

Montags-Pressekonferenz

anlässlich des 131. Kongresses der DGIM

Termin: Montag, 5. Mai 2025, 12.00 bis 13.00 Uhr

Vor Ort: Pressekonferenzraum, 2. OG, RMCC Wiesbaden

Themen und Referierende:

Den Menschen als Ganzes betrachten: warum Interdisziplinarität in der Inneren Medizin immer wichtiger wird

Prof. Dr. med. Jan Galle

Vorsitzender der DGIM 2024/2025 und Präsident des 131. Internistenkongresses, Direktor der Direktor der Klinik für Nephrologie und Dialyseverfahren, Klinikum Lüdenscheid

Neue Mittel, alte Werte? wie KI und Ethik sich verbinden lassen

Prof. Dr. Martin C. Hirsch, Leiter der Arbeitsgruppe „KI in der Inneren Medizin“ der DGIM sowie Universitätsprofessor und Direktor des Instituts für KI in der Medizin der Philipps-Universität Marburg und des Uniklinikums Gießen/Marburg (UKGM)

Ärztliche Weiterbildung für die Zukunft der Inneren Medizin: Herausforderungen und Chancen durch die Krankenhausreform

Prof. Dr. med. Georg Ertl, Generalsekretär DGIM

Ohne Wissenschaft kein Fortschritt: Stärkung von Clinician und Medical Scientists für eine bessere Medizin

Prof. Dr. med. Dagmar Führer-Sakel

nächste DGIM-Vorsitzende und DGIM-Kongresspräsidentin 2026; Direktorin der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Stoffwechsel am Universitätsklinikum Essen

Abschluss und Ankündigung DGIM 2026

Moderation: Katharina Weber, Pressestelle DGIM

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Pressekontakt für Rückfragen:

Katharina Weber / Heike Schöffmann

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V., Pressestelle

Fon +49[0]711/8931-583

weber@medizinkommunikation.org / schoeffmann@medizinkommunikation.org

Pressemitteilung

131. Kongress der DGIM vom 3. bis 6. Mai 2025 – Hybridkongress Wiesbaden/Online

Technologie verändert Arzt-Patienten-Verhältnis KI in der Medizin: Experte plädiert für ethische Leitplanken

Wiesbaden, 5. Mai 2025 - Künstliche Intelligenz (KI) unterstützt bei der Behandlung, entlastet bei der Dokumentation - und verändert das Arzt-Patienten-Verhältnis zu einer Dreiecksbeziehung. Denn Ärztinnen und Ärzte müssen ihren Patientinnen und Patienten nun auch die Einschätzung einer KI erklären können, um gemeinsam einen vertrauensvollen Behandlungsweg zu finden. Auf dem 131. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) fordern Expertinnen und Experten, dass der Einsatz von KI im sensiblen Bereich der Medizin klaren ethischen Regeln folgen muss. Auf der heutigen Kongress-Pressekonferenz diskutieren sie, ob auch Entwickler medizinischer KI-Anwendungen den Hippokratischen Eid ablegen sollten. Darüber hinaus stellen führende Spezialisten auf dem Kongress neue Tools und Entwicklungen für den Einsatz von KI, Virtual Reality und Robotik vor.

Künstliche Intelligenz kann Ärztinnen und Ärzte unterstützen, indem sie als Clinical Decision Support Tool Diagnosen beschleunigt und Behandlungspfade vorschlägt. Auch zeitraubende Alltagsaufgaben wie die Dokumentation von Patientengesprächen und Behandlungsverläufen können an KI-Tools delegiert werden. „Wenn man bedenkt, dass Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus täglich rund drei Stunden mit Dokumentation verbringen, bietet KI hier einen enormen Hebel“, ordnet Professor Dr. Martin Hirsch, Direktor des Instituts für KI in der Medizin an der Philipps-Universität Marburg, das Potenzial der Technologie ein. Jede Minute Arbeit, die KI den Ärztinnen und Ärzten abnimmt, könnten diese mehr für die Patientinnen und Patienten aufwenden. „KI bietet also sogar die Chance, das Menschliche in der Medizin wieder stärker in den Mittelpunkt zu rücken“, so der Marburger Experte.

Gleichzeitig sieht Hirsch durch den Einzug der KI in die Medizin eine Veränderung im Arzt-Patienten-Verhältnis. „Das Besondere an der Beziehung zwischen Arzt und Patient ist das Vertrauen, das auf Empathie, Verständnis und menschlicher Zuwendung beruht“, sagt er. Das könne KI nicht leisten, ihre Stärke liege darin, große Mengen an Daten und Informationen zu sortieren, einzuordnen und auf dieser Basis erste Einschätzungen abzugeben. „Um das Vertrauen der Patientinnen und Patienten zu erhalten, müssen die Behandelnden in der Lage sein, diese Einschätzungen gegenüber den Patientinnen und Patienten richtig einzuordnen oder ihnen auch zu widersprechen.“ Blindes Vertrauen in die Antworten einer KI dürfe es nicht geben.

Vertrauen durch ethische Verpflichtung?

Ob Technik, Software oder andere Werkzeuge – die Hürden für den Einsatz neuer Anwendungen in der Medizin sind hoch. „KI-Anwendungen dringen viel weiter in medizinische Prozesse ein als bisherige Technologien. Daher wäre es denkbar, auch die Entwickler von KI auf das Genfer Gelöbnis zu

verpflichten, um die ethische Einbettung von KI in der Medizin zu gewährleisten“, schlägt Hirsch vor. Das Genfer Gelöbnis – eine moderne Version des Hippokratischen Eides – diene als ethische Richtschnur für ärztliches Handeln und stelle das Wohl des Patienten in den Mittelpunkt.

Ärztinnen und Ärzte verpflichteten sich im Genfer Gelöbnis beispielsweise, die Schweigepflicht gegenüber ihren Patientinnen und Patienten zu wahren oder sie vor Diskriminierung aufgrund von Faktoren wie Alter, Herkunft oder Behinderung zu schützen. „Das Wohl des Patienten steht in der Medizin an erster Stelle. Dieses Ziel muss auch den Werkzeugen der KI innewohnen, damit wir die neuen technologischen Möglichkeiten tatsächlich sinnvoll einsetzen können“, so der Kongresspräsident der DGIM, Professor Dr. med. Jan Galle, abschließend. Und am Ende müsse auch eine KI wie ein DMP die wissenschaftliche Prüfung bestehen, dass sie besser als das bisherige Verfahren sei.

In der Ausstellung DGIM FUTUR zeigen Expertinnen und Experten auf dem 131. Internistenkongress, welchen Mehrwert Anwendungen mit KI, Virtual Reality oder unter Einbeziehung von Robotern in der Medizin bieten können.

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.

Pressekontakt für Rückfragen:

Janina Wetzstein / Katharina Weber

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Pressestelle

Fon +49[0]711/8931-457/-583

wetzstein@medizinkommunikation.org / weber@medizinkommunikation.org

www.dgim.de / www.kongress.dgim.de

www.linkedin.com/company/dgim-ev/ / www.facebook.com/DGIM.Fanpage/

www.instagram.com/dgim_ev

#dgimkongress

Pressemitteilung

131. Kongress der DGIM vom 3. bis 6. Mai 2025 – Hybridkongress Wiesbaden/Online

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM) zeichnet innovative Forschung aus Neue Hoffnung für Nierenpatienten: Theodor-Frerichs-Preis 2025 geht an Dr. Felicitas Eugenia Hengel

Wiesbaden, 5. Mai 2025 – Warum entwickeln manche Menschen eine schwere Nierenerkrankung, wie zum Beispiel ein nephrotisches Syndrom, während andere verschont bleiben? Dieser bisher ungeklärten Frage hat sich Dr. med. Felicitas Eugenia Hengel vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf intensiv gewidmet. Beim nephrotischen Syndrom ist die Filterfunktion der Niere gestört, große Mengen Eiweiß gehen über den Urin verloren und es kommt zu ausgeprägten Wassereinlagerungen im Körper. Die Ärztin und Wissenschaftlerin konnte zeigen, dass bestimmte Autoantikörper maßgeblich an der Entstehung des Krankheitsbildes beteiligt sind – und schafft damit die Grundlage für neue diagnostische und therapeutische Ansätze. Für diese herausragende wissenschaftliche Leistung wurde sie von der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM) mit dem Theodor-Frerichs-Preis 2025 ausgezeichnet. Der mit 30.000 Euro dotierte Preis wurde gestern im Rahmen der feierlichen Eröffnung des 131. Internistenkongresses in Wiesbaden verliehen.

Beim nephrotischen Syndrom funktioniert der Nierenfilter nur noch eingeschränkt. In der Folge verlieren die Nieren Eiweiß, was zu Wassereinlagerungen im Körper und einem erhöhten Risiko für Infektionen sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen führt. Dr. med. Felicitas Eugenia Hengel vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf konnte nachweisen, dass bestimmte Antikörper, die sich gegen das Eiweiß Nephryn richten, eine entscheidende Rolle dabei spielen. In ihrer multizentrischen Studie mit über 500 Patientinnen und Patienten zeigte sich: Fast 90 Prozent der betroffenen Kinder und 69 Prozent der erkrankten Erwachsenen tragen diese Antikörper im Blut. Damit könnte ein gezielter Bluttest künftig helfen, die Erkrankung besser zu erkennen und schneller zu behandeln.

Neue Therapieoption mit Rituximab

Um zu bestätigen, dass die Autoantikörper tatsächlich die Erkrankung verursachen, entwickelte Dr. Hengel ein spezielles Mausmodell. Die Antikörper griffen dort direkt die Filterzellen der Niere an und führten so zur typischen Krankungsausprägung. Besonders relevant für die klinische Praxis: In ersten Untersuchungen zeigte sich, dass das Medikament Rituximab, das bestimmte Immunzellen gezielt ausschaltet, zu einer nachhaltigen Besserung bei vielen Patientinnen und Patienten führte. Diese Erkenntnis bietet das Potenzial, die bislang unspezifische Behandlung mit allgemeinen Immunsuppressiva künftig deutlich zu verbessern.

Ausgezeichnete Wissenschaft mit klinischer Relevanz

Dr. Felicitas Eugenia Hengel studierte und promovierte an der Universität Heidelberg. Seit 2021 arbeitet sie als Assistenzärztin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und forscht dort als Clinician Scientist in der Nephrologie. Ihre Arbeiten wurden bereits in hochrangigen internationalen Fachzeitschriften wie dem New England Journal of Medicine veröffentlicht. Sie ist zudem Teil eines von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderten Sonderforschungsbereichs zur Erforschung glomerulärer Erkrankungen.

Kongresspräsident und Nephrologe Professor Dr. med. Jan Galle würdigt die Forschung mit Nachdruck: „Dr. Hengel hat mit ihrer Arbeit einen wichtigen Beitrag zur Nephrologie geleistet. Ihre Ergebnisse sind nicht nur wissenschaftlich bedeutsam, sondern haben auch das Potenzial, die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit nephrotischem Syndrom entscheidend zu verbessern.“

Preisverleihung im Rahmen des 131. Internistenkongresses

Der Theodor-Frerichs-Preis wird traditionell bei der feierlichen Eröffnung des Internistenkongresses verliehen. Mit dieser Auszeichnung ehrt die DGIM herausragende wissenschaftliche Arbeiten, die das Verständnis, die Diagnose und die Behandlung internistischer Erkrankungen wesentlich voranbringen.

Prämierte Arbeit: Hengel, F. E., Dehde, S., Lassé, M., et al. (2024). Autoantibodies targeting nephrin in podocytopathies. *The New England Journal of Medicine*. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2314471>

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.

Pressekontakt für Rückfragen:

Janina Wetzstein / Katharina Weber

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Pressestelle

Fon +49[0]711/8931-457/-583

wetzstein@medizinkommunikation.org / weber@medizinkommunikation.org

www.dgim.de / www.kongress.dgim.de

www.linkedin.com/company/dgim-ev/ / www.facebook.com/DGIM.Fanpage/

www.instagram.com/dgim_ev

#dgimkongress

Pressemitteilung

131. Kongress der DGIM vom 3. bis 6. Mai 2025 – Hybridkongress Wiesbaden/Online

Präventionspreis der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM) und der Deutschen Stiftung Innere Medizin (DSIM)

Diabetes ist nicht gleich Diabetes: Präventionspreis 2025 geht an Dr. Martin Schön für neuen Klassifikationsalgorithmus

Wiesbaden, 5. Mai 2025 – Typ-2-Diabetes ist nicht eine, sondern viele Krankheiten – diese Erkenntnis ist nicht neu, schlägt sich aber im Behandlungsalltag noch nicht ausreichend nieder. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und die Deutsche Stiftung Innere Medizin (DSIM) zeichnen deshalb in diesem Jahr Dr. med. Martin Schön vom Deutschen Diabetes-Zentrum in Düsseldorf mit dem Präventionspreis 2025 aus. Der Arzt und Wissenschaftler hat einen Algorithmus entwickelt, der den Typ-2-Diabetes differenzierter erfassen und das individuelle Risiko für Folgeerkrankungen genauer bestimmen kann. Die mit 10.000 Euro dotierte Auszeichnung wurde gestern im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung des 131. Internistenkongresses in Wiesbaden verliehen.

Die herkömmliche Behandlung des Typ-2-Diabetes orientiert sich meist am HbA1c-Wert, der den durchschnittlichen Blutzucker der letzten 3 Monate widerspiegelt. Dieser Wert berücksichtigt jedoch nicht, wie unterschiedlich der Stoffwechsel bei verschiedenen Betroffenen tatsächlich funktioniert – etwa in Bezug auf die Insulinempfindlichkeit, die Insulinproduktion oder die Fettverteilung. In der prämierten Studie nutzt Dr. med. Martin Schön für einen neu entwickelten Algorithmus neun klinisch leicht messbare Variable aus der Routinediagnostik.

Die Daten zur Validierung stammen aus 2 großen deutschen Studien – der prospektiven Deutschen Diabetes-Studie und der LURIC-Kohorte – und umfassen mehr als 1.000 Patientinnen und Patienten. Ziel war es, die sogenannte phänotypische Heterogenität des Typ-2-Diabetes sichtbar zu machen, also die Vielfalt der Stoffwechselprofile, die sich hinter der Diagnose verbergen.

Grafische Darstellung zeigt Stoffwechseltypen und Komplikationsrisiken

Mithilfe des Algorithmus konnten die Forschenden die Patientinnen und Patienten in Untergruppen mit spezifischen Stoffwechsellustern einteilen. Die Ergebnisse wurden anschaulich in einem Baumdiagramm dargestellt. Dabei zeigte sich: Menschen mit stark verminderter Insulinproduktion haben ein höheres Risiko für Nervenschäden, die Notwendigkeit einer Insulin-Therapie und das diabetische Fußsyndrom. Menschen mit ausgeprägter Insulinresistenz litten dagegen häufiger an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Fettleber, Nierenschäden und Depressionen. Darüber hinaus zeigten sich Unterschiede im Entzündungsprofil und in der Fettverteilung (viszerales vs. subkutanes Fett) – alles Faktoren, die eng mit dem Risiko für schwerwiegende Folgeerkrankungen wie Herzinsuffizienz, Bluthochdruck oder Fettstoffwechselstörungen zusammenhängen.

Algorithmus bereits als Online-Tool frei zugänglich

Der Algorithmus ermöglicht es erstmals, ohne aufwändige Spezialuntersuchungen verschiedene Risikoprofile für Typ-2-Diabetes zu identifizieren und steht bereits als Online-Tool frei zur Verfügung. Die Ergebnisse der Klassifikation können helfen, Behandlungen individueller auszurichten, Risikopersonen frühzeitig zu erkennen und Komplikationen gezielt vorzubeugen. „Die Arbeit zeigt eindrucksvoll, wie moderne Datenanalysen und klinisch leicht verfügbare Parameter zu einer vorausschauenden, präventiven Medizin beitragen können“, sagt Prof. Dr. med. Georg Ertl, Generalsekretär der DGIM. „Statt nur Symptome zu behandeln, steht hier das individuelle Risiko im Mittelpunkt – ein zentraler Schritt in Richtung Präzisionsmedizin für Volkskrankheiten“, ergänzt Prof. Dr. med. Stefan Frantz, Vorsitzender der DSIM.

Zur Person

Dr. Martin Schön studierte Medizin an der Universität Würzburg. Seit 2020 forscht er am Deutschen Diabetes-Zentrum (DDZ) in der Arbeitsgruppe von Prof. Dr. Michael Roden. Seine Arbeit verbindet klinische Expertise mit innovativer Datenanalyse und trägt dazu bei, Prävention und Therapie von Stoffwechselerkrankungen gezielter und nachhaltiger zu gestalten.

Preisverleihung im Rahmen des 131. Internistenkongresses

Die Verleihung des Präventionspreises der DGIM und der DSIM fand im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung des 131. Internistenkongresses in Wiesbaden statt. Der Preis wird jährlich für herausragende wissenschaftliche Arbeiten aus dem deutschsprachigen Raum vergeben, die einen Beitrag zur Prävention internistischer Erkrankungen leisten.

Prämierte Publikation: Schön, M., Prystupa, K., Mori, T., et al. (2023). *Analysis of type 2 diabetes heterogeneity with a tree-like representation: Insights from the prospective German Diabetes Study and the LURIC cohort*. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(23\)00329-7](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(23)00329-7)

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.

Pressekontakt für Rückfragen:

Janina Wetzstein / Katharina Weber
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.
Pressestelle
Fon +49[0]711/8931-457/-583
wetzstein@medizinkommunikation.org / weber@medizinkommunikation.org
www.dgim.de / www.kongress.dgim.de
www.linkedin.com/company/dgim-ev/ / www.facebook.com/DGIM.Fanpage/
www.instagram.com/dgim_ev
#dgimkongress

STATEMENT

Den Menschen als Ganzes betrachten: warum Interdisziplinarität in der Inneren Medizin immer wichtiger wird

Professor Dr. med. Jan Galle

Vorsitzender der DGIM 2024/2025 und Präsident des 131. Internistenkongresses, Direktor der
Direktor der Klinik für Nephrologie und Dialyseverfahren, Klinikum Lüdenscheid

Die Innere Medizin hat sich in den vergangenen Jahrzehnten stark gewandelt. War es früher eher üblich, Erkrankungen innerhalb eines medizinischen Fachgebietes zu betrachten, ist heute eine interdisziplinäre Sichtweise unerlässlich. Multimorbidität, komplexe Krankheitsbilder und gesellschaftliche Herausforderungen wie die alternde Bevölkerung und der Klimawandel erfordern eine neue Sichtweise. Der Mensch muss als Ganzes betrachtet werden – medizinisch, psychosozial und strukturell. Das ist gelebte Interdisziplinarität, die es uns ermöglicht, Wissen und Expertise zu bündeln und im Sinne einer besseren Patientenversorgung anzuwenden. Diese Realität spiegelt sich auch im diesjährigen Internistenkongress wider, bei dem Interdisziplinarität eine zentrale Rolle spielt. Gerade die enge Abstimmung mit anderen Fachgesellschaften, Institutionen und der Regierungskommission zeigt, wie wichtig Kooperationen sind. Dies ist insbesondere für die Strukturreformen und die ärztliche Weiterbildung von entscheidender Bedeutung.

1. Interdisziplinarität als strukturelle Notwendigkeit

Die Notwendigkeit interdisziplinärer Zusammenarbeit zeigt sich besonders deutlich in der Intensivmedizin, die nur durch internistische Expertise sinnvoll ausgefüllt und betrieben werden kann. Diese droht internistischen Händen verloren zu gehen, wenn nicht gemeinsam mit anderen Fachdisziplinen strukturelle Lösungen entwickelt werden. Nur in der Kooperation liegt die Chance, diesen Kernbereich der Inneren Medizin zu erhalten.

2. Fachübergreifende Diagnostik und Therapie

Viele Krankheitsbilder lassen sich heute nicht mehr aus der Perspektive eines einzelnen Fachgebiets umfassend beurteilen. Die Programmpunkte des DGIM-Kongresses spiegeln dies wider:

- Adipositas therapie erfordert das Zusammenspiel von Ernährungsmedizin, medikamentösen Ansätzen und chirurgischen Verfahren.
- Bewusstseinsstörungen in der Notfall- und Intensivmedizin werden gemeinsam mit der Neurologie, Geriatrie und Notfallmedizin analysiert.
- Globale Herausforderungen wie der Klimawandel werden aus internistischer, geriatrischer, psychosozialer und infektiologischer Perspektive diskutiert.

- Interdisziplinäre klinische Symposien, unter anderem im Trillium-Format: drei Fachgebiete – ein Thema

Gerade auch aus meinem Fachgebiet, der **Nephrologie**, gibt es hierzu einige interessante Beispiele:

- Beim Thema Pleuraerguss liefern nephrologische Ursachen wie Flüssigkeitsüberladung oder Eiweißmangel durch Nierenkrankheit relevante Differenzialdiagnosen.
- Die Versorgung von multimorbiden CKD-Patientinnen und -Patienten mit Diabetes, Hypertonie oder Osteoporose ist ohne fachübergreifende Medikationsstrategien nicht denkbar.
- Die Notfallversorgung organtransplanteder Patientinnen und Patienten erfordert ein abgestimmtes Handeln zwischen Nephrologie, Notfallmedizin, Chirurgie und Intensivstation.
- Und bei der Hypertonieversorgung überschneiden sich kardiologische und nephrologische Expertise – ein gemeinsamer Blick „auf Herz und Nieren“ ist hier unverzichtbar.

3. Beispiel aus der Gesundheitspolitik

Auch in der Gesundheitspolitik haben wir Ende des vergangenen Jahres ein Beispiel für die Notwendigkeit interdisziplinären Denkens erlebt: das sogenannte „Gesundes-Herz-Gesetz“ (GHG) – ein gesundheitspolitisches Vorhaben der Ampel-Regierung, das 2024 vom Bundesgesundheitsministerium vorgelegt und bereits vom Kabinett beschlossen wurde, letztlich aber nicht umgesetzt wurde. Ziel des Gesetzes war es, die Prävention und Versorgung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu verbessern. Die DGIM hat sich gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie (DGfN) und der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) dafür eingesetzt, dass auch die chronische Nierenkrankheit (CKD) im Gesetz berücksichtigt wird – denn sie ist ein eigenständiger Risikofaktor für kardiovaskuläre Ereignisse wie Herzinfarkt und Schlaganfall. Auch wenn das Projekt politisch nicht erfolgreich war, bleibt es ein wegweisendes Beispiel interdisziplinärer Kooperation, in dem internistische Subspezialitäten fachübergreifend Verantwortung für eine gemeinsame Versorgungsstrategie übernommen haben.

4. Interdisziplinarität über die Innere Medizin hinaus

Aber auch die Schnittstellen zur Chirurgie gewinnen an Bedeutung. Die Entscheidung, ob ein Herzkatheter oder ein operativer Eingriff sinnvoller ist, sollte im Team getroffen werden – mit Blick auf medizinische Evidenz und Patientenwunsch. Interdisziplinarität ist hier kein akademisches Konzept, sondern gelebter klinischer Alltag. Dazu hat heute Morgen eine gemeinsame Sitzung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und Deutschen Gesellschaft für Chirurgie stattgefunden, die Sie gerne on-demand abrufen können.

Fazit

Die Innere Medizin steht an einem Wendepunkt: Um den Herausforderungen einer älter werdenden, oft multimorbiden Gesellschaft gerecht zu werden, muss sie sich noch stärker vernetzen – innerhalb ihrer eigenen Disziplinen und darüber hinaus. Dabei geht es nicht nur um bessere Behandlungsqualität, sondern auch um die Sicherung medizinischer Versorgungsstrukturen. Gesundheitspolitisch muss Interdisziplinarität systematisch gefördert werden – etwa durch Anpassung von Weiterbildungscurricula, Schaffung interprofessioneller Versorgungsmodelle und strukturelle Reformen, die interdisziplinäre Arbeit ermöglichen und belohnen. Nur so kann die Innere Medizin auch in Zukunft ihrem Anspruch gerecht werden, den Menschen in seiner Ganzheit zu erfassen und optimal zu versorgen.

Es gilt das gesprochene Wort!
Wiesbaden, Mai 2025

STATEMENT

Neue Mittel, alte Werte? wie KI und Ethik sich verbinden lassen

Prof. Dr. Martin C. Hirsch

Leiter der Arbeitsgruppe „KI in der Inneren Medizin“ der DGIM sowie Universitätsprofessor und Direktor des Instituts für KI in der Medizin der Philipps-Universität Marburg und des Uniklinikums Gießen/Marburg (UKGM)

Vertrauen ist ein zentrales Gut in der Medizin. Es erlaubt dem Erkrankten, sich auch mit intimsten, Würde-bedrohenden Nöten an einen Arzt zu wenden.

Die psychologische Forschung zeigt, dass Vertrauen auf drei Säulen fußt: Glaube an die Kompetenz, an die Integrität und an die Wohlgesonnenheit des Gegenübers.

Um die Vertrauenswürdigkeit des ärztlichen Berufsstandes sicherzustellen, bekennen sich Ärztinnen und Ärzte zum Genfer Gelöbnis. Dieses wurde 1948 vom Weltärztebund in Genf verabschiedet, mehrfach und zuletzt 2017 überarbeitet, und löste den Eid des Hippokrates ab, der seit dem 400 vor Christus den ethischen Rahmen ärztlichen Handelns bestimmte.

Auch wenn das Genfer Gelöbnis keine völkerrechtliche Verbindlichkeit hat, haben viele Rechtssysteme, so auch das deutsche, Passagen des Gelöbnisses in rechtlich verbindliche Formen wie Gesetze (zum Beispiel Schweigepflicht, Sorgfaltspflicht, Dokumentationspflicht, Aufklärungspflicht, Verpflichtung zur Fortbildung und anderes) und Verordnungen (zum Beispiel Verpflichtung zum aktuellen Wissensstand, Verpflichtung, zum Wohle des Patienten zu handeln) überführt. Diese stellen besonders Aspekte von Kompetenz und Integrität sicher. Während Kompetenz und Integrität eines Arztes vom Patienten unabhängig existieren, geht es im Aspekt der Wohlgesonnenheit explizit um das individuelle Verhältnis zwischen mir, dem Patienten, und dem Arzt, der mit mir im Raum ist. Um auch hier Verlässlichkeit sicherzustellen, findet sich auf Seite 1 der „(Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte“ (MBO-Ä) die Deklaration von Genf. Die darin aufgelisteten ethischen Grundsätze sind fast alle in der Ich-Form verfasst (zum Beispiel Satz 1: „Als Mitglied der ärztlichen Profession gelobe ich feierlich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen.“ oder Satz 2: „Die Gesundheit und das Wohlergehen meiner Patientin oder meines Patienten werden mein oberstes Anliegen sein.“). Es ist ausdrücklich nicht von „Wir“ (Die Ärzteschaft) die Rede, sondern von „Ich“. Ich, der ich vor dem Patienten stehe.

Die in dieser Form der Selbstverpflichtung liegende Unmittelbarkeit schafft eine persönliche Atmosphäre, die es mir als Patient erlaubt, meinem Gegenüber auch Wohlgesonnenheit zuzuschreiben.

Dass Ärztinnen und Ärzte ein so hohes Vertrauen in der Gesellschaft genießen, beruht also auf einem komplexen Gefüge aus Gesetzen, Verordnungen und Selbstverpflichtungen.

Gleichzeitig droht Medizin immer mehr zu einer kognitiven Überforderung von uns Menschen zu werden: Fachkräftemangel, stetig wachsende Menge an wissenschaftlichen Einsichten, Studienergebnissen, Erkrankungen und Befundmöglichkeiten, wachsende Komplexität in der Diagnosestellung und Therapiefindung multimorbider Patienten, immer komplexer werdende Medikamentenwechselwirkungen, immer personalisiertere Diagnose- und Therapieoptionen – und gleichzeitig ist immer mehr Zeit erforderlich für Dokumentation und Verwaltung.

In diese angespannte Situation hinein erscheint eine neue Technologie, die Linderung in Aussicht stellt: Künstliche Intelligenz. Und in der Tat zeigen wissenschaftliche Untersuchungen vielversprechende erste Ergebnisse. Und das nicht nur in medizinischen Kern-Disziplinen wie Befunderhebung, Diagnosestellung und Therapiefindung, sondern auch in Pflege, Dokumentation, Verwaltung und Monitoring, bis hin zu medizinethischer Falleinschätzung und medizinrechtlicher Beratung. Dabei sind die Ergebnisse so vielversprechend, dass es unethisch wäre, KI nicht in der Medizin einzusetzen. Ein Teilgebiet der KI, die sogenannten Large-Language-Models (zum Beispiel ChatGPT), ermöglicht die sprachliche Interaktion mit KI und macht somit die Leistungsfähigkeit von KI auch breiten Bevölkerungsschichten zugänglich – inklusive Ärzteschaft und erkrankten Bürgern.

Die Ärzteschaft würde diese neue KI gerne nutzen, um die kognitive Last zu reduzieren, und die Patienten würden KI gerne nutzen, um die schlechte Verfügbarkeit der Ärzteschaft zu kompensieren.

Ein möglicher Weg, der Ärzteschaft eine KI bereitzustellen, die sie ihm Rahmen ihrer beruflichen Ethik guten Gewissens einsetzen könnte, und erkrankten Bürgern eine KI bereitzustellen, die ein annähernd ähnliches Vertrauensniveau verdient, wie die Ärzteschaft, könnte darin bestehen, einen „Hippokratischen Eid für KI-Entwickler“ einzuführen. Also eine Art Genfer Gelöbnis für Ingenieure, die medizinische Entscheidungsunterstützungssysteme entwickeln und für Firmen, die solche Produkte auf den Markt bringen. Der Geist dieses Gelöbnisses wäre, dass alle an der Erstellung des Produkts Beteiligten geloben, dass sie nach bestem Wissen und Gewissen alles dafür tun werden, dass das Produkt vollumfänglich konform mit dem Geist des Genfer Gelöbnisses ist.

Der Arzt hätte dadurch die Gewissheit, dass er das Produkt einsetzen kann, ohne dass er dadurch seine Berufsethik verletzt. Der Patient hätte die Gewissheit, dass er dem Produkt in ähnlicher Weise vertrauen darf, wie dem Arzt.

*Montags-Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM)
anlässlich des 131. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.
Montag, 5. Mai 2025, 12.00 bis 13.00 Uhr*

Wie genau ein solcher „Hippokratischer Eid für KI-Entwickler“ aussehen könnte, wird derzeit im Rahmen der DGIM-Arbeitsgruppe „KI in der Inneren Medizin“ unter der Leitung von Martin C. Hirsch (Philips-Universität, Marburg) gemeinsam mit Nadine Schlicker (Philips-Universität, Marburg), Kevin Baum (DFKI, Saarbrücken), Deborah Baum (ALGORIGHT e.V., Saarbrücken) und Markus Langer (Albert Ludwigs Universität, Freiburg) erarbeitet.

Es gilt das gesprochene Wort!
Wiesbaden, Mai 2025

STATEMENT

Ärztliche Weiterbildung für die Zukunft der Inneren Medizin: Herausforderungen und Chancen durch die Krankenhausreform

Prof. Dr. med. Georg Ertl, Generalsekretär DGIM

Eine qualitätvolle ärztliche Weiterbildung ist Voraussetzung für die Patientenversorgung und für die Attraktivität des Arztberufes. Klinischer Alltag ohne gesicherte Freiräume für eine strukturierte Weiterbildung führt zur Überlastung der beteiligten Ärzte und zu allgemeiner Unzufriedenheit. Die Musterweiterbildungsordnung (MWBO) muss dies mit notwendigen und erreichbaren Weiterbildungszielen, das Gesundheitssystem mit einer gesicherten Finanzierung der Weiterbildung berücksichtigen. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin erarbeitet wesentliche Anforderungen an eine überarbeitete MWBO zusammen mit den Schwerpunktgesellschaften in der Inneren Medizin, der Jungen DGIM, dem BDI und der Ständigen Konferenz (StäKo) Ärztliche Weiterbildung der Bundesärztekammer (BÄK). Darüber hinaus setzt sie sich entschieden für die Finanzierung der ambulanten und stationären Weiterbildung im Gesundheitssystem ein.

Die DGIM tritt für die Wissenschaftlichkeit in der Medizin und daher in der fachärztlichen Weiterbildung ein: ohne Wissenschaft kein Fortschritt, eine bessere Weiterbildung für eine bessere Medizin. Neues in der Medizin muss in die Weiterbildung integriert werden, wie die genetischen Voraussetzungen für eine personalisierte Medizin oder die digitale Transformation. Die Weiterbildung in der Inneren Medizin ist besonders anspruchsvoll, fordert sie doch teils Spezialwissen in den Schwerpunkten, andererseits eine ganzheitliche Betrachtung. Es besteht Einigkeit bei den internistischen Fachgesellschaften, dass solide Grundkenntnisse in der allgemeinen Inneren Medizin in der Weiterbildung verankert bleiben müssen. Dies ist angesichts des systemischen Charakters internistischer Erkrankungen und der zunehmenden Multimorbidität in unserer alternden Gesellschaft von grundlegender Bedeutung für die Innere Medizin. In der Notaufnahme oder im kleinen Krankenhaus, das nicht alle Schwerpunkte vorhalten kann, werden immer Kenntnisse in der allgemeinen Inneren Medizin gefordert sein.

Die Krankenhausreform wird entscheidenden Einfluss auf die Organisation der Kliniken und ihrer internistischen Abteilungen haben. Die DGIM fordert seit Längerem eine nachhaltige finanzielle und strukturelle Sicherstellung der ärztlichen Weiterbildung. Besonders im Rahmen der Diskussionen um das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) hat die Fachgesellschaft wiederholt betont, dass die Finanzierung der Weiterbildung sichtbar werden muss. Personalressourcen müssen gezielt für die Weiterbildung eingeplant werden, damit Fachärzte ausreichend Zeit haben, junge Ärztinnen und Ärzte strukturiert auszubilden. In mehreren Stellungnahmen und Pressemitteilungen

hat die DGIM die unzureichende Berücksichtigung der Weiterbildung in den Personalbemessungsmodellen kritisiert und forderte eine eigenständige Finanzierung, ähnlich einer Leistungsgruppe und mit Vorhaltekosten. Ohne diese Maßnahmen wird die Qualität der Weiterbildung und mithin der medizinischen Versorgung in der Zukunft gefährdet. Im Rahmen der KHVVG-Anhörung im September 2024 wurde diese Forderung von weiteren Verbänden aufgegriffen und hat offenbar auch bei den Abgeordneten Gehör gefunden. Die DGIM hofft, dass entsprechende Regelungen in die finale Fassung des KHVVG aufgenommen werden, um die ärztliche Versorgung langfristig zu sichern.

Erhöhung des Anteils an Weiterbildungsplätzen in der ambulanten Medizin

Eine Reihe von internistischen Fächern wird zunehmend ambulant. Das heißt, auch die internistische Weiterbildung wird zunehmend ambulant. Hochschulambulanzen könnten heute den wachsenden Bedarf an praxisnaher Weiterbildung nicht decken, bieten durch ihre Nähe zu Forschung und Lehre aber eine ideale Umgebung für die Weiterbildung. Die DGIM plädiert daher dafür, Weiterbildungsplätze in den Hochschulambulanzen vermehrt und mit der Öffnung auch anderer Krankenhäuser für die ambulante Versorgung auch dort einzurichten. Die DGIM setzt sich dafür ein, dass die hausärztliche Versorgung durch Internistinnen und Internisten stärker in der ärztlichen Weiterbildung berücksichtigt wird. Die Rolle der Internisten in der hausärztlichen Versorgung wird in den bisherigen Diskussionen zu wenig berücksichtigt.

- [Stellungnahme vom 28. Februar 2023 zur Krankenhausreform](#)
- [Stellungnahme der AG Junge DGIM vom 1. November 2023 zur Krankenhausreform](#)
- [Pressemitteilung vom 29. Februar 2024 zur Jahrespressekonferenz](#)
- [Stellungnahme zum KHVVG vom 24. April 2024](#)
- [Kommentar zur KHVVG-Anhörung vom 27. September 2024](#)

Es gilt das gesprochene Wort!

Wiesbaden, Mai 2025

STATEMENT

Ohne Wissenschaft kein Fortschritt: Stärkung von Clinician und Medical Scientists für eine bessere Medizin

Professor Dr. med. Dagmar Führer-Sakel
nächste DGIM-Vorsitzende und DGIM-Kongresspräsidentin 2026; Direktorin der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Stoffwechsel am Universitätsklinikum Essen

Wissenschaft als Basis für Fortschritt

Wissenschaft und ärztliches Handeln sind untrennbar miteinander verbunden. Ohne fundierte wissenschaftliche Grundlagen können Prävention, Diagnostik und Therapie nicht weiterentwickelt werden. Clinician Scientists – forschende Ärztinnen und Ärzte – sind entscheidend dafür, dass medizinischer Fortschritt in der klinischen Praxis ankommt. Ihre Rolle ist heute wichtiger denn je. Um dem Mangel an forschenden Ärztinnen und Ärzten entgegenzuwirken und eine qualitätsgesicherte, wissenschaftsorientierte Personalentwicklung in der Hochschulmedizin strukturell zu stärken, hat die Senatskommission für Grundsatzfragen der Klinischen Forschung (SGKF) der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) seit 2015 mehrere Empfehlungen für integrierte Forschungs- und Weiterbildungsprogramme während und nach der Facharztweiterbildung vorgelegt. Parallel dazu hat die DFG eine eigene befristete Förderung von Clinician Scientist Programmen (CSP) an Universitäten gestartet, während das BMBF auf Basis der DFG-Empfehlung Advanced Clinician Scientist Programme fördert.

Doch diese Programme stehen unter Druck: Die Förderung durch die DFG läuft vielerorts aus und tragfähige, nachhaltige Finanzierungsmodelle fehlen bislang. In einem aktuellen Positionspapier betont die SGKF daher nachdrücklich die Notwendigkeit langfristiger Karriereperspektiven für Clinician Scientists in der Hochschulmedizin. Die vorgeschlagenen Zielpositionen – ob klinisch, forschend oder koordinierend – zeigen, wie attraktiv gestaltete Karrierewege aussehen könnten. Auch der Medizinische Fakultätentag (MFT) und der Wissenschaftsrat plädieren nachdrücklich für eine stärkere Verankerung wissenschaftlicher Kompetenzen in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung. Wissenschaft muss integraler Bestandteil des ärztlichen Selbstverständnisses und der ärztlichen Ausbildung sein. Ich sehe es daher als unsere gemeinsame Aufgabe – in Fachgesellschaften, Hochschulen und Politik – die dafür notwendigen strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen zu schaffen.

Auch die DGIM hat sich schon seit längerem als Ziel gesetzt, Wissenschaft und Versorgung stärker zu verzahnen. Dafür investiert sie jährlich rund eine Million Euro in Förderprogramme und Wissenschaftspreise. Ein großer Teil der Fördermittel fließt in die Vergabe von bis zu 6 Stipendien pro

Jahr für das Clinician Scientist Programm und das Advanced Clinician Scientist Programm. Hiermit schafft die DGIM die notwendigen Freiräume für wissenschaftliches Arbeiten neben allen klinischen Belastungen und fördert so herausragende Forschungsprojekte.

Clinician Scientist Programm (CSP):

Fördersumme: 100 000 Euro über drei Jahre

Zielgruppe: Promovierte Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin

Advanced Clinician Scientist Programm (ACSP):

Fördersumme: 120 000 Euro über maximal vier Jahre

Zielgruppe: Promovierte Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, unter 45 Jahre, in (Funktions-)Oberarztposition an Universitätskliniken

Als Internistin und Wissenschaftlerin ist es mir ein zentrales Anliegen, dass wir diese Entwicklung mit Nachdruck verfolgen und unterstützen. Forschung darf nicht als Zusatzaufgabe verstanden werden, sondern muss strukturell verankert sein – als integraler Bestandteil guter Medizin. Ich bin überzeugt: Nur wenn wir forschenden Ärztinnen und Ärzten eine verlässliche Perspektive bieten, können wir langfristig die Innovationskraft und die Versorgungsqualität in der Inneren Medizin sichern.

Rolle der Medical Scientists stärken

Ich aber bin überzeugt: Wissenschaft in der Medizin ist keine rein ärztliche Aufgabe. Auch Naturwissenschaftlerinnen und Naturwissenschaftler – sogenannte Medical Scientists – leisten einen elementaren Beitrag zur Weiterentwicklung diagnostischer und therapeutischer Verfahren. Ihr Beitrag ist für eine moderne, evidenzbasierte Medizin unverzichtbar, wenn wir an Translation oder an Digitalisierung, Informatik, KI, Hochdurchsatztechnologien denken, um nur einige Beispiele zu nennen.

Gezielte Förderangebote für Medical Scientists – etwa in Form von Strukturprogrammen und Tenure Tracks in der Medizin – könnten dabei helfen, ihr Potenzial zu stärken, vor allem an den Universitätskliniken beziehungsweise in Medizinischen Fakultäten, wo sie im Vergleich zu Ärzten eher limitierte Perspektiven haben. Gerade hier aber benötigen wir für nachhaltige Translation und erfolgreichen Transfer Teams aus Medizinerinnen und naturwissenschaftlicher verschiedenster Disziplinen (unter anderem Biologie, Biochemie, Chemie, Physik, Informatik, Pflegewissenschaften, Psychologie) in der patientennahen Forschung.

Eine Förderung von Clinician Scientist und Medical Scientists könnte dazu beitragen, das interdisziplinäre Potenzial von medizinischer Forschung weiter auszubauen und den wissenschaftlichen Fortschritt nachhaltig zu gestalten.

Diese Überlegungen verstehe ich als möglichen Impuls für eine breitere Diskussion in der Fachgesellschaft. Persönlich fördere ich an meiner Essener Klinik ganz gezielt sowohl junge Ärzte und Naturwissenschaftler – und habe daher auch gleich mehrere Clinician und Medical Scientists auf verschiedenen Karrierestufen in mein Kongressteam geholt.

Erweiterung der Versorgungsstrukturen durch Physician Assistants

In vielen Bereichen der Patientenversorgung ist der alleinige Fokus auf die ärztliche Rolle zu kurz gegriffen. Aus meiner Sicht können und müssen wir gerade auch in der Inneren Medizin nichtärztliche Berufsgruppen viel mehr einbeziehen. Sie leisten einen bedeutenden Beitrag zur Sicherstellung und Verbesserung der Versorgung. Dazu gehören Pflegewissenschaften und therapeutischen Gesundheitsfachberufe zum Beispiel im Bereich Diabetes- und Ernährungsberatung, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und die sogenannten Physician Assistants. Diese Berufsgruppen übernehmen bereits heute zentrale Aufgaben in der Versorgung chronisch kranker Patienten bei gleichzeitiger Entlastung des ärztlichen Personals. Gleichzeitig beobachte ich, dass ihre Rolle in der Versorgung häufig noch nicht die strukturelle und fachliche Anerkennung erfährt, die sie verdient. Eine gezielte Weiterentwicklung – etwa durch Akademisierung wie dies in Pflegewissenschaften begonnen hat, erweiterte Handlungsspielräume oder bessere Vernetzung mit ärztlichen Strukturen – könnte ein Weg sein, die vorhandenen Potenziale besser zu nutzen, und zwar für Fortschritt in Versorgung und in der Wissenschaft. Deshalb freue ich mich in meinem Kongressteam auch eine Repräsentantin für Entwicklung und Forschung in der Pflege zu wissen.

Ob und wie nichtärztlichen Berufsgruppen zukünftig systematisch in neue internistische Versorgungsmodelle eingebunden werden können, sollte aus meiner Sicht offen diskutiert werden. Eine rein ärztliche Perspektive greift jedenfalls häufig zu kurz, wenn es darum geht, komplexe Erkrankungen und Versorgungsbedarfe nachhaltig zu adressieren.

Fazit

Die Herausforderungen in der Inneren Medizin können aus meiner Sicht nur bewältigt werden, wenn wir sowohl unsere wissenschaftlichen Strukturen als auch unsere Versorgungsmodelle weiterentwickeln. Die wissenschaftlich tätigen Ärztinnen und Ärzte brauchen dafür ebenso verlässliche Rahmenbedingungen wie die nichtärztlichen Berufsgruppen, die schon heute einen wichtigen Beitrag zur Forschung oder zur Patientenversorgung leisten.

Ich bin überzeugt: Eine Innere Medizin der Zukunft kann nur multiprofessionell, translational und wissenschaftsbasiert sein. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, sollten wir den Dialog nicht nur zwischen Fachgebieten, sondern auch zwischen Berufsgruppen der Inneren Medizin fördern, und über strukturelle Förderung und neue Karrierewege nachdenken. Fortschritt in der Inneren Medizin ist eine gemeinsame Aufgabe – und sollte auch als solche verstanden und unterstützt werden.

Es gilt das gesprochene Wort!
Wiesbaden, Mai 2025

Quellen:

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/pdf/85f8c803-6528-46de-843e-5f875cff7c98>

<https://www.dfg.de/resource/blob/338492/a753ef1f2fae9879befcbf5d0e307731/sgkf-empfehlungen-clinician-scientists-data.pdf>

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

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

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

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

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

Presseempfang mit Imbiss und Getränken: Meet the expert

anlässlich des 131. Kongresses der DGIM

Termin: Montag, 5. Mai 2025, 13.00 bis 14.00 Uhr – im Anschluss an die Pressekonferenz

Treffpunkt: Pressebüro

Anmeldung per Mail: schoeffmann@medizinkommunikation.org

Impulsvortrag

„Willst Du mich behandeln, musst du wissen, wer ich bin“

Prof. Dr. Marie von Lilienfeld-Toal, Direktorin des Instituts für Diversitätsmedizin an der Ruhr-Universität Bochum

Persönlicher Austausch bei Mittags-Imbiss und Getränken

Das Team der DGIM-Pressestelle steht für Austausch, Feedback, Themenideen und Unterstützung rund um Ihre Berichterstattung zur Verfügung.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Janina Wetzstein / Katharina Weber

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Pressestelle

Fon +49[0]711/8931-457/-583

wetzstein@medizinkommunikation.org / weber@medizinkommunikation.org

www.dgim.de / www.kongress.dgim.de

www.linkedin.com/company/dgim-ev/ / www.facebook.com/DGIM.Fanpage/

www.instagram.com/dgim_ev

#dgimkongress