische Erfahrungen in anderen Ländern und treffen dabei auf Strukturen, die sich von denen des deutschen Gesundheitswesens unterscheiden. „Der Blick über die eigenen Grenzen zeigt, wie zukunftsorientierte Weiterbildung zu erreichen ist“, sagt Meyer. In Ländern wie der Schweiz oder den Niederlanden sind strukturierte Rotationen zwischen Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsstufen – etwa zwischen Häusern der Grundversorgung und Maximalversorgern – verbindlich geregelt und national einheitlich organisiert. Während sich Weiterbildungsinhalte in Deutschland bedingt durch den Föderalismus von Landesärztekammer zu Landesärztekammer unterscheiden können, gebe es in jenen Ländern national vergleichbare Vorgaben, berichtet Meyer aus dem Austausch mit Partnerorganisationen in diesen Ländern. Hier könne sich Deutschland einiges abschauen.

Europäische Zusammenarbeit als Lernraum

Gleichzeitig plädiert Irmengard Meyer dafür, die Inhalte und Abläufe der ärztlichen Weiterbildung in Europa weit stärker aufeinander abzustimmen. „Wenn Ärztinnen und Ärzte von Land zu Land wechseln, brauchen wir Weiterbildungsstrukturen, die vergleichbar sind“, sagt die „Junge DGIM“-Sprecherin.



PARADIGMENWECHSEL IN DER INNEREN MEDIZIN

132. KONGRESS DER DEUTSCHEN
GESELLSCHAFT FÜR INNERE MEDIZIN

Wie sich die Versorgung der Patientinnen und Patienten durch internationale Kooperationen verbessern lässt, zeigen europäische Leitlinienprojekte und länderübergreifende Netzwerke, etwa im Bereich seltener Erkrankungen. Auch in der Weiterbildung seien solche Austausche gewinnbringend, so Meyer. „Ärztinnen und Ärzte mit internationalen Erfahrungen bringen übergreifende Kompetenz, neue Perspektiven und ergänzende Behandlungsansätze mit.“ Eine Vernetzung vom Studienbeginn bis zur Facharztausbildung könne langfristig zu mehr beruflicher Zufriedenheit und zu einer besseren Versorgung führen. Um diesen Austausch anzuregen, setzt die „Junge DGIM“ verstärkt auf Vernetzung – zum einen durch eine enge Zusammenarbeit mit den Young Internists der European Federation of Internal Medicine (EFIM), zum anderen auch mit der Förderung internationaler Austauschprogramme.

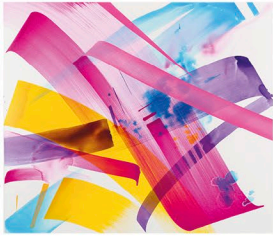
Europäische Modelle für gemeinsame Probleme

„Die Paradigmenwechsel in der Inneren Medizin, die wir derzeit durch neue Therapien, digitale Werkzeuge und veränderte Versorgungsbedarfe erleben, sollten wir nicht im nationalen Alleingang durchdenken, sondern auch offen für erfolgreiche Konzepte anderer Länder sein“, sagt auch Professorin Dr. Dr. med. Dagmar Führer-Sakel, Vorsitzende der DGIM 2025/2026 und Präsidentin des 132. Internistenkongresses.

Daher stärkt der Kongress durch Beteiligung der EFIM, der Österreichischen und der Schweizerischen Gesellschaften für Innere Medizin sowie erstmals des Royal College of Physicians aus Großbritannien in diesem Jahr bewusst den europäischen Dialog: „Indem wir unseren Blickwinkel erweitern und auch über die uns bekannten nationalen Strukturen hinausdenken, erhalten wir wichtige neue Impulse für eine nachhaltige Neuausrichtung unseres Gesundheitswesens“, so Führer-Sakel. Unter anderem gelte es, die Prävention als zentralen Bestandteil eines modernen Gesundheitssystems zu verankern und den Erhalt von Gesundheit grundsätzlich stärker in den Fokus zu nehmen. „Hier sind uns manche europäische Länder voraus.“

Als weitere Beispiele nennt die Kongresspräsidentin Datasharing, Interprofessionalität, klinische Studien und die Versorgung von Menschen mit seltenen Erkrankungen. „Die neuen Paradigmen und Chancen, die sich durch Digitalisierung, innovative Diagnostik- und Therapieverfahren sowie durch strukturelle Weiterentwicklungen ergeben, müssen wir immer verantwortungsvoll in Ausrichtung und Ressourcen zum Nutzen der Bevölkerung einsetzen. Dabei können uns europäische Modelle und auch eine Stärkung der Zusammenarbeit helfen“, so Führer-Sakel.

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.



PARADIGMENWECHSEL IN DER INNEREN MEDIZIN

132. KONGRESS DER DEUTSCHEN
GESELLSCHAFT FÜR INNERE MEDIZIN

Programm-Highlights

Samstag, 18.4.2026, 17:15 Uhr

EFIM - Case Report Contest

Mit dem EFIM Case Report Contest führt die DGIM 2026 ein neues internationales Wettbewerbsformat ein, das im Forum Junge DGIM (Samstag, 17:15–18:30 Uhr, Saal 2, hybrid) stattfindet und Teil von „Europe at DGIM“ ist. Junge Internistinnen und Internisten präsentieren komplexe und differenzialdiagnostisch anspruchsvolle Fälle aus einem breiten Spektrum der Inneren Medizin. Die drei besten Beiträge werden prämiert.

Sonntag, 19.4.2026, 13:00 Uhr

Obesity – Insights, Unknowns and the Future - Die DGIM Plenarsitzung 2026

- **Clinical research in LeiCeM – Leipzig Center of Metabolism (DFG Cluster of Excellence 2026-2032)**, Univ.-Prof. Dr. med. Michael Stumvoll, Universitätsklinikum Leipzig
- **Mapping feeding circuits in the human brain**, Univ.-Prof. Dr. Giles Yeo, University of Cambridge, UK
- **From gut hormones to GLP-1 receptor quintuple agonist**, Univ.-Prof. Dr. Timo Müller, Helmholtz Zentrum München



PARADIGMENWECHSEL IN DER INNEREN MEDIZIN

132. KONGRESS DER DEUTSCHEN
GESELLSCHAFT FÜR INNERE MEDIZIN

DGIM Deutsche
Gesellschaft für
Innere Medizin

PRESSEMITTEILUNG

Paradigmenwechsel in der Stoffwechselforschung Adipositas ist viel mehr als Übergewicht

Wiesbaden, 18. April 2026 – Das Paradigma, dass Adipositas eine bloße Fortsetzung von Übergewicht ist, gilt nicht mehr. Neue Erkenntnisse aus der Stoffwechselforschung zeigen: Entscheidend für gesundheitliche Risiken ist nicht primär die Menge an Körperfett, sondern die Fähigkeit des Körpers, überschüssige Energie sicher zu speichern und im Organismus richtig zu verteilen. Ist diese Regulation gestört, wird Fett vermehrt in Organen wie der Leber abgelagert – mit weitreichenden Folgen für den gesamten Stoffwechsel. Diese neuen Perspektiven stehen im Fokus des 132. Internistenkongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), der vom 18. bis 21. April 2026 in Wiesbaden stattfindet. Dort stellen unter anderem Experten des Leipzig Center of Metabolism ihre neuen Erkenntnisse unter anderem auf der heutigen Eröffnungs-Pressekonferenz, sowie in der [Plenarsitzung „Obesity – Insights, Unknowns and the Future“](#) am Kongress-Sonntag vor.

Ein wichtiger Erklärungsansatz für die Entstehung von Adipositas liegt in der Evolution des Menschen: Mechanismen, die ursprünglich das Überleben in Zeiten von Nahrungsmangel sichern sollten, wirken heute in einer Umwelt mit dauerhaftem Nahrungsüberangebot weiter. Gleichzeitig steuert das Gehirn die Nahrungsaufnahme nicht nur nach Energiebedarf, sondern auch über Belohnungssysteme – ein Zusammenspiel, das die Entstehung und Aufrechterhaltung von Adipositas begünstigt.

Nicht die Fettmenge entscheidet, sondern die Stoffwechselantwort

Adipositas ist eine chronisch fortschreitende Erkrankung, die mit einem erhöhten Risiko für Typ-2-Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfall, Schlafapnoe, Depressionen und bestimmte Krebserkrankungen einhergeht. Gleichzeitig zeigt sich in der klinischen Praxis eine große Vielfalt an Krankheitsverläufen und Risiken. „Diese Unterschiede lassen sich zunehmend durch individuelle Stoffwechselprozesse erklären – nicht allein durch das Körpergewicht“, sagt Professor Dr. med. Michael Stumvoll, Direktor der Klinik für Endokrinologie, Nephrologie und Rheumatologie, Universitätsklinikum Leipzig und Sprecher des Exzellenzclusters Leipzig Center of Metabolism (LeiCeM) der Universität Leipzig. Verlässliche Prognosen zu Krankheitsverlauf oder Therapieansprechen sind bislang jedoch nur eingeschränkt möglich.

Fettgewebe: mehr als ein Energiespeicher

Im Zentrum der aktuellen Forschung steht das Fettgewebe selbst: Es fungiert als hormonell aktives Organ, das zentrale Stoffwechselprozesse steuert. „Die Umwandlung überschüssiger Energie in Fett ist ein evolutionär sinnvoller Schutzmechanismus“, so der Leipziger Endokrinologe. Wird diese Speicherfunktion jedoch gestört oder dauerhaft gefordert, kommt es zur krankhaften Fehlverteilung von Fett – mit Ablagerungen in Organen wie Leber, Herz oder Muskulatur. Diese Prozesse gelten als entscheidender Treiber für Insulinresistenz und weitere metabolische Folgeerkrankungen. „Entscheidend ist nicht allein, wie viel wir essen, sondern was wir essen, wie wir essen und ob der Körper Energie sicher speichern, richtig verteilen und



PARADIGMENWECHSEL IN DER INNEREN MEDIZIN

132. KONGRESS DER DEUTSCHEN
GESELLSCHAFT FÜR INNERE MEDIZIN

DGIM Deutsche
Gesellschaft für
Innere Medizin

wieder freisetzen kann“, erklärt Stumvoll. „Oftmals geht „ungesunde“ Fettablage mit Makrophageninfiltration und chronischer, folgeschwerer Entzündung einher.

Risiko auch ohne sichtbares Übergewicht

Diese Perspektive erweitert den Blick auf betroffene Patientengruppen. Auch Menschen mit unauffälligem Körpergewicht können ein erhöhtes Risiko für Stoffwechselerkrankungen haben. Ein modellhaftes Beispiel sind seltene genetische Erkrankungen wie die Lipodystrophie, bei denen Unterhaut-Fettgewebe fehlt und Energie deshalb in Organen abgelagert wird – ein eindrücklicher Hinweis darauf, dass klassische Kenngrößen wie das Körpergewicht allein nicht ausreichen, um Risiken zu erfassen.

Neue Ansätze für Prävention und Therapie

Aus diesen Erkenntnissen ergeben sich Konsequenzen für Prävention und Therapie: „Statt allein auf Gewichtsreduktion zu fokussieren, sollten wir stärker die individuelle Stoffwechselsituation berücksichtigen“, sagt Stumvoll. Moderne bildgebende Verfahren ermöglichen zunehmend eine differenzierte Analyse metabolischer Risikokonstellationen. Parallel werden Therapien entwickelt, die gezielt in Krankheitsmechanismen eingreifen – etwa über hormonelle Signalwege, entzündliche Prozesse oder den Einfluss des Darms auf den Stoffwechsel. Auch geschlechtsspezifische Unterschiede rücken dabei stärker in den Fokus.

„Trotz dieser Fortschritte ist eine individualisierte Präzisionsmedizin in der Stoffwechselmedizin bislang noch nicht erreicht“, so der Experte. Auch komplexe Modelle zur Risikobewertung erlauben derzeit noch keine verlässliche Vorhersage individueller Krankheitsverläufe oder Therapieeffekte.

Adipositas als systemische Erkrankung verstehen

Internistisch ist Adipositas damit als systemische Erkrankung zu verstehen, bei der mehrere Organsysteme eng miteinander interagieren. „Für die Versorgung bedeutet das: Wir müssen weg von einer eindimensionalen Betrachtung des Körpergewichts und hin zu einer differenzierten Risikobewertung“, sagt Professorin Dr. Dr. med. Dagmar Führer-Sakel, Präsidentin des DGIM-Kongresses. „Nur wenn wir die zugrunde liegenden metabolischen Prozesse genau verstehen, können wir die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Stoffwechselerkrankungen weiter verbessern“, so die Essener Endokrinologin und Diabetologin. Die neuen Erkenntnisse stellt Professor Stumvoll unter anderem in der Plenarsitzung „Obesity – Insights, Unknowns and the Future“ sowie in der Eröffnungs-Presskonferenz vor.

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.

Kongress-Sitzungen zum Thema:

- [Obesity – Insights, Unknowns and the Future - Die DGIM Plenarsitzung 2026](#)
- [Testosteronmangel beim Mann – welche Rolle spielen Adipositas und Schmerz?](#)
- [Das geht alle Internisten an!](#)
- [Metabolische Fettlebererkrankungen: Multidisziplinäre Therapieansätze](#)



Modo, Wandlung Thoughts (Data), 2020 |
Sammlung Barbara Erns, Wiesbaden | © Modo

PARADIGMENWECHSEL IN DER INNEREN MEDIZIN

132. KONGRESS DER DEUTSCHEN
GESELLSCHAFT FÜR INNERE MEDIZIN

DGIM Deutsche
Gesellschaft für
Innere Medizin

- [Moderne Ansätze in der Adipositas­therapie: Psychologie, Pharmakologie und Chirurgie](#)
- [Diabetologie – Gut kombiniert für eine effektive Diabetestherapie](#)
- [Adipositas war gestern?](#)
- [Adipositas \(Forum Junge DGIM\)](#)
- [Geschlechtersensible Innere Medizin: zwischen Leitlinie und Lebensrealität](#)
- [GLP-1 & CO for all and forever?](#)



PARADIGMENWECHSEL IN DER INNEREN MEDIZIN

132. KONGRESS DER DEUTSCHEN
GESELLSCHAFT FÜR INNERE MEDIZIN

DGIM Deutsche
Gesellschaft für
Innere Medizin

PRESSEMITTEILUNG

DGIM-Kongress rückt digitale Transformation in den Fokus The future ist now: Wie Künstliche Intelligenz schon heute die Patientenversorgung verändert

Wiesbaden, 18. April 2026 – Künstliche Intelligenz ist in der Medizin längst keine Zukunftsvision mehr, sondern beginnt, den klinischen Alltag konkret zu verändern. KI-Systeme unterstützen bei der Dokumentation, analysieren große Datenmengen und helfen, Therapieentscheidungen individueller zu treffen. Welche Chancen und Grenzen sich daraus ergeben, steht im Fokus des 132. Internistenkongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) vom 18. bis 21. April 2026 in Wiesbaden. Auch auf der heutigen Eröffnungs-Presskonferenz wird das Thema aufgegriffen: Dort erläutern Expertinnen und Experten aktuelle Entwicklungen und Perspektiven der KI in der Medizin. Um 14.30 Uhr wird es zudem einen Rundgang durch die Industrieausstellung für die Medien geben – Thema sind Innovationen aus den Bereichen digitale Medizin und Diabetologie.

Was vor wenigen Jahrzehnten noch als Vision galt, wird zunehmend Realität: Dank Künstlicher Intelligenz wird die Zusammenarbeit von Arzt und Computer immer besser. „Wir stehen an einem Punkt, an dem digitale Systeme nicht mehr nur unterstützen, sondern aktiv in Prozesse eingreifen – etwa indem sie Dokumentation übernehmen oder Abläufe koordinieren“, sagt Professor Dr. Dr. med. Jens Kleesiek, Direktor des Instituts für Künstliche Intelligenz in der Medizin, Universitätsklinikum Essen und Universität Duisburg-Essen. „Das wird die medizinische Versorgung grundlegend verändern,“ sagt Kleesiek.

Klassische Entscheidungsunterstützung im klinischen Alltag ist eine Aufgabe, die digitale Anwendungen heute längst zuverlässig übernehmen können. Noch mehr Potenzial misst der Essener Experte sogenannten agentischen Systemen bei. Anders als klassische KI-Anwendungen, die vor allem analysieren oder unterstützen, können KI-Agenten eigenständig handeln: Sie erstellen beispielsweise Arztbriefe, organisieren Untersuchungen oder stoßen Prozesse aktiv an. Angesichts zunehmender Dokumentationspflichten, immer komplexerer Behandlungsprozesse und eines zunehmenden Fachkräftemangels werden digitale Lösungen so zu einem zentralen Baustein, wenn es um die Sicherung der Versorgung geht. „Ohne digitale Unterstützung werden wir die steigenden Anforderungen in der Versorgung künftig nicht mehr bewältigen können“, so der KI-Experte.

KI sinnvoll nutzen: Was Ärztinnen und Ärzte brauchen

Damit KI ihr Potenzial entfalten kann, braucht es vor allem qualitativ hochwertige, strukturierte und interoperable Daten. Moderne Standards wie Fast Healthcare Interoperability Resources (HL7, FHIR, OMOP Common Data Model) oder Digital Imaging and Communications in Medicine (DICOM) ermöglichen es, medizinische Informationen – von strukturierten Patientendaten bis hin zu Bilddaten – so aufzubereiten, dass sie auch für Maschinen nutzbar sind. Zudem braucht es eine leistungsfähige technische Infrastruktur mit Rechenzentren und sicheren Datenräumen – eine Voraussetzung, die laut Kleesiek entscheidend dafür ist, KI-



PARADIGMENWECHSEL IN DER INNEREN MEDIZIN

132. KONGRESS DER DEUTSCHEN
GESELLSCHAFT FÜR INNERE MEDIZIN

DGIM Deutsche
Gesellschaft für
Innere Medizin

Modelle nicht nur anzuwenden, sondern auch selbst zu entwickeln und zu trainieren. Entscheidend bleibt jedoch der Mensch: „Wir brauchen Ärztinnen und Ärzte mit medizinischer Expertise, die die Potenziale der Technologie verstehen und sie sinnvoll in ihren Prozessen einsetzen“, so Kleesiek.

DGIM Futur: KI im klinischen Alltag – von der Vision zur Anwendung

Wie diese Entwicklungen konkret in der Praxis ankommen, zeigt der DGIM-Kongress im Forum DGIM Futur. Dort stehen konkrete Anwendungen im Vordergrund: von Large Language Models im Klinikalltag über KI-gestützte Diagnostik bei seltenen Erkrankungen und Triagierung in der Notaufnahme bis hin zu digitalen Ökosystemen, DiGA-Updates, virtueller Endoskopie, immersiver Lehre oder Spracherkennung in der Pflege. Live-Demonstrationen, Use-Cases und interaktive Formate machen sichtbar, wie digitale Werkzeuge bereits heute eingesetzt werden – und wo ihre Grenzen liegen.

„DGIM Futur veranschaulicht digitale Innovationen dort, wo sie letztlich wirken sollen: im klinischen Kontext“, sagt der Marburger Nephrologe Professor Dr. med. Ivica Grgic, der DGIM Futur verantwortet. „Wir zeigen hier ganz konkret, was heute schon funktioniert – und diskutieren gleichzeitig kritisch, wo Evidenz, Standards und klare Rahmenbedingungen noch fehlen.“

Zwischen Fortschritt und Verantwortung

Wie sich digitale Innovationen verantwortungsvoll in die Versorgung integrieren lassen, bleibt eine zentrale Herausforderung, der sich die DGIM und ihre Mitglieder aktiv stellen. Neben Datenqualität und Infrastruktur sind klare Rahmenbedingungen und eine fundierte Bewertung der Anwendungen erforderlich. „Der Fortschritt wartet nicht. Jetzt kommt es darauf an, die Chancen aktiv zu ergreifen und diese Entwicklung im Sinne der Patientinnen und Patienten zu gestalten“, ergänzt Professor Dr. Georg Ertl, Generalsekretär der DGIM, abschließend.

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.



PARADIGMENWECHSEL IN DER INNEREN MEDIZIN

132. KONGRESS DER DEUTSCHEN
GESELLSCHAFT FÜR INNERE MEDIZIN

DGIM Deutsche
Gesellschaft für
Innere Medizin

Kongress-Sitzungen zum Thema:

- [Paradigmenwechsel - Wie Wearables und mobile Sensorik die Medizin verändern](#)
- [Hilfe! Meine Patienten diagnostizieren sich selbst mit smarten Uhren und Ringen: wann muss ich wie reagieren - oder lieber gar nicht?!](#)
- [Digitalisierung und Künstliche Intelligenz in der nephrologischen Versorgung](#)
- [KI – Beiträge zu einer zukünftigen Systemmedizin in der Inneren Medizin](#)
- [Paradigmenwechsel Digital Health – Junge DGIM meets DGIM Futur](#)
- [Impulsvorträge & Panel Diskussion, Use it or Lose it -- Risiken von De- Skilling & Implikationen durch zu viel KI Assistenz?](#)
- [Accelerating Time-To-Knowledge _LLM LiSA_ Präsentation & interaktive Live-Demos, Use-Cases für Nutzung](#)
- [AI for Rare / DokPro](#)
- [DiGA-Update 2026: Was Sie jetzt wissen müssen \(u.a. DEKODE Konzept\)](#)
- [Cicero: Entwicklung eines Sprachgesteuerten Pflegeassistent-Cobots zur Entlastung von Pflegefachpersonen](#)
- [Vertrauenswürdige KI in der Patientenbehandlung](#)
- [Gastroenterologie 4.0: Wie KI und Digitalisierung die Praxis bereits verändern](#)
- [KI im ärztlichen Alltag – Überblick und Fallbeispiele](#)
- [KI-basierte Algorithmen bei genetisch bedingten Erkrankungen](#)
- [FemTech & KI: geschlechterspezifische Datenlücken schließen](#)
- [Digitale Therapieansätze mit Fokus Onkologie](#)



PARADIGMENWECHSEL IN DER INNEREN MEDIZIN

132. KONGRESS DER DEUTSCHEN
GESELLSCHAFT FÜR INNERE MEDIZIN

DGIM Deutsche
Gesellschaft für
Innere Medizin

PRESSEMITTEILUNG

Europa auf dem Internistenkongress 2026 Gemeinsame Antworten auf die Medizin von morgen

Wiesbaden, 18. April 2026 – Europa ist beim 132. Internistenkongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) nicht nur Thema, sondern gelebte Praxis: Vom 18. bis 21. April 2026 bringen internationale Fachgesellschaften, Referierende und Formate ihre Perspektiven direkt in das wissenschaftliche Programm in Wiesbaden ein. Als Gastorganisation ist dieses Jahr die European Federation of Internal Medicine (EFIM) beim Kongress vertreten.

Die EFIM vereint 48 Fachgesellschaften aus 45 Ländern mit über 70.000 Internistinnen und Internisten und feiert 2026 ihr 30-jähriges Bestehen. Die DGIM ist seit der Gründung Teil dieses Netzwerks. Gemeinsam mit weiteren europäischen Partnern wie der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM), der Österreichischen Gesellschaft für Innere Medizin (ÖGIM) und dem Royal College of Physicians London prägen internationale Beiträge zahlreiche Sitzungen des Kongresses.

Europäische Perspektiven in der klinischen Praxis

Die europäische Zusammenarbeit wird dabei vor allem inhaltlich sichtbar: Im Programm reichen die Themen von Transplantationsmedizin und neuen Technologien wie dem „Artificial Kidney“ über aktuelle Entwicklungen in der Adipositas- und Stoffwechselmedizin bis hin zu geriatrischen Versorgungskonzepten im internationalen Vergleich. Auch Infektiologie, geschlechtersensible Medizin, personalisierte Ernährungsansätze sowie digitale Anwendungen wie Telemedizin bei Herzinsuffizienz werden aus europäischer Perspektive diskutiert. Damit wird deutlich, wie unterschiedlich Gesundheitssysteme ähnliche medizinische Herausforderungen angehen – und welche Ansätze sich vergleichen lassen.

Weiterbildung und Versorgung im europäischen Vergleich

Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Frage, wie sich Ausbildung und Versorgung in Europa unterscheiden und weiterentwickeln. Themen wie Weiterbildungssysteme, klinische Entscheidungsfindung oder der Umgang mit komplexen Krankheitsverläufen werden gezielt im internationalen Kontext beleuchtet. „Der Blick über die Grenzen macht konkrete Unterschiede sichtbar – und eröffnet neue Perspektiven für die klinische Praxis“, sagt Professorin Dr. Dr. med. Dagmar Führer-Sakel, Kongresspräsidentin und DGIM-Vorsitzende 2025/2026.

Europäischer Austausch beginnt im Nachwuchs

Auch der internistische Nachwuchs ist Teil dieser Entwicklung. Mit dem European Case Contest der Jungen DGIM wird erstmals ein internationales Wettbewerbsformat auf dem Kongress umgesetzt. Junge Internistinnen und Internisten präsentieren komplexe Fallbeispiele aus verschiedenen Ländern und diskutieren diagnostische und therapeutische Strategien. Die Preisverleihung findet am 18. April 2026 in Anwesenheit des EFIM Executive Committee statt.

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.



MoaiC, Wandering Thoughts (Detail, 2020) | Sammlung Reinhard Ernst, Wiesbaden | © MoaiC

PARADIGMENWECHSEL IN DER INNEREN MEDIZIN

132. KONGRESS DER DEUTSCHEN
GESELLSCHAFT FÜR INNERE MEDIZIN

DGIM Deutsche
Gesellschaft für
Innere Medizin

English lectures

- [Künstliche Niere \(Artificial Kidney\)](#)
- [Europäische Perspektiven in der Transplantationsmedizin \(European Perspectives in Transplantation Medicine\)](#)
- [EFIM - Case Report Contest](#)
- [Endokrinologie und Diabetologie: von heute für morgen \(Endocrinology and Diabetology: From Today to Tomorrow\)](#)
- [Geriatric – ein Blick über die Grenzen mit der EAMA \(Geriatrics – Looking Across Borders with EAMA\)](#)
- [Training and professional support in the UK; the role of the Royal College of Physicians and opportunities for mutual learnings and collaboration](#)
- [Obesity – Insights, Unknowns and the Future - Die DGIM Plenarsitzung 2026](#)
- [Weiterbildung im europäischen Vergleich \(Medical Training in Europe\)](#)
- [**Paradigmenwechsel Onkologie – Wege zur personalisierten Medizin \(Paradigm Change in Oncology – Ways to Personalised Medicine\)**](#)
- [Endokrinologie fürs erste Arbeitsjahr \(Endocrinology for Beginners\)](#)
- [Was tun bei... \(What to Do If...\)](#)



PARADIGMENWECHSEL IN DER INNEREN MEDIZIN

132. KONGRESS DER DEUTSCHEN
GESELLSCHAFT FÜR INNERE MEDIZIN

DGIM Deutsche
Gesellschaft für
Innere Medizin

PRESSEMITTEILUNG

Hausärztliche Medizin auf dem Internistenkongress 2026 Wer steuert die Versorgung von morgen? Primärmedizin zwischen Anspruch und Realität

Wiesbaden, 18. April 2026 – Immer mehr Patientinnen und Patienten, immer komplexere Krankheitsbilder – und gleichzeitig knapper werdende Ressourcen: Wie kann unter diesen Bedingungen eine verlässliche medizinische Primärversorgung gelingen? Antworten darauf werden beim 132. Internistenkongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) vom 18. bis 21. April 2026 in Wiesbaden diskutiert. Ein besonderer Fokus ist die hausärztliche Versorgung durch Internistinnen und Internisten. Rund 17.800 von ihnen übernehmen schon heute eine wichtige Rolle in der Primärversorgung in Deutschland.

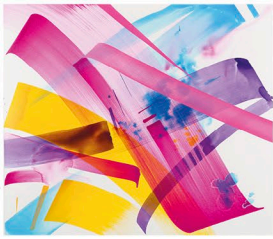
Zahlreiche Symposien zur hausärztlichen internistischen Medizin bei der DGIM 2026 sind nicht nur klinischen Fragestellungen, sondern auch grundlegenden systemischen Themen gewidmet: Wie kann ein Primärarztsystem in Deutschland künftig aussehen? Welche Aufgaben lassen sich sinnvoll delegieren? Und wie gelingt es, Versorgung effizient und patientenzentriert zu organisieren? Die von der **Arbeitsgruppe hausärztlicher Internistinnen und Internisten der DGIM** gestalteten Symposien machen auch deutlich, welche zentrale Rolle die hausärztliche Medizin im aktuellen Wandel der Inneren Medizin spielt.

Von Prävention bis Multimorbidität: Breite Themenvielfalt im Alltag der Praxis

Inhaltlich spiegeln die Sitzungen die gesamte Bandbreite hausärztlicher Tätigkeit wider. Diskutiert werden unter anderem Präventionsstrategien, etwa im Kontext chronischer Erkrankungen, aktuelle Entwicklungen in der Diabetologie sowie Herausforderungen in der Onkologie und Palliativmedizin. Auch häufige Beratungsanlässe aus der Praxis – von Long COVID über gastroenterologische Beschwerden bis hin zu dermatologischen Blickdiagnosen – werden praxisnah aufgegriffen. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der Frage, wie evidenzbasierte Leitlinien im hausärztlichen Alltag umgesetzt werden können – insbesondere dort, wo unterschiedliche Empfehlungen aufeinandertreffen oder individuelle Patientenfaktoren berücksichtigt werden müssen.

Neue Anforderungen: Digitalisierung, KI und interprofessionelle Zusammenarbeit

Der Kongress greift auch aktuelle Entwicklungen in der hausärztlichen Versorgung auf. Dazu zählen der Einsatz Künstlicher Intelligenz in der Praxis, rechtliche Aspekte datenbasierter Modelle sowie neue Formen der Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. Gleichzeitig wird diskutiert, wie hausärztliche Internistinnen und Internisten mit steigender Komplexität, Multimorbidität und begrenzten Ressourcen umgehen können. Welche Rolle kann interprofessionelle Zusammenarbeit und Delegation künftig spielen und wie können Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftler sowie weiteres Fachpersonal bestmöglich einbezogen werden?



PARADIGMENWECHSEL IN DER INNEREN MEDIZIN

132. KONGRESS DER DEUTSCHEN
GESELLSCHAFT FÜR INNERE MEDIZIN

Versorgung gestalten: Zwischen Anspruch und Realität

Hausärztliche Medizin ist weit mehr als die erste Anlaufstelle im System. Sie übernimmt eine koordinierende Rolle, verbindet Prävention, Diagnostik und Langzeitbetreuung und ist entscheidend für die Qualität der Versorgung. Gerade in der hausärztlichen Praxis wird sichtbar, wie sich der Paradigmenwechsel in der Inneren Medizin konkret auswirkt – hin zu einer stärker präventiven, vernetzten und patientenzentrierten Versorgung.

[Hier](#) finden Interessierte einen Überblick aller gestalteten Symposien zu hausärztlichen Themen.

Zu finden auch im [Kongressprogramm](#): Filter Themen „20: Hausärztliche Innere Medizin“.

Bei Abdruck Beleg erbeten.

STATEMENT

Paradigmenwechsel nötig: Alte Konzepte reichen nicht mehr - Innere Medizin als Motor der Zukunft

Professorin Dr. Dr. med. Dagmar Führer-Sakel

Vorsitzende der DGIM 2025/2026 und Präsidentin des 132. Internistenkongresses, Direktorin der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Stoffwechsel am Universitätsklinikum Essen

Ein Fach im Umbruch

Die Innere Medizin steht an einem Punkt, an dem sich grundlegende Fragen neu stellen. Wir erleben derzeit eine Dynamik, in der wissenschaftliche Erkenntnisse, technologische Entwicklungen und gesellschaftliche Veränderungen zusammenkommen – und die bisherigen Versorgungswege zunehmend an ihre Grenzen stoßen.

Genau hier setzt der 132. Internistenkongress der DGIM an. Unter dem Motto „Paradigmenwechsel in der Inneren Medizin“ wollen wir nicht nur beschreiben, was sich verändert – sondern vor allem diskutieren, wie wir diesen Wandel konkret gestalten können.

Der Kongress versteht sich dabei bewusst als Plattform: für den Austausch zwischen Wissenschaft und Versorgung, zwischen Klinik und Praxis und zwischen den verschiedenen internistischen Schwerpunkten. Denn gerade diese Verbindung ist entscheidend, wenn es darum geht, neue Erkenntnisse in die Versorgung zu bringen.

Innovation: Neue Antworten auf alte Volkskrankheiten

Was dieser Paradigmenwechsel konkret bedeutet, zeigt sich exemplarisch in vielen Bereichen unseres Fachs – besonders sichtbar etwa in der Endokrinologie und Diabetologie. Neue, gezielt wirkende Hormontherapien ermöglichen erstmals eine deutlich individuellere Behandlung und machen zugleich deutlich, dass wir uns stärker mit der Frage befassen müssen, für wen welche Therapie tatsächlich sinnvoll ist.

Ein gutes Beispiel für diesen Wandel ist auch der Umgang mit Adipositas – einer Volkskrankheit, die lange vor allem über das Körpergewicht definiert wurde und mittlerweile dank intensiver internistischer Forschung als komplexe, chronische Erkrankung entschlüsselt wurde. Genau an dieser Stelle zeigt sich, dass einfache Kategorien und klassische Versorgungsansätze oft nicht mehr ausreichen. Ganz bewusst haben wir Adipositas zum Thema unserer großen Plenarsitzung gemacht: Professor Stumvoll vom Exzellenzcluster Leipzig Center of Metabolism wird heute erklären, wie sich das Verständnis von Stoffwechselerkrankungen verändert, welche Konsequenzen sich daraus für Prävention und Therapie ergeben. Ebenso wird es heute darum gehen, wo die bisherigen Strukturen an ihre Grenzen stoßen, wie digitale Technologien neue Möglichkeiten eröffnen – und welche Voraussetzungen es braucht, damit sie auch tatsächlich im Alltag ankommen.

Verantwortung: Strukturen müssen Schritt halten

Mit diesen neuen Möglichkeiten wächst auch die Verantwortung. Denn Innovation allein verbessert noch keine Versorgung, wenn sie nicht sinnvoll in bestehende Strukturen integriert wird. Unsere Versorgungsstrukturen halten mit dieser Entwicklung oft nicht Schritt. Die klassische Trennung zwischen ambulant und stationär wird vielen Krankheitsverläufen nicht mehr gerecht. Wir müssen Versorgung stärker vom Patienten her denken und

sektorenübergreifend organisieren.

Ein wichtiger Aspekt ist dabei auch die Prävention, auf die wir bereits in der Vorab-Presskonferenz ausführlicher eingegangen sind.

Gleichzeitig stellt sich die Frage, wie wir neue Therapien verantwortungsvoll einsetzen – evidenzbasiert, zielgerichtet und mit Blick auf den tatsächlichen Nutzen für Patientinnen und Patienten.

Gemeinsam handeln: Interprofessionell und vernetzt

Ein zentraler Bestandteil dieses Wandels ist die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe. Medizin wird zunehmend im Team erbracht. Vor dem Hintergrund der geplanten Reform der Primärversorgung im Jahr 2026, die alle Gesundheitsberufe stärker einbeziehen soll, wird interprofessionelle Zusammenarbeit zu einem entscheidenden Erfolgsfaktor.

Dass Pflegekräfte in diesem Jahr erstmals kostenfrei am Internistenkongress teilnehmen können, ist für uns ein bewusstes Signal: Gute Versorgung entsteht nur gemeinsam.

Der Kongress zeigt diesen Wandel auch in seiner ganzen Breite: von innovativen Formaten wie DGIM Futur über neue Ansätze der interprofessionellen Zusammenarbeit bis hin zur gezielten Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses. Gerade diese Vielfalt macht deutlich, dass der Paradigmenwechsel die Innere Medizin insgesamt betrifft.

Gleichzeitig wird sichtbar, wie eng die Innere Medizin heute mit anderen Disziplinen vernetzt ist – von der Chirurgie über die Humangenetik bis hin zur Kinder- und Jugendmedizin.

Europa: Gemeinsam Lösungen entwickeln

Die Herausforderungen, vor denen wir stehen, sind keine nationalen Einzelfälle. Viele unserer europäischen Nachbarländer beschäftigen sich mit ganz ähnlichen Fragen – etwa bei der Organisation von Versorgung, der ärztlichen Weiterbildung oder dem Umgang mit Innovationen. Deshalb haben wir die europäische Perspektive bewusst als Schwerpunkt im Kongressprogramm verankert. Der Austausch mit unseren europäischen Kolleginnen und Kollegen hilft uns, eigene Strukturen kritisch zu hinterfragen und neue Lösungsansätze zu entwickeln.

Ein sichtbares Zeichen dafür ist die enge Zusammenarbeit mit der European Federation of Internal Medicine sowie mit Partnergesellschaften wie der Österreichischen Gesellschaft für Innere Medizin, der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin und dem Royal College of Physicians London. Auch internationale Formate und die Beteiligung zahlreicher europäischer Referierender unterstreichen diesen Austausch.

Orientierung im Wandel

Der Internistenkongress bringt diese Entwicklungen zusammen. Er macht sichtbar, dass es nicht um einzelne Innovationen geht, sondern um ein verändertes Verständnis von Medizin insgesamt – eine Medizin, die präventiver, individueller und vernetzter gedacht werden muss. Oder anders gesagt: Innovation braucht Verantwortung – und beides gelingt besser im Austausch, auch über Grenzen hinweg.

Der Paradigmenwechsel, über den wir sprechen, ist kein abstraktes Konzept. Er betrifft den klinischen Alltag ebenso wie die Strukturen unseres Gesundheitssystems. Der Kongress soll dazu beitragen, diesen Wandel greifbar zu machen – und ihn gemeinsam weiterzudenken.

Es gilt das gesprochene Wort!

Wiesbaden, April 2026

STATEMENT

Adipositas neu verstehen: Evolution, Gehirn und individuelle Stoffwechselprofile als Schlüssel

Univ.-Professor Dr. med. Michael Stumvoll

Diabetologe und Sprecher des Exzellenzclusters Leipzig Center of Metabolism, Universität Leipzig

Forschung am Leipzig Center of Metabolism

An der Universität und dem Universitätsklinikum Leipzig wird seit 2026 das Exzellenzcluster „Leipzig Center of Metabolism“ durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) gefördert. Die Forschung reicht von der Evolution moderner Menschen über Energiestoffwechsel und Adipositas bis zur metabolischen Entzündung und Individualisierung der Therapie bestimmter Erkrankungen.

Adipositas: häufig – aber individuell sehr unterschiedlich

Adipositas ist eine chronisch fortschreitende, multifaktorielle Erkrankung mit erheblichen gesundheitlichen Folgen. Sie erhöht das Risiko für Typ-2-Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfall, Schlafapnoe, Depressionen sowie bestimmte Krebserkrankungen. Gleichzeitig zeigt sich eine ausgeprägte interindividuelle Variabilität: Krankheitsverläufe, Komplikationen und Therapieansprechen unterscheiden sich erheblich, sodass verlässliche individuelle Prognosen bislang nur eingeschränkt möglich sind. [3]

Evolution als Schlüssel zum Verständnis des Stoffwechsels

Ein zentraler Schlüssel zum Verständnis dieser Unterschiede liegt in der Evolution des Menschen. Das Gehirn ist eines der auffälligsten Ergebnisse dieser Entwicklung – und zugleich ein energetisch besonders anspruchsvolles Organ. Bereits archaische Menschen wie Neandertaler und Denisovaner verfügten über große Gehirne und standen damit vor der Herausforderung, deren Energieversorgung sicherzustellen. Genetische Varianten aus dieser Zeit beeinflussen bis heute Stoffwechsel, Immunsystem und Anpassungsprozesse des Menschen. [1]

Wie das Gehirn Essverhalten steuert

Das moderne Gehirn verbraucht etwa ein Viertel des Grundumsatzes und steuert die Nahrungsaufnahme über zwei eng miteinander verknüpfte Systeme: ein homöostatisches System zur Sicherstellung der Energieversorgung sowie ein hedonisches System, das Belohnung und Genuss vermittelt. Letzteres kann dazu führen, dass Nahrung unabhängig vom tatsächlichen Energiebedarf aufgenommen wird. Dieses Zusammenspiel trägt wesentlich zur Entstehung und Persistenz von Adipositas bei. [2]

Alte Mechanismen in einer neuen Umwelt

Während die Entwicklung des energieintensiven Gehirns evolutionsgeschichtlich vergleichsweise jung ist, reicht die Fähigkeit zur Energiespeicherung in Fettgewebe hunderte Millionen Jahre zurück. In einer Umwelt mit dauerhaftem Kalorienüberschuss treffen diese ursprünglich sinnvollen Mechanismen auf Bedingungen, für die sie nicht ausgelegt sind. Neuroendokrine, genetische, verhaltensbezogene und soziokulturelle Faktoren greifen ineinander und führen zu einer komplexen Fehlregulation des Energiestoffwechsels. [3]

Warum der BMI nicht ausreicht

Diese Komplexität zeigt sich besonders deutlich in der begrenzten Aussagekraft einfacher Kenngrößen wie des Body-Mass-Index. Ein BMI über 30 definiert zwar Adipositas, bildet jedoch weder Körperzusammensetzung noch Fettverteilung ab. Entscheidend für das individuelle Risiko ist jedoch, ob Fett subkutan, viszeral oder in Organen wie der Leber gespeichert wird. [4]

Wenn Fett am falschen Ort gespeichert wird

Ein eindrückliches Beispiel hierfür sind Lipodystrophien – seltene genetische Erkrankungen, bei denen subkutanes Fettgewebe fehlt. Die Betroffenen haben oft einen normalen BMI, entwickeln jedoch schwerste metabolische Komplikationen, da Fett in Organen gespeichert wird. Solche Krankheitsbilder verdeutlichen, dass die reine Quantität von Fett nicht ausreicht, um das Risiko zu beurteilen. [4] In Leipzig arbeiten wir daran, neben dem bereits zugelassenen Metreleptin neue hormonelle Therapieansätze für Lipodystrophien zu entwickeln. Ein Beispiel ist NRG4, ein vom braunen Fettgewebe freigesetzter Botenstoff, der bei betroffenen Patientinnen und Patienten deutlich vermindert ist. In experimentellen Modellen konnte NRG4 zwar die Genexpression im Fettgewebe beeinflussen, führte jedoch bislang nicht zu einer relevanten Verbesserung zentraler Stoffwechselfparameter oder der Fettleber. [5]

Geschlechtsspezifische Unterschiede

Auch geschlechtsspezifische Unterschiede spielen eine wichtige Rolle: Männer sind häufiger übergewichtig und lagern Fett eher viszeral ein, was mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko verbunden ist. Frauen entwickeln häufiger schwere Adipositasformen und sind stärker von bestimmten Folgeerkrankungen wie Depression betroffen. Hormonelle Faktoren, Schwangerschaften und die Menopause beeinflussen zusätzlich das individuelle Risiko und erschweren die Prognose. [6]

Fettverteilung und Organstoffwechsel im Fokus

Zur genaueren Erfassung der Fettverteilung werden zunehmend differenziertere Messverfahren eingesetzt. Anthropometrische Maße wie der Taillen-Hüft-Quotient liefern erste Hinweise, erfassen jedoch keine intraorganischen Fettdepots. Insbesondere die Leber spielt eine zentrale Rolle, da sie auf Kalorienüberschuss mit Insulinresistenz, veränderter Glukoseproduktion und einem ungünstigen hepatokininischen Profil reagiert und zugleich eng mit Stoffwechselprozessen im Darm verknüpft ist. Bildgebende Verfahren wie Elastografie oder MRT ermöglichen hier eine deutlich präzisere Analyse, bleiben jedoch aufwendig und in der Breite nur begrenzt verfügbar.

Auf dem Weg zur individualisierten Therapie

Vor diesem Hintergrund wird deutlich: Adipositas ist keine einheitliche Erkrankung, sondern ein Spektrum unterschiedlicher biologischer Zustände. Die Herausforderung besteht darin, diese Unterschiede besser zu verstehen und für die klinische Praxis nutzbar zu machen.

Präzisionsmedizin: Anspruch und Realität

Gleichzeitig sind wir von einer echten Präzisionsmedizin in der Stoffwechselmedizin noch ein gutes Stück entfernt. Während in anderen Disziplinen bereits molekular basierte Therapiealgorithmen etabliert sind, lassen sich individuelle Risiken und Therapieansprechen bei Adipositas bislang nur unzureichend vorhersagen. Auch komplexere Modelle wie der metabolische BMI [7], die eine Vielzahl von Stoffwechselfparametern einbeziehen, verbessern

zwar die Risikobeschreibung, erlauben jedoch noch keine verlässliche individualisierte Therapieentscheidung.

Neue Ansätze für eine differenzierte Behandlung

Zahlreiche Forschungsansätze weisen jedoch in diese Richtung: Dazu zählen Strategien zur gezielten Beeinflussung metabolischer Entzündungsprozesse, der Einsatz ausgewählter Prä- und Probiotika, hormonbasierte Therapien etwa bei Lipodystrophien sowie differenzierte Ansätze, die geschlechtsspezifische Unterschiede berücksichtigen.

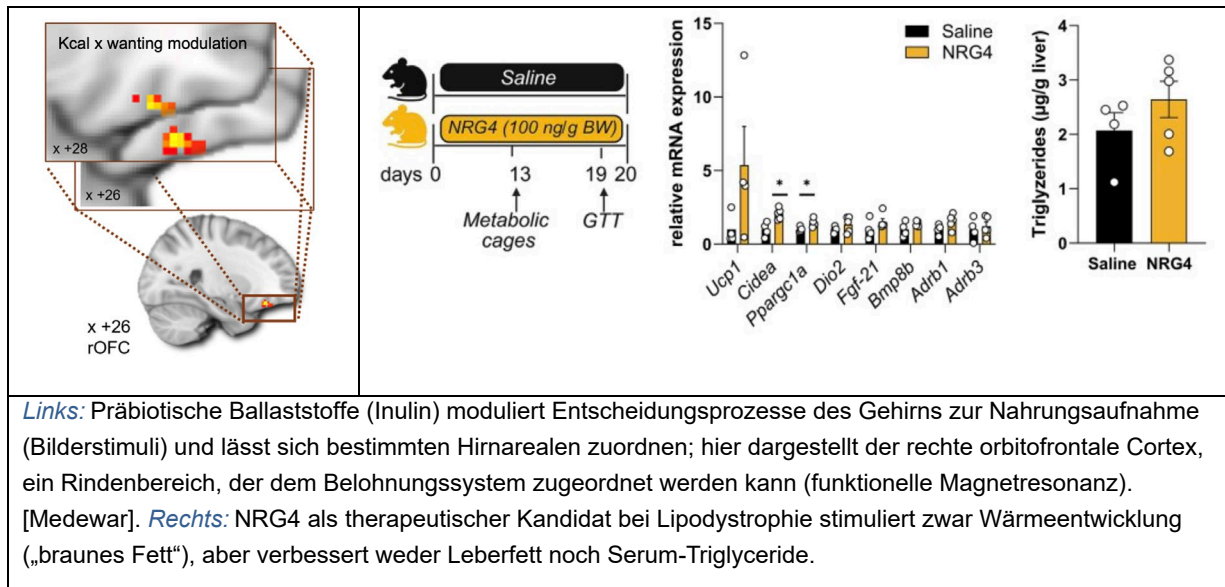
Fazit: Adipositas neu denken

Die aktuellen Erkenntnisse zeigen: Adipositas muss neu gedacht werden – nicht als rein quantitative Störung, sondern als komplexes Zusammenspiel von Evolution, Gehirn, Stoffwechsel und Umwelt. Daraus ergeben sich neue Perspektiven für eine schrittweise präzisere und individuellere Medizin.

Es gilt das gesprochene Wort!

Wiesbaden, April 2026

Bilder:



Literatur:

- [1] Zeberg H, Jakobssen M, Pääbo S. Cell 2024; 187(5): 1047-1058
- [2] Schlögl H ... Stumvoll M. Lancet D&E 2016; 4(8): 695
- [3] Blüher M. Nat Rev Endocrinol 2019; 15: 288-298
- [4] Medawar E et al. Gut. 2024; 73:298-310
- [5] Wagner L et al. Endocrinology 2025; 166(9):bqaf112
- [6] Müller MJ, Bosy-Westphal A. Deutsches Ärzteblatt International. 2024; 121(5):73–80
- [7] Chakaroun RM, Pradhan M ... Stumvoll M ... Bäckhed F. Nat Med. 2026; 32:113-125

STATEMENT

Sind die Sektoren im deutschen Gesundheitssystem Geschichte?

Professor Dr. med. Georg Ertl

Generalsekretär der DGIM, Internist und Kardiologe aus Würzburg

Seit Einführung einer gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 1883 stehen Versicherten freie ärztliche Behandlung und Arzneimittel zu. Die Finanzierung erfolgt solidarisch, weitgehend über Krankenkassen durch Beiträge der Unternehmen und Beschäftigten. In einem gesetzlich abgesteckten Rahmen organisieren die Beteiligten die Gesundheitsversorgung selbst (Selbstverwaltungsprinzip).

Im Jahr 1955 stimmten der Bundestag und der Bundesrat einem stark durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und die 1948 gegründete „Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Landesstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen“, Vorläuferin der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), geprägten Kassenarztrecht zu. Die ambulante ärztliche Behandlung sollte vollständig den niedergelassenen Ärzten übertragen werden, Krankenhausambulanzen sollten nicht zugelassen werden, die Beteiligung von leitenden Krankenhausärzten an der ambulanten Versorgung sollten die KV entscheiden. Mit der Trennung von ambulantem und stationärem Bereich gab das Kassenarztrecht Sektoren vor, die sich bis heute erhalten haben.

Sind diese für andere Länder willkürlich erscheinenden Strukturen noch zeitgemäß? Unser Gesundheitssystem hat sich bis heute nicht zuletzt durch den freien Arztberuf als äußerst leistungsfähig erwiesen und hat in vieler Hinsicht Vorteile gegenüber staatlichen oder rein marktwirtschaftlichen Gesundheitssystemen. Allerdings sehen wir jetzt eine zunehmende Überlastung des Systems, die multifaktoriell bedingt ist und sich in Zweifeln an der weiteren Finanzierung, einer flächendeckenden Versorgung und zumindest gleichbleibender Qualität niederschlägt. Ineffiziente Versorgungsprozesse sind allerdings nur eine Ursache unter anderen wie die zunehmende Alterung unserer Gesellschaft (doppelter demografischer Wandel auf ärztlicher und Patientenseite), ungenügende Primärprävention und Gesundheitskompetenz, Überversorgung aus ungenügender Krankheitskompetenz und kommerziellen Anreizen, Reduktion von Arbeitszeit und Bevorzugung des Angestelltenverhältnisses im ärztlichen Bereich. Und, Deutschland gehört zu den Spitzenreitern in Europa, was Arztbesuche betrifft. [1] In Deutschland finden in ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen 600 Millionen Behandlungen im Jahr statt, 18 Millionen Fälle/Jahr werden in Kliniken behandelt. [2]

Insbesondere auf dem Land gestaltet sich die hausärztliche und fachärztliche Versorgung vielerorts heute schon schwierig und droht kritisch zu werden. Insofern stellt sich die Frage, ob im Rahmen der Krankenhausreform nicht kleinere Kliniken, die nach der Leistungsgruppensystematik bestimmte medizinische Leistungen nicht mehr erbringen können, diese durch ambulante Versorgung ausgleichen und damit die ärztliche Versorgung sicherstellen können. Im Gegensatz zu den westlichen Besatzungszonen wurden in der späteren DDR Polikliniken für die ambulante Versorgung eingerichtet, die nach der Wende weitgehend aufgelöst wurden. Eine Wiederbelebung der Polikliniken findet heute in den Medizinischen Versorgungseinrichtungen (MVZ) statt.

Angesichts unserer Historie und den guten Erfahrungen, die wir mit unseren Hausärzten und in der Praxis niedergelassenen Fachärzten gemacht haben, sollte dieser Sektor primär

erhalten, aber durchlässiger werden. Je nach regionalem Bedarf und Kapazitäten sollten kleine Krankenhäuser als Praxiskliniken mit einem begrenzten stationären, aber breiten ambulanten hausärztlichen und fachärztlichen Angebot die an Beliebtheit verlierenden Einzelpraxen ergänzen. Dies käme dem Bedarf vieler junger Ärztinnen und Ärzte nach interdisziplinärem kollegialem Arbeiten und unserer zunehmend multimorbiden internistischen Patientinnen und Patienten nach interdisziplinärer Versorgung entgegen.

Das generelle Problem der Überlastung unseres Gesundheitssystems können solche Modelle nicht lösen, hier muss ein Umdenken in unserer Gesellschaft stattfinden. Was ist Gesundheit, was ist Krankheit? Was ist der objektive Bedarf nach ärztlicher Versorgung, was ist ein Bedürfnis? Wie kann ich Krankheiten überhaupt durch Prävention vermeiden oder bei unkritischen Störungen den Arztbesuch durch eigene Gesundheitskompetenz vermeiden? Wie kann ich erkennen, dass meine Beschwerden unkritisch sind? Die DGIM engagiert sich intensiv für diese Fragen und deren Lösungen, die mehr Arztzeit für den objektiven Bedarf unserer Patientinnen und Patienten zur Verfügung stellen sollen, zum Beispiel durch Delegation oder Zuhilfenahme künstlicher Intelligenz. Dies sollten auch die anstehenden Reformen einschließlich der Digitalisierung in unserem Gesundheitssystem berücksichtigen.

Es gilt das gesprochene Wort!
Wiesbaden, April 2026

Literatur

1. Nguyễn, Văn Kính et al. Trends in outpatient healthcare visits among adults aged 50 years and older in 27 European countries: analysis of population-based survey data, 2004–2022. *The Lancet Regional Health – Europe*, Volume 57, 101407
2. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Faktenblatt: Leistungen und Kosten der ambulanten Gesundheitsversorgung. Stand: 11.03.2025, https://www.kbv.de/media/sp/kbv_faktenblatt_ambulante_versorgung.pdf

STATEMENT

Digitale Transformation in der Medizin: The Future is Now

Professor Dr. med. Dr. rer. nat. Jens Kleesiek

Direktor des Instituts für Künstliche Intelligenz in der Medizin, Universitätsklinikum Essen und Universität Duisburg-Essen

Die Älteren unter uns kennen den Film: *Zurück in die Zukunft*. Der exzentrische Wissenschaftler Doc Brown hat aus einem Auto eine Zeitmaschine gebaut – und als er auf die Herausforderung aufmerksam gemacht wird, dass für den Einsatz des Wagens gut ausgebaute Straßen notwendig sind, entgegnet er: „Straßen? Wo wir hinfahren, brauchen wir keine Straßen!“

Man könnte meinen, auch Dr. William B. Schwartz hatte einen Blick in die Zukunft geworfen, als er 1970 seinen Artikel „Medicine and the Computer“ im *New England Journal of Medicine* veröffentlichte [1]. Er fragte: „Was bedeutet eine digitale Datenbank medizinischer Daten für Ärzte, Patienten, Krankenhausbetreiber, Versicherer? Wer haftet? Wie muss sich die Ausbildung verändern?“ Als zentrales Beispiel beschrieb er den Dialog zwischen einem Arzt und dem Computer – gemeinsam beraten sie zum Patienten. Was damals als Utopie galt, ist heute Realität. *The future is now.*

In den USA gibt es bereits speziell auf das Gesundheitswesen zugeschnittene KI-Systeme, etwa HIPAA-konforme Varianten von ChatGPT oder Claude for Healthcare. Aber es geht längst darüber hinaus. Wir sprechen von agentischen Systemen – persönlichen Assistenten, die nicht nur zuhören, sondern handeln: Sie schreiben den Arztbrief, melden den Patienten zum CT an. Allein im deutschsprachigen Raum gibt es in diesem Bereich bereits mehr als 100 Start-ups. Und das ist kein Zufall. Denn in manchen Branchen entkoppelt sich das Wirtschaftswachstum bereits von der Beschäftigung – wie ein FAZ-Artikel vom 27. Februar 2026 berichtete. Das wird auch im Gesundheitswesen kommen müssen, wenn wir die Versorgung bezahlbar halten wollen. Wir haben mehr Prozesse, mehr Dokumentationspflichten, mehr bürokratische Hürden – und gleichzeitig einen gravierenden Fachkräftemangel. Ohne digitale Unterstützung werden wir das schlicht nicht stemmen.

Was braucht es, um digitale Werkzeuge sinnvoll einzusetzen? Zunächst interoperable Daten. Nicht nur der Mensch muss wissen, welche Daten vorliegen und wie sie zu interpretieren sind – auch die Maschine. Hierfür gibt es im Gesundheitswesen klare Standards: FHIR und DICOM. Am Universitätsklinikum Essen liegen alle Patientendaten in diesen Formaten vor – mehr als zwei Milliarden Datenpunkte. Am Institut für KI in der Medizin, am IKIM, entwickeln wir darauf aufbauend Methoden für unsere ärztlichen und pflegerischen Kolleginnen und Kollegen, aber vor allem auch für Patienten.

Neben der Datenverfügbarkeit braucht es Rechenleistung. Unser Rechenzentrum verfügt über modernste Hardware, die es uns ermöglicht, KI-Modelle nicht nur anzuwenden, sondern auch zu trainieren – mit einer Software, wie sie auch in den Rechenzentren von AWS, Google und Microsoft eingesetzt wird. Der entscheidende Unterschied: Die Daten verlassen unser Haus nicht.

Der dritte Baustein sind die Menschen. Vom talentierten KI-Forscher über engagiertes medizinisches Personal bis hin zu einem Vorstand, der Digitalisierung zur Chefsache gemacht hat. Kurzum: Es braucht ein Ökosystem aus Menschen, Daten und Maschinen.

Mit einem solchen Ökosystem lassen sich dann digitale Werkzeuge wirklich wirkungsvoll einsetzen. Das reicht von unserer Diktiersoftware MeDict, die die Dokumentation erleichtert, über die Erfassung von Kennzahlen wie der Schnitt-Naht-Zeit im OP und medizinischen Verläufen [2] bis hin zu agentischen Sprachmodellen [3] wie „EMR Guard“ – einem System zur Qualitätssicherung, das in Echtzeit prüft, ob eine vom Patienten berichtete Allergie auch strukturiert in der Krankenakte hinterlegt ist. Inzwischen haben wir mehr als 80 Softwareprodukte für Forschung und Versorgung entwickelt.

Dabei schauen wir nicht nur zurück oder begleiten laufende Prozesse in Echtzeit. Vorhersagealgorithmen [4] helfen uns etwa einzuschätzen, wie viele Blutprodukte in den kommenden Tagen benötigt werden [5] – oder wie ein Patient auf eine Chemotherapie ansprechen wird. Diese personalisierte Medizin wird durch Echtweltdaten möglich. Mit erklärbarer KI können wir außerdem den Einfluss einzelner diagnostischer Maßnahmen und Therapien auf das individuelle Patientenrisiko sichtbar machen [6]. Gerade erweitern wir diese Methoden, um individuelle Krankheitsverläufe vorherzusagen – und dann die entscheidende Frage zu stellen: Was wäre wenn? Was wäre, wenn wir Therapie A statt Therapie B gäben?

The future is now. Für viele klingt das nach Science-Fiction. Auch Herrn Schwartz' Aufsatz wurde seinerzeit als Zukunftsträumerei abgetan. Doch der Fortschritt wartet nicht. Embrace the opportunities – lassen Sie uns die Chancen gemeinsam ergreifen und diese außergewöhnliche Zeit aktiv mitgestalten. Zum Wohle unserer Patienten.

Es gilt das gesprochene Wort!
Wiesbaden, April 2026

Publikationen (Auswahl):

- [1] Schwartz, 1970 NEJM, <https://doi.org/10.1056/NEJM197012032832305>
- [2] Brehmer et al., JMIR, <https://www.jmir.org/2024/1/e55148>
- [3] Lee et al., 2024 Nat. Cancer, <https://www.nature.com/articles/s43018-024-00861-7>
- [4] Engelke et al., 2025, <https://doi.org/10.1093/jamia/ocaf165>
- [5] Engelke et al., 2023 Blood, <https://doi.org/10.1182/blood.2023021172>
- [6] Keyl et al., 2025 Nat. Cancer, <https://doi.org/10.1038/s43018-024-00891-1>

Weitere: <https://scholar.google.com/citations?hl=de&user=Vly6hRQAAAAJ>

STATEMENT

Lernen von den europäischen Nachbarn: wie die Junge DGIM sich moderne Medizin vorstellt

Dr. med. Irmengard Meyer

*Sprecherin der JUNGEN DGIM und Assistenzärztin Innere Medizin, St. Bernward
Krankenhaus Hildesheim*

Die medizinische Versorgung in Deutschland steht vor tiefgreifenden strukturellen Veränderungen. Aktuelle Zahlen der Bundesärztekammer zeigen, dass bereits mehr als 15 Prozent aller berufstätigen Ärztinnen und Ärzte eine ausländische Staatsangehörigkeit besitzen – der größte Anteil stammt aus europäischen Ländern, Syrien und der Türkei. Gleichzeitig sind 23 Prozent der Kolleginnen und Kollegen über 60 Jahre alt und werden in den kommenden Jahren aus dem aktiven Berufsleben ausscheiden. Diese Entwicklungen verdeutlichen, dass der Alltag der Weiterbildung bereits jetzt europäisch geprägt ist. Nur durch eine vielfältige und bestmögliche Weiterbildung können Versorgung, Qualität und Attraktivität des Arztberufs langfristig gesichert werden.

Ein Blick über die eigenen Grenzen zeigt, wie zukunftsorientierte Weiterbildung priorisiert werden kann. Länder wie die Schweiz und die Niederlande haben strukturierte Rotationsmodelle zwischen stationärem und ambulantem Sektor in die Weiterbildung integriert. Landesweit sind die Vorgaben der Weiterbildung vergleichbar. Elemente des Weiterbildungscurriculums wie regelmäßige Feedbackgespräche in beide Richtungen der Verantwortungsstrukturen und eine offene Fehlerkultur sind uns im Austausch dort aufgefallen. Auch die digitale Transformation zeigt sich in einigen europäischen Ländern weiter vorangeschritten und besser in die täglichen Arbeitsstrukturen integriert. Neben Aspekten wie der Behebung von Schnittstellenproblematiken, der Einführung von Telematik-Infrastrukturen und der Etablierung von flächendeckender Telemedizin ist auch der gezielte Einsatz von künstlicher Intelligenz für das ärztliche Handeln vom Eintreffen des Patienten über die Diagnostik und Therapieführung für die Zukunft essenziell und ermöglicht nach sinnvoller Implementierung die Schaffung von Ressourcen – ohne den klinischen Blick oder die ärztliche Verantwortung zu ersetzen.

Die Junge DGIM sieht im europäischen Austausch eine große Chance, voneinander zu lernen und bewährte Konzepte gemeinsam weiterzuentwickeln. Internistische Fachgesellschaften arbeiten bereits erfolgreich an europäischen Leitlinien und diskutieren Modelle eines europäischen Examens, etwa in der Inneren Medizin. Doch nach wie vor sind Ausbildungsinhalte in Europa sehr unterschiedlich – vom Curriculum bis zur Finanzierung eines Weiterbildungsplatzes für Innere Medizin. Daher ist eine Abstimmung der Weiterbildungsinhalte innerhalb Deutschlands zwischen den einzelnen Bundesländern und auch zwischen den europäischen Ländern sinnvoll.

Unsere Patientinnen und Patienten profitieren direkt von diesem Austausch: Ärztinnen und Ärzte mit internationalen Erfahrungen bringen kulturelle Kompetenz, neue Perspektiven und ergänzende Behandlungsansätze mit. Als junge Europäerinnen und Europäer sind wir davon überzeugt, dass Vernetzung und Austausch – mit Optionen der Vernetzung von Studienbeginn bis Facharztausbildung – zu mehr Zufriedenheit und langfristig besserer Versorgung führen werden.

Eine erfolgreich umgesetzte Weiterbildung darf nicht nur vom Engagement einzelner Weiterbildender in der Klinik oder Praxis abhängen, sondern muss strukturell verankert und als

Teil der Sicherung einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung verstanden und dementsprechend gefördert werden.

Mit internationaler Vernetzung auf wissenschaftlicher, klinischer und persönlicher Ebene, digitaler Offenheit mit Austausch von Expertise und dem gemeinsamen Ziel der bestmöglichen Patientenversorgung kann die Zukunft der Inneren Medizin in Deutschland und Europa nachhaltig gestaltet werden.

Es gilt das gesprochene Wort!

Wiesbaden, April 2026

Literatur

Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2024,
<https://www.bundesaerztekammer.de/baek/ueber-uns/aerztestatistik/2024>,
abgerufen am 02.02.2026

Was jungen Medizinerinnen und Medizinern wichtig ist,
<https://www.aerzteblatt.de/archiv/pdf/95c04962-e22d-4e7c-beae-01b64f0f8d10>,
abgerufen am 11.02.2026

Innere Medizin

<https://doi.org/10.1007/s00108-026-02092-7>

Received: 12 February 2026

Accepted: 12 February 2026

© The Author(s), under exclusive licence to Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2026

Redaktion

Dagmar Führer-Sakel, Essen



The European Federation of Internal Medicine (EFIM) at DGIM 2026: Present and future directions of internal medicine in Europe

George Dalekos^{1,2,3,4} · Ricardo Gomez Huelgas^{1,5} · Fredrik von Wowern^{1,6}

¹ European Federation of Internal Medicine, Zaventem, Belgium; ² Hellenic Society of Internal Medicine, Athens, Greece; ³ Department of Medicine and Research Laboratory of Internal Medicine, National Expertise Center of Greece in Autoimmune Liver Diseases, General University Hospital of Larissa, Larissa, Greece; ⁴ European Reference Network on Hepatological Diseases (ERN RARE-LIVER), Larissa, Greece; ⁵ Hospital Regional Universitario de Málaga, Universidad de Málaga, Málaga, Spain; ⁶ Department of Endocrinology, Nephrology and Rheumatology, Skane University Hospital, Malmö, Sweden

Abstract

The European Federation of Internal Medicine (EFIM) was founded in 1996 by merging the Association Européenne de Médecine Interne and the Forum of Presidents of National Internal Medicine Societies in Europe, creating a unified platform for continental collaboration among national societies. Today, EFIM represents 48 societies from 45 countries—over 70,000 internists—making it one of Europe's largest medical federations. Its mission is to promote internal medicine scientifically, ethically, and professionally, centered on education, research, and advancement through research publication, congresses, internist communication, and health expertise. This article examines the present and future of internal medicine in light of EFIM's new policy, "Internal Medicine in the 21st Century: Back to the Future." It offers a critical appraisal of current challenges alongside strengths and opportunities. Internal medicine represents a cornerstone of future hospitals and healthcare systems rather than a residual specialty. Strengthening and standardizing training and granting internists formal leadership in care coordination and education will ensure sustainable, person-centered healthcare.

Keywords

Specialization · Training · Professional education · Holistic health · Patient-centered care

In this article

- **History and current status of EFIM**
Young internists
- **Aims and mission**
- **EFIM policy paper on internal medicine in the 21st century**
Origin and concept of internal medicine • Holistic value in the new era • Internal medicine vs. hyperspecialization • Role in the hospital of the future • Global training models and need for standardization • Key conclusions • EFIM initiatives, congresses, and training focused on young internists • Annual congress: ECIM • Summer and winter schools • EFIM Academy • Exchange program • Journals: knowledge and scholarship • EFIM working groups, subcommittees, and young internists • EFIM and DGIM in 2026: shaping the future of internal medicine
- **Practical conclusion**



Scan QR code & read article online

History and current status of EFIM

The European Federation of Internal Medicine (EFIM) was established in 1996 through the merger of two organizations—the Association Européenne de Médecine Interne (AEMI) and the Forum of Presidents of National Internal Medicine Societies in Europe. This union marked a pivotal moment in European internal medicine, creating a unified platform where national societies could collaborate at a continental level [1].

Today, EFIM represents 48 national societies from 45 member countries and includes over 70,000 internists from across Europe and beyond, making it one of the largest specialist medical federations in Europe.

Young internists

A vital part of EFIM's community is its cohort of young internists, supported by structures such as the EFIM Young Internists Section and the Early Career Subcommittee. These groups provide early-



Fig. 1 ▲ Logo of the European Federation of Internal Medicine (EFIM)

career physicians with opportunities to engage internationally, share knowledge, and contribute to the future of internal medicine. While formal age limits vary, many activities—including dedicated congress registration categories—are designed specifically for professionals at the start of their careers.

Aims and mission

From its inception, EFIM has been committed to the following core objectives outlined in its statutes (■ Fig. 1):

- Promote internal medicine on scientific, ethical, and professional grounds
- Publish research and policy resolutions
- Organize high-level congresses and academic meetings
- Foster communication among European internists
- Provide expertise to public and private health organizations

The central mission of EFIM is to reaffirm the importance of internal medicine in delivering high-quality, integrated patient care, particularly in a world shaped by increasing medical subspecialization and the emergence of “super” subspecialists. Education, research, and the advancement of internal medicine remain the core pillars of EFIM’s vision. Over the years, EFIM has developed a rich portfolio of initiatives and events that have become cornerstones of the European internal medicine community. The federation continues to strengthen collaborative networks, raise the visibility of internal medicine, and amplify the voice of internists across Europe and worldwide.

EFIM policy paper on internal medicine in the 21st century

At the end of 2024, EFIM published a new policy paper entitled “Internal Medicine in

the 21st Century: Back to the Future,” providing a critical appraisal of current challenges and including a SWOT (strengths, weaknesses, opportunities, threats) analysis [2, 3]. The policy paper highlights that current healthcare systems face converging demographic (ageing), epidemiologic (rise of non-communicable diseases and multimorbidity), technological, and economic pressures, all of which threaten sustainability and equity [3]. It also emphasizes that current specialist-dominated models often generate fragmented, low-value care that can be unsafe for patients and inefficient for healthcare systems. The SWOT analysis identifies as strengths of internal medicine its holistic vision and versatility in managing complex, multimorbid patients as a whole, rather than addressing the individual diseases in isolation. Weaknesses include heterogeneous professional identity and training, low visibility and prestige among the public and policy-makers, and high workload with risk of burnout. Opportunities lie in leading chronicity and multimorbidity care, improving financial sustainability by reducing low-value and fragmented care, and maintaining a central role in medical education. Finally, threats include the loss of professionals to subspecialties, subspecialization without robust generalist training, burnout, and declining attractiveness of the field [3].

Looking ahead, the paper identifies several key factors that may serve as a strategic compass for the future development of internal medicine in Europe.

Origin and concept of internal medicine

- Internal medicine emerged in the late 19th century as the first science-based clinical specialty, integrating basic science, clinical practice, research, and education.
- It introduced a patient-centered ethos, epitomized by Osler’s idea that great physicians treat the person who has the disease, not just the disease itself.

Holistic value in the new era

- Internal medicine is defined as a holistic, generalist specialty, historically at

the frontline of major health crises such as AIDS and COVID-19.

- For patients with multimorbidity, internists can counteract guideline “silos,” fragmentation, and poly-medication by leading multidisciplinary teams and coordinating comprehensive care.

Internal medicine vs. hyperspecialization

- Medical knowledge is expanding rapidly, and while hyper-specialists will continue to proliferate, there is an increasing need for generalists capable of integrating and adapting knowledge.
- In the AI era, internists and subspecialists are envisioned to work in symbiosis, returning to individualized, person-centered, team-based care.

Role in the hospital of the future

- Future hospitals must be redesigned around older patients with multimorbidity, shifting some care from high-tech acute hospitals to intermediate, long-term, and home care.
- Internists should form the coordinating core of hospital medicine, managing most admissions with generalist teams and involving subspecialists as consultants or procedural experts.

Global training models and need for standardization

- Internal medicine training length, scope, and subspecialization access vary widely between regions (2–5+ years, hospital vs. mixed practice).
- Experts advocate for a minimum of 3–4 years of internal medicine training before subspecialty training, with defined competencies in multimorbidity, acute care, transitions of care, and leadership.

Key conclusions

- Internal medicine is positioned as a cornerstone of future hospitals and healthcare systems, not as a residual specialty.

As a DGIM delegate to EFIM since 2002, I have had the unique chance to become part of European internal medicine, to find many good friends in this community, and to recognize that, although there is a big variety and different special situations in internal medicine across countries, we have one common goal: internal medicine is the cornerstone of medicine, and we are united in fighting for it together!

Prof. Dr. med. Petra Maria Schumm-Draeger



Fig. 2 ▲ Statement from German EFIM representative Prof. Dr. med. Petra Maria Schumm-Draeger. Reprinted with permission

“From personal and professional exchange to scientific projects and political engagement – EFIM unites internal medicine in Europe. Because diseases know no borders.”

Dr. med. Alexis Müller-Marbach



Fig. 3 ▲ Statement from German EFIM representative Dr. med. Alexis Müller-Marbach. Reprinted with permission

“Our involvement with the EFIM Young Internists combines professional growth with personal enrichment. International congresses, innovative projects, engaging webinars, and unique experiences such as the Winter School in Sweden highlight the value of collaboration across borders and make this role a true pleasure.”

„EFIM is fun!“

Dr. med. Johanna Brägelmann & Dr. med. Irmengard Meyer



Fig. 4 ▲ Statements from German EFIM representatives Dr. med. Johanna Brägelmann and Dr. med. Irmengard Meyer. Reprinted with permission

- Strengthening and standardizing training and granting internists formal leadership in care coordination and education are essential for sustainable, person-centered healthcare.

EFIM initiatives, congresses, and training focused on young internists

Education, scientific exchange, and professional development across Europe represent key areas in which EFIM is deeply involved. These programs are particularly impactful for young internists, offering learning, networking, and career-building opportunities.

Annual congress: ECIM

The European Congress of Internal Medicine (ECIM) is EFIM's flagship event, held annually in a different European city. It provides a premier forum for internists to present research, discuss clinical advances, and shape the future of internal medicine [4, 5].

In 2026, ECIM will take place in Vienna, Austria, during 25–28 March. The congress is designed for both established and early-career internists, with registration categories that include special rates for young professionals.

Summer and winter schools

Two key annual educational schools are hosted by EFIM [4, 5]:

- European School of Internal Medicine—Summer School
- European School of Internal Medicine—Winter School

These week-long programs combine lectures, case discussions, workshops, and peer learning in international settings. They aim to harmonize internal medicine training across Europe and foster a shared professional identity among young physicians.

EFIM Academy

The EFIM Academy is an online educational platform providing trainees and specialists with high-quality content, including recorded courses, interactive modules, and webinars to enhance clinical reasoning, specialist skills, and continuous professional development [4, 5].

Exchange program

The EFIM Exchange Program promotes short-term clinical internships among European training centers, giving trainees experience in different health systems, broadening clinical perspectives, and fostering international networks [4, 5].

Journals: knowledge and scholarship

Regarding research publications, EFIM is associated with two major scientific journals:

- *European Journal of Internal Medicine* (EJIM): Covers the full spectrum of internal medicine and serves as EFIM's official journal
- *European Journal of Case Reports in Internal Medicine* (EJCRIM): Dedicated to clinical case reports, promoting best practices and innovation

EFIM working groups, subcommittees, and young internists

The work of EFIM is supported by specialized working groups and committees that address common and rare topics fundamental to internal medicine. These groups produce guidelines, position papers, and educational resources. Currently active working groups include Acute Medicine and Hospital Medicine; Diabetes and Obesity; Heart Failure; Infectious Diseases; Rare Diseases; Systemic Autoimmune Diseases; Telemedicine, Innovative Technologies, and Digital Health; Choosing Wisely in Internal Medicine; and Critical Appraisal of Guidelines.

The Young Internists Section brings together early-career delegates from national societies. It promotes engagement, educational exchange, and representation in EFIM forums, including the Young Internists Corner at ECIM and recognition programs for innovation and leadership [4, 5].

EFIM and DGIM in 2026: shaping the future of internal medicine

The German Society of Internal Medicine (DGIM) has been an active member of EFIM for many years and DGIM's recent position paper "Internal Medicine 2025–2030" mirrors many of EFIM's core aims [6].

The engagement of the DGIM is reflected in the dedicated work of EFIM representatives such as Prof. Petra Maria Schumm-Draeger and Dr. Alexis Müller-Marbach, who over the past years have contributed substantially to EFIM activities.

Die European Federation of Internal Medicine (EFIM) beim DGIM-Kongress 2026: gegenwärtige und zukünftige Ausrichtung der Inneren Medizin in Europa

Die European Federation of Internal Medicine (EFIM) wurde 1996 durch Vereinigung der Association Européenne de Médecine Interne mit dem Forum of Presidents of National Internal Medicine Societies in Europe gegründet, was zur Entstehung einer vereinten Plattform der Zusammenarbeit zwischen nationalen Gesellschaften über den Kontinent hinweg führte. Heute repräsentiert die EFIM 48 Gesellschaften aus 45 Ländern – über 70.000 Internisten – und stellt damit einen der größten medizinischen Verbände in Europa dar. Ihrer Mission entsprechend wird die Innere Medizin wissenschaftlich, ethisch und berufsständisch gefördert, mit Schwerpunkt auf Bildung, Forschung und Fortschritt durch wissenschaftliche Publikationen, Kongresse, Kommunikation der Internisten und Gesundheitsexpertise. In der vorliegenden Arbeit wurden die Gegenwart und Zukunft der Inneren Medizin angesichts der neuen Politik der EFIM „Internal Medicine in the 21st Century: Back to the Future“ untersucht. Es findet sich darin eine kritische Würdigung der aktuellen Herausforderungen neben den Stärken und Möglichkeiten. Die Innere Medizin ist eher ein Eckstein künftiger Krankenhäuser und Gesundheitssysteme als ein übrig gebliebenes Fachgebiet. Stärkung und Standardisierung der Fortbildung sowie die Übertragung formeller Führungsaufgaben an Internisten bei der Koordination der Versorgung und Ausbildung wird eine nachhaltige, personenzentrierte medizinische Versorgung gewährleisten.

Schlüsselwörter

Spezialisierung · Fortbildung · Berufsausbildung · Ganzheitliche Gesundheit · Patientenzentrierte Versorgung

In 2018, ECIM was held in Wiesbaden (Congress President: Prof. Petra Maria Schumm-Draeger), marking an important milestone in the DGIM–EFIM collaboration. In 2026, the EFIM Board will be honored guests at the DGIM Annual Meeting, addressing key European topics, interprofessional collaboration, cross-border perspectives, and shared learning within health-care systems.

Young DGIM internists, currently represented by Dr. Johanna Brägelmann and Dr. Irmengard Meyer, have actively participated in EFIM initiatives, strengthening the voice of early-career internists at the European level.

The following statements from German EFIM representatives illustrate why EFIM is vital to their professional lives within DGIM and the broader field of internal medicine (■ Figs. 2, 3, and 4).

Practical conclusion

- The European Federation of Internal Medicine (EFIM) represents 48 societies from 45 countries—over 70,000 internists—making it one of Europe's largest medical federations.

- The central mission of EFIM is to reaffirm the importance of internal medicine in delivering high-quality, integrated patient care, particularly against the backdrop of increasing subspecialization.
- Several EFIM programs are focused on young internists, including annual winter and summer schools.
- The EFIM Academy offers online education and training and the exchange program promotes clinical internships among European training centers.
- Various working groups and subcommittees further support EFIM's work, producing guidelines, position papers, and educational resources.
- Internal medicine is a cornerstone of future hospitals, where internists should form the coordinating core of hospital medicine, fostering the patient-centered ethos of treating the person who has the disease, not just the disease itself.

Corresponding address

Prof. George Dalekos, MD, PhD, FEFIM, FAASLD

Department of Medicine and Research
Laboratory of Internal Medicine, National
Expertise Center of Greece in Autoimmune
Liver Diseases, General University Hospital of
Larissa
41110 Larissa, Greece
georgedalekos@gmail.com

Funding. No funding was provided for this article.

Declarations

Conflict of interest. G. Dalekos, R. Gomez Huelgas and F. von Wöhrn declare that they have no competing interests.

For this article no studies with human participants or animals were performed by any of the authors. All studies mentioned were in accordance with the ethical standards indicated in each case.

References

1. Carcassi UE, Elte JWF, Davidson C (2007) The history of the (Young) AEM(E) and the EFIM. *Eur J Intern Med* 18(1):26–30. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2006.09.004>
2. Bauer W, Schumm-Draeger PM, Koeberling J et al (2005) The EFIM Working Group on Political Issues in Internal Medicine in Europe: Political issues in internal medicine in Europe A position paper. *Eur J Intern Med* 16:214–217
3. Gómez-Huelgas R, Dalekos GN, Dicker D, Montano N (2024) Internal medicine in the 21st century: Back to the future. *Eur J Intern Med* 128:26–29. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2024.07.038>
4. <https://efim.org/>
5. <https://efim.org/annual-report/efim-annual-report-2024-now-available>
6. Ertl G, Becker C, Franz O, Galle J, Menelaou O, Meyer I, Neubauer A, Müller-Ladner U, Sarrazin C, Führer-Sakel D (2025) Strategiepapier Die Innere Medizin 2025/2030. *Inn Med*. <https://doi.org/10.1007/s00108-025-01975->

Publisher's Note. Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



PARADIGMENWECHSEL IN DER INNEREN MEDIZIN

132. KONGRESS DER DEUTSCHEN
GESELLSCHAFT FÜR INNERE MEDIZIN

DGIM Deutsche
Gesellschaft für
Innere Medizin

Ohne Wissenschaft keine Zukunft

Montags-Pressekonferenz anlässlich des 132. Kongresses der DGIM

Termin: Montag, 20. April 2026, 12.00 bis 13.00 Uhr

Vor Ort: Pressekonferenzraum, 2. OG, RMCC Wiesbaden

Anmeldung zur Online-Teilnahme unter:

https://us06web.zoom.us/webinar/register/WN_FK3IT9Z-SWyd1ypYPZiBPw

Themen und Referierende:

Genau hingeschaut: Auch Häufiges ist selten – was uns die moderne Medizin über Volkskrankheiten lehrt – und warum dabei das Geschlecht wichtig ist

Professorin Dr. Dr. med. Dagmar Führer-Sakel

Vorsitzende der DGIM 2025/2026 und Präsidentin des 132. Internistenkongresses, Direktorin der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Stoffwechsel am Universitätsklinikum Essen

Schnittstelle Humangenetik: wie können wir die Erkenntnisse besser für die Innere Medizin nutzen?

Professor Dr. med. Andreas Neubauer

Sprecher der DGIM Task Force Humangenetik, Leitung des Zentrums für Personalisierte Medizin am Universitätsklinikum Gießen und Marburg (UKMG)

Ausgezeichnete Forschung – bei der Pressekonferenz stellen die frisch gekürten Preisträger*innen ihre prämierten Arbeiten vor

*Preisträger*in Theodor-Frerichs-Preis und Präventionspreis (Auszeichnung erfolgt bei der Kongresseröffnung)*

Entzündung im Zentrum: wie Ernährung, Anämie und Mikronährstoffe Alterung, Alterskrankheiten und Gebrechlichkeit beeinflussen

Professorin Dr. med. Ursula Müller-Werdan

2. stellv. Vorsitzende der DGIM, Klinikdirektorin der Klinik für Geriatrie und Altersmedizin und EGZB, Leiterin Forschungsgruppe Geriatrie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Präsidentin des 133. Internistenkongresses

Moderation: Janina Wetzstein, Pressestelle DGIM

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Janina Wetzstein, Katharina Weber und Heinke Schöffmann

Pressestelle, Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V.

Fon +49 711 8931-457/-583/-442

wetzstein@medizinkommunikation.org, weber@medizinkommunikation.org _

schoeffmann@medizinkommunikation.org

www.dgim.de/ | www.facebook.com/DGIM.Fanpage/ | www.instagram.com/dgim_ev/