



**Deutsche Gesellschaft  
für Innere Medizin e.V. ®**

## **Eröffnungs-Presskonferenz der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)**

**Termin:** Samstag, 29. April 2017, 12.45 bis 13.45 Uhr

**Ort:** Dorint Kongress Hotel Mannheim, Saal 12 (Johann Sebastian Bach)

**Zugang über:** Congress Center Rosengarten

**Adresse:** Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim

### **Klinik oder Kaufhaus? Ökonomisierung im Gesundheitswesen**

#### **Themen und Referenten:**

##### **Der Klinik-Codex der DGIM: Medizin vor Ökonomie**

*Professor Dr. med. Petra-Maria Schumm-Draeger*

Vorsitzende der DGIM, Ärztliche Direktorin, Zentrum/Innere Medizin/Fünf Höfe, München

##### **Die „Klug entscheiden“-Initiative der DGIM in der Ausbildung und in der Praxis**

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

Generalsekretär der DGIM, Kiel

##### **Wann ist weniger mehr? Rationaler Umgang mit Multimedikation bei Mehrfacherkrankten**

*Professor Dr. med. Daniel Grandt*

Vorsitzender der DGIM-Kommission Arzneimitteltherapie-Management & Arzneimitteltherapiesicherheit, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin I am Klinikum Saarbrücken

##### **Alt, mehrfach erkrankt und zu teuer für unser Gesundheitssystem? Welche Weichenstellungen es für eine gute Versorgung bei Multimorbidität braucht**

*Professor Dr. med. Edouard Battegay*

Direktor der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin am Universitätsspital Zürich

##### **Klinikmanager als Sündenbock? Ökonomisierung im Gesundheitswesen aus Sicht einer kaufmännischen Klinikdirektorin**

*Diplom-Volkswirtin Irmtraut Gürkan*

Kaufmännische Direktorin, Stellvertretende Vorstandsvorsitzende am Universitätsklinikum Heidelberg

##### **Zuwendung aus Menschlichkeit. Ambivalenz des Fortschritts – auch in der Medizin?**

*Karl Kardinal Lehmann*

Emeritierter Bischof von Mainz, ehemaliger Vorsitzender der Deutschen Bischofskonferenz

**Moderation:** *Anne-Katrin Döbler*, Pressestelle der DGIM, Stuttgart

#### **Pressekontakt für Rückfragen:**

DGIM Pressestelle

Janina Wetzstein

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-457

Fax: 0711 8931-167

E-Mail: [wetzstein@medizinkommunikation.org](mailto:wetzstein@medizinkommunikation.org)

Homepage: [www.dgim.de](http://www.dgim.de); [www.dgim2017.de](http://www.dgim2017.de)



**Deutsche Gesellschaft  
für Innere Medizin e.V. ®**

**Eröffnungs-Presskonferenz der  
Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)**

**Termin:** Samstag, 29. April 2017, 12.45 bis 13.45 Uhr

**Ort:** Dorint Kongress Hotel Mannheim, Saal 12 (Johann Sebastian Bach)

**Zugang über:** Congress Center Rosengarten

**Adresse:** Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim

**Klinik oder Kaufhaus? Ökonomisierung im Gesundheitswesen**

**Inhalt:**

**Pressemeldungen**

**Redemanuskripte**

**Selbstdarstellung der DGIM**

**Lebensläufe der Referenten**

**Bestellformular für Fotos**

*Falls Sie das Material in digitaler Form wünschen, stellen wir Ihnen dieses gerne zur Verfügung. Bitte kontaktieren Sie uns per E-Mail unter:*

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

**Pressekontakt für Rückfragen:**

DGIM Pressestelle

Janina Wetzstein

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-457

Fax: 0711 8931-167

E-Mail: [wetzstein@medizinkommunikation.org](mailto:wetzstein@medizinkommunikation.org)

Homepage: [www.dgim.de](http://www.dgim.de); [www.dgim2017.de](http://www.dgim2017.de)



**Deutsche Gesellschaft  
für Innere Medizin e.V. ®**

123. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V.  
29. April bis 2. Mai 2017, Congress Center Rosengarten in Mannheim

## **DGIM: „Sprechende Medizin“ kommt im ärztlichen Alltag zu kurz**

**Mannheim, 29. April 2017 – Oft bleibt im stressigen Klinikalltag und angesichts des ökonomischen Drucks, der auf vielen Medizinern lastet, zu wenig Zeit für den Austausch zwischen Arzt und Patient. Bei betreuungsintensiven Fachdisziplinen wie etwa der Diabetologie oder der Rheumatologie leidet häufig auch der Behandlungserfolg unter der fehlenden Gesprächszeit – mit massiven gesundheitlichen Folgen. Derzeit diskutiert die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM) die Frage, wie sich ärztliche Grundwerte und ökonomische Gesichtspunkte besser vereinen lassen. Auf der heutigen Pressekonferenz im Rahmen des 123. Internistenkongresses in Mannheim stellt die Vorsitzende Professor Dr. med. Petra-Maria Schumm-Draeger erste Ergebnisse des daraus entstehenden „Klinik-Kodex“ vor.**

Statistiken zufolge unterbricht der Arzt seinen Patienten bereits nach 15 Sekunden und stellt vornehmlich sogenannte „geschlossene“ Fragen, auf die der Patient nur mit „Ja“ oder „Nein“ antworten kann. Für „offene“ Fragen wie die nach dem Befinden bleibt zu wenig Zeit. „Das Gespräch mit dem Patienten ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass er überhaupt Vertrauen gewinnen kann – zur Medizin und zum behandelnden Arzt. So können wir ihm beispielsweise Mut machen, eine Behandlung zu beginnen“, sagt Professor Schumm-Draeger, Vorsitzende und Kongresspräsidentin der DGIM aus München. Grundstein für den Austausch zwischen Ärzten und Patienten sei ausreichend Zeit – und diese sei im zunehmend wirtschaftlich orientierten Klinikalltag zu wenig vorhanden. „Die so wichtige ‚Sprechende Medizin‘ kommt häufig viel zu kurz“, meint Schumm-Draeger. „Um sicherzustellen, dass Patienten zukünftig beispielsweise besser über mögliche Risiken von Medikamenten informiert werden, müssen wir im Vergütungssystem Raum für den Austausch mit dem Patienten schaffen.“

Gerade für Menschen mit chronischen Krankheiten wie Diabetes oder Schilddrüsenerkrankungen sind regelmäßige Gespräche mit Ärzten sehr wichtig – denn hier ist eine



## Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. ®

erfolgreiche Betreuung und Behandlung nur mit einer intensiven Arzt-Patienten-Beziehung möglich. Bei der Diabetestherapie kommt dem Patienten beispielsweise eine entscheidende Rolle zu: „Er muss die wesentlichen Therapiemaßnahmen in seinem Alltag dauerhaft und eigenverantwortlich umsetzen“, erläutert die DGIM-Vorsitzende. „Je besser das dem Betroffenen gelingt, desto positiver ist die Prognose für den Verlauf des Diabetes.“ Eine wichtige Voraussetzung dafür ist, dass Patienten – beispielsweise durch Gespräche mit Ärzten – ausreichend Wissen über ihre Erkrankung und genügend Fertigkeiten haben, um damit im Alltag zurechtzukommen. In einem Video veranschaulicht Professor Schumm-Draeger die Bedeutung der „Sprechenden Medizin“ in der Diabetestherapie. Interessierte finden das Video [hier](#).

Neben ihrer Forderung nach einer angemessenen Vergütung für die „Sprechende Medizin“ befasst sich die DGIM intensiv mit der Frage, wie die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen die Bedingungen für Ärzte und Patienten verbessern können. Am Ende der Diskussion soll ein „Klinik-Kodex“ stehen. Erste Punkte daraus diskutieren Experten der DGIM auf der heutigen Eröffnungspressekonferenz anlässlich des 123. Internistenkongresses in Mannheim.

Neben der sprechenden Medizin stehen folgende Themen im Mittelpunkt des Kongresses: die Systemmedizin, Versorgungsforschung in der Inneren Medizin: Gesundheitsökonomische Aspekte von interdisziplinärer Vernetzung/integrierter Versorgung, Digital Health – Chancen und Herausforderungen für Diagnostik und Therapie, der Kardio-metabolische Patient, Diabetologie als fächerübergreifende interdisziplinäre Herausforderung, Endokrinologie – Schnittstelle in der Inneren Medizin und darüber hinaus, individuelle Pharmakotherapie, genderspezifische Aspekte in Diagnostik und Therapie, patientenorientierte Medizin im höheren Lebensalter, Innere Medizin von Prävention bis Palliation und das Curriculum Innere Medizin für Europa. Weitere Informationen zum Kongress finden Interessierte hier: [www.dgim2017.de](http://www.dgim2017.de).

### **Pressekontakt für Rückfragen:**

DGIM Pressestelle  
Janina Wetzstein  
Postfach 30 11 20  
70451 Stuttgart  
Tel.: 0711 8931-457  
Fax: 0711 8931-167  
E-Mail: [wetzstein@medizinkommunikation.org](mailto:wetzstein@medizinkommunikation.org)  
Homepage: [www.dgim.de](http://www.dgim.de); [www.dgim2017.de](http://www.dgim2017.de)



**Deutsche Gesellschaft  
für Innere Medizin e.V. ®**

## **Zahlen und Fakten zum 123. Internistenkongress**

Über **1180** Referenten und Vorsitzende

**1236** Vorträge    **50** Industriesymposien

**608** Vorsitzende    **250** Sitzungen

**12** Posterdiskussionen

**22** Vortragssäle

**104** eingereichte Abstracts

**19** Kurse

**3450** Quadratmeter Fläche in der  
Industrierausstellung

**150** Mitarbeiter organisieren den Kongress

**111** Stände auf **2920** qm Fläche in der  
Industrierausstellung

**8000** erwartete Besucher

## **Klinik Codex: Medizin vor Ökonomie**

Professor Dr. med. Petra-Maria Schumm-Draeger, Vorsitzende der DGIM, Ärztliche Direktorin, Zentrum/Innere Medizin/Fünf Höfe, München

Es ist der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin ein großes Anliegen, sich mit der zentralen und für uns alle, auch berufsübergreifend, entscheidenden Frage auseinanderzusetzen, inwieweit eine werteorientierte, individualisierte und fürsorgliche Medizin in unserem Gesundheitssystem zukünftig sichergestellt und bewahrt werden kann – selbstverständlich auch unter angemessener Berücksichtigung ökonomischer Aspekte.

Dabei sollte der **Mensch** als Patient im Mittelpunkt stehen – seine Versorgung stellt zweifellos eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar, die sowohl die Prävention von Krankheiten, die Früherkennung sowie effektive Behandlung nach dem aktuellsten Stand des medizinischen Fortschritts gewährleisten sollte.

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin beobachtet die Entwicklung der Medizin in Krankenhäusern, Kliniken sowie auch im ambulanten Versorgungsbereich mit großer Sorge: Ärzte geraten zunehmend unter Druck, ihr Handeln einer betriebswirtschaftlichen Nutzenoptimierung unterzuordnen.

Die Fehlentwicklungen – bedingt durch die Ökonomisierung im Gesundheitssystem – nehmen ein bedrohliches Ausmaß an. Damit einher geht die zunehmende Gefahr, dass Patienten, Ärzteschaft, Kostenträger und das Gesundheitssystem insgesamt erhebliche Probleme zu bewältigen haben werden. Der materielle und immaterielle Schaden der Ökonomisierung der Medizin ist beträchtlich. Wir sind der Auffassung, dass dieser Entwicklung dringend Einhalt geboten werden muss und dass diesen bedenklichen, falschen Weichenstellungen im Gesundheitssektor mit konkreten Vorschlägen entgegenzutreten ist. Die DGIM sieht die Notwendigkeit, die Rolle der Ärzteschaft, insbesondere ärztlicher Führungskräfte in Krankenhäusern, vor dem Hintergrund des berufsethischen Selbstverständnisses zu stärken.

Um einen innovativen Impuls für die Wende hin zum Besseren zu geben, erarbeitet die DGIM (über die Evaluierung dieser Situation und die Publikation eines Positionspapiers im letzten Jahr hinaus) gegenwärtig einen sogenannten „Ärztelink Codex“, eine Art „Medical Corporate Governance“-Leitlinie; zunächst für den Kliniksektor als Modellansatz für eine werteorientierte Integration ärztlichen Handelns in einer durch ökonomische Leit- und Erfolgsbilder dominierten Medizin. Ich würde mich sehr freuen, wenn Sie die zentrale Thematik der Ökonomisierung der Medizin berufsübergreifend diskutieren würden, mit dem Ziel, gemeinsam, aus ganz verschiedenen Blick-

winkeln betrachtet, eine Verbesserung zu erreichen, die uns letztlich in unterschiedlicher Weise allen zugutekommen wird.

### **Bisherige wichtige DGIM-Aktivitäten:**

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM) setzt sich seit Jahren intensiv mit dem Thema „Ökonomisierung“ auseinander. So entstanden unter anderem Publikationen zu den Themenbereichen

- Kritik der DGIM an Bonusverträgen<sup>1</sup> (2012)
- Analyse der konkreten Zusammenarbeit zwischen ärztlichen Führungskräften und kaufmännischen Führungskräften in deutschen Kliniken<sup>2</sup> (DGIM-Studie „Ärzte-Manager“ 2014)
- Kritik der DGIM an der zunehmenden Ökonomisierung der klinischen Patientenversorgung<sup>3</sup> (DGIM Positionspapier 2016)
- „Klug entscheiden“-Initiative<sup>4</sup> der DGIM (2016)

### **Bestehende Instrumente bilden das Thema Ökonomisierung nicht ausreichend ab.**

Für Ärztinnen und Ärzte existieren derzeit eine Vielzahl ethischer Statements, Eide, Gelöbnisse und Kodizes auf nationaler und supranationaler Ebene, beispielsweise:

- Der hippokratische Eid (in Deutschland bei der Approbation nicht verpflichtend zu leisten)
- Das „Genfer Gelöbniß“
- WMA International Code of Medical Ethics
- (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBOÄ 1997 – in der Fassung des Beschlusses des 118. Deutschen Ärztetags 2015 in Frankfurt am Main
- Prinzipien der biomedizinischen Ethik

---

<sup>1</sup> Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM): Im Krankenhaus Fehlentwicklungen durch falsche Anreize stoppen!, veröffentlicht am 18.7.2012, Wiesbaden 2012.

<sup>2</sup> DGIM-Studie „Ärzte-Manager 2013“ - Konfliktpotenzial im Krankenhaus: Die Zusammenarbeit zwischen ärztlicher und kaufmännisch-wirtschaftlicher Leitung, in: Dtsch Med Wochenschrift 3014, 139: 726-734, U.R. Fölsch, T.Kapitza et.al.; Thieme Verlag Stuttgart.

<sup>3</sup> Schumm-Dräger PM et.al.: Patient ist kein Kunde; Dtsch Med. Wochenschrift; DOI 10.1055/s-0042-111258; Georg Thieme Verlag, Stuttgart 2016.

<sup>4</sup> Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM): Klug entscheiden - eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM); veröffentlicht als Sonderdruck Deutsches Ärzteblatt, 113/Heft 23, 1.4.2015, Deutsche Ärzte-Verlag Köln 2016 (12 Seiten).

Die komplexe Schnittstelle zwischen ärztlichem Handeln/ärztlicher Berufsausübung im Klinikalltag und ökonomischen Einflüssen und Sachverhalten am Arbeitsplatz wird in diesen Werte-Dokumenten nur sehr wenig, beziehungsweise implizit in Abhängigkeit von der jeweils konkreten Exegese berücksichtigt.

In den letzten Jahren wurde verstärkt eine Fortschreibung bestehender Eide und Gelöbnisse diskutiert.

### **Der neue Klinik Codex als Innovationsprojekt:**

Die berufliche Arbeitssituation von Klinikärztinnen und -ärzten in Deutschland ist zunehmend geprägt durch die negativen Auswirkungen der Ökonomisierung im Gesundheitssystem.

Angesichts der zunehmenden Brisanz der Ökonomisierung hat sich die DGIM seit dem Jahr 2015 mit der Vision beschäftigt, der Ärzteschaft durch einen ethikbezogenen Kodex einen Orientierungsrahmen und Hilfestellung anzubieten.

Seit September 2016 wird der neue Klinik Codex erarbeitet. Es wurden dazu zwei Workshops (November 2016/Januar 2017 in Berlin) durchgeführt. Weitere Bearbeitungen erfolgten (Redaktions-sitzungen) in den darauffolgenden Wochen. Wir gehen davon aus, dass der Klinik Codex nach redaktioneller Bearbeitung in Kürze zur Verfügung stehen wird.

Allen Beteiligten sei schon an diese Stelle für die konstruktive, intensive und zielführende Zusammenarbeit herzlich gedankt.

### **Klinik Codex-Vorstellung:**

Die konkrete Klinik Codex-Einführung bei dessen potentiellen Zielgruppen im Gesundheitssektor und der Gesamtgesellschaft, insbesondere bei

- Medizinischen Fachabteilungen in Gesundheitseinrichtungen
- Ärzteschaft und ärztlichen Führungskräften in Gesundheitseinrichtungen
- Gesundheitspolitik
- Medizinischen Fachgesellschaften und Berufsverbänden
- Allgemeine Öffentlichkeit

Es werden zusätzlich verschiedene Veranstaltungen in den nächsten Monaten stattfinden.



## **Ökonomisierung im Gesundheitswesen**

### **Die „Klug entscheiden“-Initiative der DGIM in der Ausbildung und in der Praxis**

Professor Dr. med. Dr. h. c. Ulrich R. Fölsch, Generalsekretär der DGIM, Kiel

Die Initiative „Klug entscheiden“ der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und ihrer 12 Schwerpunktgesellschaften unterscheidet sich von der amerikanischen Kampagne dadurch, dass nicht nur die Überversorgung im diagnostischen und therapeutischen Bereich sondern auch solche Maßnahmen adressiert werden, die häufig nicht durchgeführt werden, obwohl sie für den Patienten nutzbringend wären.

Die von der DGIM eingerichtete Konsensus-Kommission hat mittlerweile 115 Empfehlungen verabschiedet und in 20 Artikeln publiziert. Zur weiteren Bekanntmachung und Implementierung der „Klug entscheiden“-Empfehlungen (KEE) wurde anschließend eine Reihe von Maßnahmen ergriffen. Dazu gehören unter anderen die systematische Einbindung von KEE-Symposien auf den Jahreskongressen der DGIM und den Kongressen der Schwerpunktgesellschaften sowie die Einbeziehung von KE-Empfehlungen bei der Erstellung künftiger Leitlinien.

Ein besonderes Augenmerk wurde darauf gerichtet, ein Forschungsprojekt zu initiieren und zu fördern, um Studierende der Medizin mit dem Grundkonzept und den Inhalten der „Klug entscheiden“-Initiative vertraut zu machen. Die Entscheidung für oder gegen spezifische diagnostische und therapeutische Maßnahmen ist eine wesentliche medizinische Kompetenz und sollte daher im Studium trainiert werden.

In verschiedenen Gesprächen mit Repräsentanten der Krankenversicherungen erörtern wir Wege, diese Empfehlungen in die Praxis zu tragen. Damit ist beabsichtigt, diejenigen Ärztinnen und Ärzte für ihre Patienten erkennbar zu machen, die sich mit der „Klug entscheiden“-Initiative durch den Besuch entsprechender Fortbildungsveranstaltungen vertraut gemacht haben.

Es ist weiterhin beabsichtigt, den KE-Empfehlungen über die Konzeption und zeitnahe Umsetzung einer Webplattform eine Heimat zu geben und so den Ärzten jederzeit verfügbar zu machen.

Schließlich gilt es, den Erfolg der „Klug entscheiden“-Initiative zu evaluieren – im Hinblick auf Verbreitung, Umsetzung und natürlich letztlich in Bezug auf die Verbesserung der Versorgungsqualität unserer Patienten. Möglichkeiten hierzu sind Befragungen, die Analyse von Versorgungsdaten, aber auch prospektiv die Betrachtung der Umsetzung zukünftiger „Klug entscheiden“-Empfehlungen.

## **Wann ist weniger mehr? Rationaler Umgang mit Multimedikation bei Mehrfacherkrankten**

Professor Dr. med. Daniel Grandt, Vorsitzender der DGIM-Kommission Arzneimitteltherapie-Management & Arzneimitteltherapiesicherheit, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin I am Klinikum Saarbrücken

Arzneimittel sind nach dem ärztlichen Gespräch das am häufigsten angewandte Therapieprinzip. Sie lindern Symptome, heilen Erkrankungen und sind manchmal unmittelbar lebensrettend. Arzneimittel können aber auch zu Nebenwirkungen führen, die nicht nur beeinträchtigend, sondern auch gefährlich sind und Patienten relevant schädigen. Besonders gefährdet, vermeidbare Schäden durch Arzneimitteltherapie zu erleiden, sind Patienten, die viele Arzneimittel gleichzeitig einnehmen. Das ist eigentlich nicht verwunderlich.

Verwunderlich aber ist, dass es gerade für diese Patienten mit sogenannter „Polypharmazie“ kaum Handlungsanweisungen gibt, wie Arzt und Patient das „zu viel“ von „sicher erforderlich“ unterscheiden und die Qualität und Sicherheit der Therapie optimieren. Hier mangelt es nicht an der Qualität des Arztes, sondern an der Qualität der Evidenz: Leitlinien und die ihnen zugrunde liegenden klinischen Studien betrachten in der Regel Patienten mit EINER Erkrankung. Patienten mit mehreren gleichzeitig bestehenden Erkrankungen, sogenannter „Multimorbidität“, sind nicht oder nicht ausreichend berücksichtigt. Wenn man nun alle Leitlinien für alle Erkrankungen eines multimorbiden Patienten für diesen anwendet, resultiert daraus häufig eine Anhäufung von Medikamenten, die nicht aufeinander abgestimmt und nicht selten eher gefährlich als hilfreich ist. Das bedeutet nicht – und auch hier gibt es zum Teil ein Missverständnis –, dass eine große Zahl gleichzeitig verordneter Arzneimittel immer schädlich und daher zu reduzieren ist. Vielmehr geht es um die richtige Auswahl und Kombination von Arzneimitteln für die Erkrankungen und Therapieziele des individuellen Patienten. Damit geht es auch um die Entscheidung, auf ein Arzneimittel zu verzichten, das bei Betrachtung nur der einzelnen Erkrankung durchaus seine Berechtigung hätte.

Und damit sind wir bei dem einzig praxistauglichen Lösungsansatz, der Bewertung und Priorisierung von Therapiezielen für den einzelnen Patienten und der strukturierten Prüfung der Gesamtmedikation zur Minimierung vermeidbarer Risiken. Um hier eine ausgewogene Berücksichtigung der verschiedenen Fachgebiete zu erreichen, hat die DGIM eine Arbeitsgruppe gegründet, in der neben der Allgemeinmedizin (DEGAM) über 20 weitere medizinische Fachgesellschaften und die Deutsche Gesellschaft für klinische Pharmazie mitarbeiten. Im fachgebietsübergreifenden Konsens werden in der hausärztlichen Praxis umsetzbare Handlungsempfehlungen für Polypharmazie entwickelt, die in dem vom Innovationsfonds geförderten Projekt AdaM zu Verbesserung der AMTS bei Patienten mit Polypharmazie der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und der BARMER eingesetzt und evaluiert werden. Wann weniger mehr ist und wie „weniger“ aussehen sollte, werden wir beantworten.

*Es gilt das gesprochene Wort!*  
Mannheim, April 2017

**Alt, mehrfach erkrankt und zu teuer für unser Gesundheitssystem? Welche Weichenstellungen es für eine gute Versorgung bei Multimorbidität braucht**

Professor Dr. med. Edouard Battegay, Direktor der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin am Universitätsspital Zürich

Die meisten Leute, die Dienstleistungen im Gesundheitswesen in Anspruch nehmen, sind multimorbid, das heißt, sie haben mehrere Gesundheitsprobleme gleichzeitig. Dies ist wichtig für Patienten und die wesentlichste Herausforderung für alle Stakeholder im Gesundheitssystem. Etwa 20 bis 30 Prozent der Bevölkerung und etwa 90 Prozent der auf einer Inneren Medizin hospitalisierten Patienten sind multimorbide. Die Anzahl der Diagnosen bei einer einzelnen Person steigt mit dem Alter stark an. Dies ist Folge besserer sozialer Bedingungen und dem damit verbundenen besseren Überleben sowie Resultat der erfolgreichen Bekämpfung von akuten und chronischen Erkrankungen. Patienten erleben somit eine zweite, dritte und weitere Erkrankung.

Die Komplexität der Herausforderungen und die Kosten steigen mit der Anzahl gleichzeitig bestehender Erkrankungen weit überproportional. Dies liegt unter anderem an der zunehmenden Komplexität und den therapeutischen Konflikten zwischen an Einzelerkrankungen orientierten Behandlungsprozessen. Zum Beispiel sollte die Blutverdünnung, die einen Patienten wegen einer Herzerkrankung erhält, wegen gleichzeitiger Darmblutung abgesetzt werden. Ein Dilemma, dessen Auflösung wesentliche personelle, materielle, zeitliche und finanzielle Ressourcen beansprucht. Ärztliche Arbeit verschiebt sich damit auch von schematischer Behandlung von Einzelerkrankungen zur Koordination und Auflösung von Dilemma-Situationen, also weg vom Patientenbett zum interdisziplinären, interprofessionellen Gespräch und zum koordinierenden Führen. Dies setzt auch die „Connectivity“ der den Patienten begleitenden elektronischen Systeme voraus, zum Beispiel der Krankengeschichten.

In alternden Bevölkerungen treten Mehrfacherkrankungen in typischen Konstellationen auf, in sogenannten Clustern. Zum Beispiel stürzt eine ältere Patientin und bricht sich die Hüfte. Sie zeigt einen schlurfenden Gang, ist mangelernährt, leicht dement, depressiv, verwitwet und vereinsamt. In dieser Situation genügt die alleinige Behandlung der gebrochenen Hüfte nicht. Es braucht auch eine Behandlung der Depression und der vielleicht wegen Mangelernährung aufgetretenen Demenz, neben der körperlichen Rehabilitation. Ignoriert man die Gründe, die zum Sturz und zur gebrochenen Hüfte führten, muss man gewärtigen, dass die Patientin in wenigen Wochen nach erneutem Sturz wieder wegen einem Bruch des Oberarmknochens in das Spital eintritt. Ein Ignorieren der Mehrfacherkrankung führt damit zu fehlender Nachhaltigkeit und höheren Sekundärkosten sowie letztlich einer entmenschlichten und röhrenförmig auf superspezialisierte, betriebswirtschaftlich lohnende Kompetenzen eingegrenzte Medizin. Bedauerlicherweise berücksichtigt das in der Schweiz erst kürzlich eingeführte DRG-System komplexe Multimorbidität kostenmäßig nur ungenügend und fördert damit einen Trend zur Vereinzelung und Dissoziation der Behandlungen und Kompetenzen.

Verschiedene Fachgesellschaften und regulatorische Institutionen haben deshalb eine Stärkung der koordinierenden, umfassenden und nachhaltigen Betreuung gefordert. Zum Beispiel verlangt „Advanced Medical Home“ des American College of Physicians und anderer Organisationen unter anderem eine Betreuung nach dem Prinzip “Comprehensive, Coordinated and Continuous Care”. Auch andere regulatorische oder fachliche Gremien haben analoge Überlegungen in den Vordergrund gerückt, um die weitere und kostspielige Atomisierung der Betreuung von Patienten unter Kontrolle zu bekommen. Die Rolle von Allgemeininternisten ist dabei, einen Teil der Grundversorgung sicher zu stellen, Patienten vom Symptom zur Diagnose zu führen (Differenzialdiagnose) und multimorbide, komplexe Patienten ambulant und im Spital koordinierend zu betreuen. Dazu braucht es insbesondere bei alternden Bevölkerungen, sogenannten „Superaging Societies“, ein Umdenken im Gesundheitssystem. Allgemeininternisten sollen als „Spezialisten“ für Continuity, Comprehensiveness und Coordination ambulant und stationär wirken: Koordinierend, umfassend und nachhaltig!

*Es gilt das gesprochene Wort!*  
Mannheim, April 2017

## **Klinikmanager als Sündenbock? Ökonomisierung im Gesundheitswesen aus Sicht einer kaufmännischen Klinikdirektorin**

Diplom-Volkswirtin Irmtraut Gürkan, Kaufmännische Direktorin, Stellvertretende Vorstandsvorsitzende am Universitätsklinikum Heidelberg

Als kaufmännische Direktorin eines Universitätsklinikums verstehe ich mich vielmehr als Partner der Kliniker, der Chefärzte denn als Sündenbock.

Wir wissen: Die vorhandenen Mittel für Gesundheitsausgaben sind limitiert, die Bedürfnisse nahezu unbegrenzt. Wie der Gesundheitsökonom Professor Oberender schon Anfang 2000 beschrieben hat, könnten die Gesundheitsausgaben bei mangelnder Steuerung bis 2030 leicht 50 bis 60 Prozent des BSP erreichen. Die uns allen bekannten Gründe dafür sind der medizinische Fortschritt und die alternde Gesellschaft.

Deshalb ist wirtschaftliches Handeln zugleich ethisches Handeln. Denn mit den uns zur Verfügung stehenden Mitteln im Gesundheitswesen können wir nur die prioritären Patientenbedürfnisse befriedigen, müssen diese Mittel bedarfsgerecht und klug einsetzen. Dabei sind die Ärzte und das Klinikmanagement gleichermaßen gefordert. Selbstverständlich muss im Gesundheitswesen das Primat der Medizin gelten. Wir alle wissen aber auch: Was medizinisch wünschenswert ist, ist ökonomisch nicht immer leistbar. Diese Diskrepanz können wir nur gemeinsam auflösen.

Das gilt auf der betrieblichen Ebene des Krankenhauses, wo wir gemeinsam entscheiden müssen, wie wir die uns zur Verfügung stehenden Gelder am besten einsetzen. Wir diskutieren über die richtigen Medikamente und Medikalprodukte, wir diskutieren über den angemessenen Personaleinsatz, wir diskutieren aber auch, welche Leistungen unser Krankenhaus insgesamt erbringen soll und wie wir die Qualität der Leistungen sicherstellen können. Dabei müssen wir auch bereit sein, auf Leistungen zu verzichten, für die wir entweder nicht den Auftrag oder die notwendige Infrastruktur oder die nötige Expertise haben – im Interesse unserer Patienten.

Auf der Makroebene sind in Deutschland Entscheidungen über die Krankenhausstruktur überfällig. Die heute bestehende Fehlallokation in Form von Über- und Unterversorgung sollte mutig identifiziert und abgestellt werden. Auch hier ist die Expertise des Managements und aller Leistungserbringer, das heißt den Ärzten in den Krankenhäusern wie auch im vertragsärztlichen Bereich, gefordert. Ordnungspolitische Entscheidungen müssen dann allerdings von den Landesbehörden getroffen werden.

Vor schwierigen Entscheidungen wie der Schließung eines Krankenhauses sollte vorab ein Entscheidungsprozess mit den Experten wie auch möglichen Interessenvertretern stattfinden. Idealerweise stehen dann alle Beteiligten zu der getroffenen Entscheidung, und es werden keine Sündenböcke identifiziert.

*Eröffnungs-Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)  
Samstag, 29. April 2017, 12.45 bis 13.45Uhr, Mannheim*

Die Ökonomie muss die Medizin unterstützen, nicht die Medizin der Ökonomie dienen. Dann sind Klinikmanager keine Sündenböcke, sondern Partner der Ärzte.

*Es gilt das gesprochene Wort!*  
Mannheim, April 2017



## Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. ®

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

Gegründet 1882 vertritt die DGIM bis heute die Interessen der gesamten Inneren Medizin: Sie vereint als medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft aller Internisten sämtliche internistische Schwerpunkte: Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Geriatrie, Hämato-Onkologie, Infektiologie, Intensivmedizin, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie und Rheumatologie. Angesichts notwendiger Spezialisierung sieht sich die DGIM als integrierendes Band für die Einheit der Inneren Medizin in Forschung, Lehre und Versorgung. Neueste Erkenntnisse aus der Forschung sowohl Ärzten als auch Patienten zugänglich zu machen, nimmt sie als ihren zentralen Auftrag wahr. Zudem vertritt die Gesellschaft die Belange der Inneren Medizin als Wissenschaft gegenüber staatlichen und kommunalen Behörden und Organisationen der Selbstverwaltung.

Im Austausch zwischen den internistischen Schwerpunkten sieht die DGIM auch einen wichtigen Aspekt in der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses. Die DGIM setzt dies im Rahmen verschiedener Projekte um. Zudem engagiert sie sich für wissenschaftlich fundierte Weiterbildung und Fortbildung von Internisten in Klinik und Praxis.

Innere Medizin ist das zentrale Fach der konservativen Medizin. Als solches vermittelt sie allen Disziplinen unverzichtbares Wissen in Diagnostik und Therapie. Insbesondere der spezialisierte Internist benötigt eine solide Basis internistischer Kenntnisse. Denn er muss Ursachen, Entstehung und Verlauf, Diagnostik und Therapie der wichtigsten internistischen Krankheitsbilder kennen, einschätzen und im Zusammenhang verstehen. Zentrales Element ist dabei das Kennenlernen von Krankheitsverläufen über längere Zeitstrecken und das Verständnis für die Komplexität der Erkrankung des einzelnen Patienten. Die DGIM sieht sich dafür verantwortlich, jedem Internisten das dafür notwendige Wissen zu vermitteln. Zudem setzt sie sich dafür ein, dass jeder Internist ein internistisches Selbstverständnis entwickelt und behält.

Die DGIM hat zurzeit rund 25 000 Mitglieder. Sie ist damit eine der größten wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften Deutschlands. Innerhalb der vergangenen Jahre hat sich die Zahl ihrer Mitglieder mehr als verdoppelt. Der Zuspruch insbesondere junger Ärzte bestärkt die DGIM einmal mehr in ihrem Anliegen, eine modern ausgerichtete Fachgesellschaft auf traditioneller Basis zu sein.

## **Curriculum Vitae**

Professor Dr. med. Petra-Maria Schumm-Draeger  
Vorsitzende der DGIM, Ärztliche Direktorin, Zentrum/Innere  
Medizin/Fünf Höfe,  
Theatinerstr. 15, 80333 München,  
Tel.: +49 (0)89 443889200  
Fax: +49 (0)89 443889210  
Email: schumm-draeger@zim-fuenf-hoefe.de  
Web: www.zim-fuenf-hoefe.de



\* 1956

### **Beruflicher Werdegang:**

1972–1980	Medizinstudium, Universität Frankfurt
1980	Staatsexamen, Promotion und Approbation, Amerikanisches Examen (ECFMG)
1988	Anerkennung als Ärztin für Innere Medizin
1989	Habilitation für das Fach „Innere Medizin“
1991	Anerkennung Teilgebiet Endokrinologie, Diabetologin DDG
1989–1993	Oberärztin der Abteilung Endokrinologie und Diabetologie
1993–2002	Leitende Oberärztin der Medizinischen Klinik I, Schwerpunkt Endokrinologie, Diabetes, Stoffwechsel und Angiologie, Geschäftsführende Oberärztin des Zentrums für Innere Medizin der Universität Frankfurt
1995	Verleihung der akademischen Bezeichnung „außerplanmäßiger Professor“ für Innere Medizin an der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main
1999–2000	„Limited Permit to Practice Medicine“ (Staat: New York, USA) und wissenschaftliche Kooperation mit Professor J. Friedman, Rockefeller University, N.Y.
2002–2016	Chefärztin der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Angiologie des Klinikums Bogenhausen (Städtisches Klinikum München GmbH), akademisches Lehrkrankenhaus, Technische Universität München
2002	Umhabilitation, außerplanmäßige Professorin für Innere Medizin an der Technischen Universität (TU) München, Klinikum rechts der Isar, München
Seit 7/2016	Ärztliche Direktorin, Zentrum/Innere Medizin/Fünf Höfe; München



**Klinische und wissenschaftliche Schwerpunkte:**

klinische und experimentelle Schilddrüsenforschung (Autoimmunthyreopathien, benigne und maligne Struma), klinische Diabetologie (Typ-2-Diabetes: neue therapeutische Interventionen, Früherkennung und Therapie kardiovaskulärer Folgeerkrankungen, interdisziplinäre/fach-übergreifende Diabetestherapie in der Klinik), polyglanduläres Autoimmunsyndrom

**Publikationen:**

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

**Wissenschaftliche Auszeichnungen:**

1983/1992 Von-Basedow-Forschungspreis der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie  
1988 Von-Langenbeck-Preis der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

**Aktivitäten in Fachgesellschaften und Mitgliedschaften (Auswahl):**

- Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM):
  - 1. Vorsitzende und Präsidentin der DGIM 2016/2017
  - Mitglied der Kommission „Struktur und Krankenversorgung“ der DGIM
- European Federation of Internal Medicine (EFIM):
  - Mitglied Administrative Council und der „Working Group on Professional Issues in Internal Medicine in Europe“ (seit 2003)
  - Kongresspräsidentin des 17. European Congress of Internal Medicine (ECIM) 2018
- Berufsverband Deutscher Internisten (BDI):
  - Vorstandsmitglied, unter anderem hauptverantwortlich für die bundesweite Fortbildung des BDI (seit 2008)
- 1. Stellvertretende Vorsitzende des Landesverbandes Bayerischer Internisten (seit 2011)
- Gesellschaft für Fortschritte in der Inneren Medizin (Ludwig-Heilmeyer-Gesellschaft)
- Worldwide Initiative of Diabetes Education: Board of Directors (seit 2012)
- Kuratorin der Deutschen Diabetes Stiftung (DDS) und „Verbindungskuratorin“ zur Stiftung „Der herzkranke Diabetiker“ (seit 2004)
- Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE; Vizepräsidentin 1997–2000)
- Berufsverband Deutscher Endokrinologen (BDE), Beiratsmitglied (seit 2000)
- Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)
- American Diabetes Association (ADA)
- European Association for the Study of Diabetes (EASD)
- International Diabetes Federation (IDF)
- Endocrine Society (USA)

## Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Dr. h. c. Ulrich R. Fölsch  
Generalsekretär der DGIM, Kiel

\* 1943



### Beruflicher Werdegang:

#### *Studium:*

Medizinstudium in Berlin, Zürich, Heidelberg

#### *Medizinische Ausbildung:*

- |                |  |
|----------------|--|
| 1969–1970      | Medizinalassistent in Heidelberg und Pforzheim   |
| 1970–1971      | Wissenschaftlicher Assistent am Pathologischen Institut der Universität Heidelberg (Leiter: Professor Dr. W. Doerr)  |
| 10/1971–2/1973 | DFG-Stipendiat an der Universität Dundee/Schottland im Department of Pharmacology and Therapeutics (Professor Dr. K.G. Wormsley)   |
| 3/1973–3/1982  | Wissenschaftlicher Assistent an der Medizinischen Klinik, Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie der Georg-August-Universität Göttingen (Leiter: Professor Dr. W. Creutzfeldt) |
| 3/1982–8/1990  | Klinischer Oberarzt der Medizinischen Universitätsklinik Göttingen   |

### Auszeichnungen:

- |         |   |
|---------|---|
| 1979    | Theodor-Frerichs-Preis der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin  |
| 1/1999  | Erfolgreiche Einwerbung des Kompetenznetzes „Entzündliche Darmerkrankungen“ zusammen mit den Medizinischen Fakultäten der Universitäten in Homburg, Regensburg und Tübingen |
| 4/2002  | Honorary Fellow des American College of Physicians  |
| 9/2003  | Honorary Fellow der European Federation of Internal Medicine  |
| 10/2004 | Honorary Fellow der Chilean Society of Internal Medicine  |
| 2/2011  | Ehrenmitgliedschaft der Nordwestdeutschen Gesellschaft für Innere Medizin (NWGIM)   |
| 5/2011  | Ehrenmitgliedschaft der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)  |
| 5/2012  | Verleihung der Ehrendoktorwürde durch die Carol Davila Universität zu Bukarest, Rumänien  |

**Aktivitäten in wissenschaftlichen Gesellschaften:**

1981–1985	Sekretär des European Pancreatic Club
1985–1986	Präsident der European Society for Clinical Investigation
Seit 1986	Mitglied im Beirat der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten
1997–1998	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten
1999–2000	Präsident des European Pancreatic Club
Seit 8/2001	Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin
2003–2004	Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

**Mitglied der Schriftleitung der folgenden Zeitschrift:**

- World Journal of Gastroenterology

**Funktionen und Ämter:**

9/1990–3/2009	Direktor der Klinik für Allgemeine Innere Medizin, I. Medizinische Klinik, Universitätsklinikum S-H, Campus Kiel, emeritiert
WS 00/01–SS 03	Prodekan der Medizinischen Fakultät der CAU zu Kiel
1999–2010	Sprecher des Kompetenznetzes Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen sowie Sprecher aller Kompetenznetze
2002–2008	Mitglied des Fachkollegiums (Gutachter) der Deutschen Forschungsgemeinschaft
2004–2011	Vorstandsvorsitzender der Telematikplattform für Medizinische Forschungsnetze e. V.
2004–2011	Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft universitärer Gastroenterologen (AUG)
Seit 4/2011	Generalsekretär der DGIM

## **Curriculum Vitae**

Professor Dr. med. Daniel Grandt  
Vorsitzender der DGIM-Kommission Arzneimitteltherapie-Management  
& Arzneimitteltherapiesicherheit, Chefarzt der Klinik für Innere  
Medizin I am Klinikum Saarbrücken



### **Beruflicher Werdegang:**

Daniel Grandt, MD, Medical Faculty University of Essen-Duisburg, Professor of Internal Medicine,  
Head of Department of Internal Medicine I, Klinikum Saarbruecken,

Member of the Board of Directors of the Drug Commission of the German Medical Association, the  
International Medication Safety Network (IMSN), the WHO expert group “Research on Patient  
Safety“ (World Alliance for Patient Safety), expert panel member and reviewer for the WHO “Small  
Research Grant Project”, Chairman of the Working Group on Medication Safety of the German  
Association of Internal Medicine, President of the German Congresses on Medication safety  
2005–2013, Founding member and CEO (2005–2007) of the German Coalition on Patient Safety.

## **Curriculum Vitae**

Professor Dr. med. Edouard Battegay  
Direktor der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin am  
Universitätsspital Zürich

\*1956



### **Beruflicher Werdegang:**

- Jetzige Position seit 2007
- Karriereschritte: Oberarzt, leitender Arzt, Chefarzt und Ordinarius ambulante Innere Medizin Universitätsspital Basel
- Weiterbildung (klinisch, wissenschaftlich) in Basel, Seattle/USA
- Humanmedizin Universität Basel (Aufenthalte am Montreal General Hospital und CHUV in Lausanne)

### **Kernkompetenzen:**

- Strategische und operationelle Führung in Institutionen des Gesundheitssystems
- Multimorbidität (insbesondere Disease-Medication-Interactions, therapeutische Konflikte), Differenzialdiagnose, Hypertonie, Herzkreislaufprävention, Gefäßbiologie, Allgemeine Innere Medizin (akademischer Generalist)
- Versicherungsexpertise; Aufbau und Leitung von versicherungsrelevanten Institutionen im Cluster von „Work and Health“

### **Aufsichtsfunktionen:**

- Gründer und Präsident Kompetenzzentrum Multimorbidität, Vize-Direktor, universitärer Forschungsschwerpunkt „Dynamics of Healthy Aging“, Leitungsmittglied Zentrum für Gerontologie Universität Zürich
- Delegierter der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin beim Vorstand und Ausschuss der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin
- Gründer und Präsident Zurich Academy of Internal Medicine
- Verwaltungsrat RehaClinic AG

### **Forschung und Publikationen:**

- Multimorbidität, Hypertonie, Angiogenese
- Herausgeber und Autor von Büchern, unter anderem des Standardwerkes „Differenzialdiagnose Innerer Krankheiten“ (21. Aufl. März 2017)

## **Curriculum Vitae**

Diplom-Volkswirtin Irmtraut Gürkan  
Kaufmännische Direktorin, Stellvertretende Vorstandsvorsitzende am  
Universitätsklinikum Heidelberg

\* 1952



### **Beruflicher Werdegang:**

Studium der Volkswirtschaftslehre in Göttingen

1976	Abschluss als Diplom-Volkswirtin
1977–1979	AOK Frankfurt, Vertragsabteilung für den Bereich Krankenhäuser
1979–2002	Universitätsklinikum Frankfurt
Ab 1984	Stellvertretende Verwaltungsdirektorin
Ab 1990	Verwaltungsdirektorin und nach Rechtsformwechsel
2001	Kaufmännische Direktorin
Seit 2003	Kaufmännische Direktorin, Universitätsklinikum Heidelberg

### **Mitgliedschaften:**

- Mitglied des Verwaltungsrats des Universitätsspitals Kanton Basel
- Mitglied des Hochschulrates der RWTH Aachen
- Mitglied des Aufsichtsrates des DRK-Blutspendedienstes
- Baden-Württemberg–Hessen gemeinnützige GmbH
- Mitglied des Aufsichtsrates der MediClin AG
- Mitglied des Stiftungsrates der Deutschen Stiftung  
Organtransplantation
- Stellvertretende Vorsitzende des DIHK-Ausschusses für  
Gesundheitswirtschaft

## **Curriculum Vitae**

**Karl Kardinal Lehmann**  
Emeritierter Bischof von Mainz, ehemaliger Vorsitzender der Deutschen  
Bischofskonferenz

\* 1936



Als Bischof von Mainz war Kardinal Karl Lehmann der 87. Nachfolger des heiligen Bonifatius, der von 746 bis 754 Erzbischof von Mainz war und den Beinamen „Apostel der Deutschen“ trägt. Lehmann war am 23. Juni 1983 von Papst Johannes Paul II. zum Bischof von Mainz ernannt worden. Gewählt hatte ihn das Mainzer Domkapitel am 3. Juni 1983. Sein Vorgänger, Kardinal Hermann Volk, weihte ihn am 2. Oktober 1983 im Mainzer Dom zum Bischof. Als bischöflichen Wahlspruch wählte Lehmann ein Wort aus dem ersten Korintherbrief des Apostels Paulus: „Stete in fide – Steht fest im Glauben (1. Kor 16,13)“. Besondere Höhepunkte in Lehmanns Amtszeit waren die Teilnahme am Konklave im April 2005, aus dem Kardinal Joseph Ratzinger als Papst Benedikt XVI. hervorging, sowie am Konklave im März 2013, das Papst Franziskus (Kardinal Jorge Mario Bergoglio) zu seinem Nachfolger wählte. Papst Johannes Paul II. hatte Lehmann am 28. Januar 2001 zum Kardinal ernannt und ihm beim Konsistorium am 21. Februar 2001 im Vatikan die Kardinalswürde verliehen.

In der Reihe der Mainzer Oberhirten seit Bonifatius (gestorben 754) ist Kardinal Lehmann erst der fünfte Bischof, der sein 30. Bischofsjubiläum im Amt begehen konnte. Bei seiner Vorstellung als Bischof von Mainz im Rahmen einer Pressekonferenz im Mainzer Haus am Dom am 23. Juni 1983 sagte Lehmann: „Ich komme gerne, um mit Ihnen allen auf einem altherwürdigen Stück Boden der europäischen Christenheit den Glauben der Kirche in unverbrüchlicher Treue zu seinen Ursprüngen und zu seiner großen Geschichte, aber auch in Treue zu den Menschen, die hier und heute mit ihren Fragen und Nöten leben, zu bezeugen und weiterzugeben bis an die Schwelle des dritten Jahrtausends und darüber hinaus, wie und solange Gott es will.“

### **Wichtige Ereignisse in Lehmanns Amtszeit im Bistum Mainz:**

Als Diözesanbischof hat Lehmann das Bistum Mainz in vielfältiger Weise geprägt und immer wieder die Sorge um die Nöte der Menschen in den Mittelpunkt seines Handelns gerückt. Erinnerung sei an sein Engagement für wiederverheiratete Geschiedene oder den Lebensschutz. 1993 veröffentlichte er mit Erzbischof Oskar Saier (Freiburg) und Bischof Walter Kasper (Rottenburg-Stuttgart) das Gemeinsame Hirtenwort der Bischöfe der Oberrheinischen Kirchenprovinz „Zur seelsorglichen Begleitung von Menschen aus zerbrochenen Ehen, Geschiedenen und Wiederverheirateten Geschiedenen“.

Nach dem Ausstieg der Katholischen Kirche in Deutschland aus der Schwangerenkonfliktberatung mit Beratungsnachweis gründete er im Januar 2001 im Bistum die Initiative „Netzwerk Leben“. Ihr Ziel ist

es, über die konkrete Schwangerenberatung von Caritas und dem Sozialdienst katholischer Frauen (SkF) hinaus das Bewusstsein und das Engagement für den Lebensschutz im Bistum Mainz zu fördern. Bereits 1996 führte Lehmann mit der Strukturreform „...damit Gemeinde lebt“ die Kooperative Pastoral als Grundkonzept der Seelsorge im Bistum Mainz ein. Mit Abschluss der Strukturreform „Lebendige Gemeinden in erneuerten pastoralen Einheiten“ am 1. Februar 2007 wurde die bisher eher lose Zusammenarbeit der Gemeinden durch Kooperationsverträge verbindlich geregelt. Die Menschen und Pfarreien seines Bistums hat Lehmann während seiner Amtszeit in unzähligen Begegnungen kennengelernt: „Inzwischen kenne ich jede Scheune im Bistum“, hat er einmal die Erfahrungen bei seinen zahlreichen Pfarreibesuchen zusammengefasst. Dabei legt er immer großen Wert auf die Begegnung mit ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Weitere wichtige Ereignisse in Lehmanns Amtszeit waren der 93. Deutsche Katholikentag in Mainz (10. bis 14. Juni 1998), das Jubiläumsjahr anlässlich des 900. Geburtstages der heiligen Hildegard von Bingen (Eröffnung am 13. September 1997 in Bingen) mit einer großen Ausstellung im Mainzer Dom- und Diözesanmuseum sowie im Jahr 2012 die Heiligsprechung von Hildegard und ihre Erhebung zur Kirchenlehrerin durch Papst Benedikt XVI., das Jubiläum „200 Jahre Bistum Mainz“ im Jahr 2002 (200 Jahre nach der Wiedererrichtung im Jahr 1802) mit dem Diözesan-Katholikentag als Höhepunkt, die Eröffnung der Bonifatius-Route im Bonifatius-Jahr 2004 und die „Tage der Begegnung“ im Bistum Mainz im Vorfeld des XX. Weltjugendtages 2005, der in Köln stattfand. Beim Abschlussgottesdienst im Mainzer Bruchwegstadion predigte Lehmann vor 18 000 Jugendlichen aus aller Welt. Mit dem Jubiläumsjahr „1000 Jahre Willigis-Dom“ erinnerte das Bistum 2009 an den Abschluss der Bauarbeiten am Mainzer Dom unter Erzbischof Willigis vor 1000 Jahren im Jahr 1009. Durch die Einweihung des Bildungszentrums Erbacher Hof in Mainz am 27. Februar 1988 erhielt das Bistum einen zentralen Veranstaltungsort.

Lehmann hat auch stets die Auslandsbeziehungen des Bistums gepflegt, etwa zur Diözese Oppeln in Polen. Unter anderem war das Bistum 1994 dort bei der Gründung der Universität und des Priesterseminars finanziell beteiligt.

Ein Schwerpunkt seines Wirkens, das er auch als Bischof und Vorsitzender der Deutschen Bischofskonferenz immer intensiv verfolgt hat, ist die Ökumene. Bereits während seiner Mainzer Professur wurde er im Jahr 1969 Mitglied des Arbeitskreises katholischer und evangelischer Theologen, der nach den beiden Gründern benannte Jaeger-Stählin-Kreis. 1975 wurde er wissenschaftlicher Leiter des Kreises von katholischer Seite, und 1988 übernahm er in der Nachfolge von Kardinal Hermann Volk den Vorsitz von katholischer Seite. Stets weist Lehmann bei seinen öffentlichen Auftritten darauf hin, dass es keine Alternative zur Ökumene gibt: „Ich bin überzeugt, dass wir auf dem eingeschlagenen Weg des ökumenischen Gesprächs weiter vorangehen müssen.“



Lehmanns Bedeutung und die Wertschätzung, die ihm von der Gesellschaft entgegengebracht wird, ist neben zahlreichen Preisen und Ehrungen auch an den Feiern anlässlich seiner Jubiläen abzulesen. Zu den Feierlichkeiten an seinem 60. Geburtstag im Jahr 1996 kam Bundeskanzler Helmut Kohl. An seinem 70. Geburtstag würdigte ihn Bundeskanzlerin Angela Merkel vor rund 1300 Gästen in der Mainzer Rheingoldhalle. Als Anfang Dezember 2007 anlässlich der Feierlichkeiten zum 60. Geburtstag des Landes Rheinland-Pfalz die 100 größten Rheinland-Pfälzer gewählt wurden, belegte Kardinal Lehmann Platz fünf. Bei der Wahl, zu der der Südwestrundfunk (SWR) sowie die Tageszeitungen „Rhein-Zeitung“ und „Rheinpfalz“ aufgerufen hatten, waren mehr als 25 000 Stimmzettel abgegeben worden.

Karl Lehmann wurde am 16. Mai 1936 in Sigmaringen als Sohn des Volksschullehrers Karl Lehmann und seiner Frau Margarete geboren. Nach seiner Schulzeit in Sigmaringen studierte er zwischen 1956 und 1964 Philosophie und Theologie in Freiburg und Rom. Am 10. Oktober 1963 wurde er in Rom von Kardinal Julius Döpfner zum Priester geweiht. 1962 und 1967 erwarb Karl Lehmann Dokortitel in Philosophie und Theologie mit Arbeiten über den Philosophen Martin Heidegger und über das Thema „Auferweckt am dritten Tag nach der Schrift“. Als Assistent von Karl Rahner zwischen 1964 und 1967 arbeitete er an den Universitäten von München und Münster, erlebte aber auch das Zweite Vatikanische Konzil in Rom (1962–1965) aus nächster Nähe mit. Mit 32 Jahren (1968) wurde er auf den Lehrstuhl für katholische Dogmatik und Theologische Propädeutik in Mainz berufen; drei Jahre später übernahm er in Freiburg/Breisgau die Professur für Dogmatik und Ökumenische Theologie. An beiden Universitäten ist er heute Honorarprofessor.

1983 wurde er zum Bischof von Mainz gewählt und ernannt. Am 2. Oktober 1983 empfing er die Bischofsweihe im Mainzer Dom. Im Jahr 1985 wurde er zum stellvertretenden Vorsitzenden der Deutschen Bischofskonferenz gewählt. 1987 folgte die Wahl zum Vorsitzenden der Deutschen Bischofskonferenz. In den Jahren 1993, 1999 und 2005 wurde er in diesem Amt für jeweils weitere sechs Jahre durch Wahl bestätigt. Zum 18. Februar 2008 trat er aus gesundheitlichen Gründen vom Amt des Vorsitzenden der Deutschen Bischofskonferenz zurück. In der Deutschen Bischofskonferenz übernahm er daraufhin den Vorsitz der Glaubenskommission. Von 1993 bis 2001 war er Erster Vizepräsident des Rates der Europäischen Bischofskonferenzen (CCEE). Am 28. Januar 2001 ernannte ihn Papst Johannes Paul II. zum Kardinal. In dieser Funktion nahm er am Konklave im April 2005 teil, aus dem Papst Benedikt XVI. (Kardinal Joseph Ratzinger) hervorging, sowie am Konklave im März 2013, das Papst Franziskus (Kardinal Jorge Mario Bergoglio) zu seinem Nachfolger wählte.

Neben seinen Aufgaben als Theologieprofessor und als Bischof sowie als Vorsitzender der Deutschen Bischofskonferenz hat sich Karl Lehmann stets in vielen weiteren Institutionen und Gremien engagiert: Er war unter anderem Mitglied der Gemeinsamen Synode der Bistümer in Deutschland (1971-1975), war von 1969 bis 1983 im Zentralkomitee der deutschen Katholiken (ZdK) und ist seit

1969 im Ökumenischen Arbeitskreis evangelischer und katholischer Theologen. Von 1974 bis 1984 gehörte er der Internationalen Theologenkommission beim Heiligen Stuhl in Rom an und war von 1986 bis 1998 in der Glaubenskongregation. Von 1997 bis 2011 war er Mitglied der Vermögensverwaltung des Apostolischen Stuhls (Apsa) und von 1998 bis 2012 Mitglied in der Kongregation für die Bischöfe. Seit 2002 ist er Mitglied des Päpstlichen Rates zur Förderung der Einheit der Christen und Mitglied in der Kongregation für die Ostkirchen sowie des Päpstlichen Rates für die Sozialen Kommunikationsmittel.

Lehmann ist zudem Mitglied der Akademie der Wissenschaften und der Literatur in Mainz, der Europäischen Akademie der Wissenschaften in Salzburg sowie seit 2005 Ehrenmitglied der Akademie der gemeinnützigen Wissenschaften zu Erfurt. Hinzu kommen neben zahlreichen weiteren Auszeichnungen mittlerweile acht Ehrendoktorwürden, das Große Bundesverdienstkreuz mit Stern und Schulterband (2000), die Ehrenbürgerschaft der Landeshauptstadt Mainz (2001) und der Universität Mainz (2006) sowie der Ehrenring der Görres-Gesellschaft (2001).

Papst Franziskus hat am 16. Mai 2016, dem 80. Geburtstag von Kardinal Lehmann, dessen Rücktrittsgesuch als Bischof von Mainz angenommen. Damit ist der Bischofsstuhl von Mainz vakant. Der Kardinal ist nun „Bischof emeritus“ (Bischof em.). Er bleibt Kardinal, verliert aber mit der Altersschwelle von 80 Jahren automatisch das Recht, an einer künftigen Papstwahl teilzunehmen und scheidet aus den Vatikanischen Gremien aus, deren Mitglied er war.

**Weitere Auszeichnungen und Lebensereignisse seit der Emeritierung:**

2016	Mercator-Professur der Universität Duisburg-Essen
2016	Martin-Luther-Medaille der Evangelischen Kirche Deutschlands
2016	Wilhelm-Leuschner-Medaille des Landes Hessen
2016	„Barmherziger Samariter“ der Caritas für die Diözese Mainz
2016	Vorsitzender der Johannes-Stiftung des Bistums Mainz
2017	Freiheitspreis der Ahrweiler Freiheitswochen



**Deutsche Gesellschaft  
für Innere Medizin e.V. ®**

**Bestellformular Fotos:**

**Eröffnungs-Presskonferenz der  
Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)**

**Termin:** Samstag, 29. April 2017, 12.45 bis 13.45 Uhr

**Ort:** Dorint Kongress Hotel Mannheim, Saal 12 (Johann Sebastian Bach)

**Zugang über:** Congress Center Rosengarten

**Adresse:** Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim

**Klinik oder Kaufhaus? Ökonomisierung im Gesundheitswesen**

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

- Professor Dr. med. Petra-Maria Schumm-Draeger
- Professor Dr. med. Dr. h. c. Ulrich R. Fölsch
- Professor Dr. med. Daniel Grandt
- Professor Dr. med. Edouard Battegay
- Diplom-Volkswirtin Irmtraut Gürkan
- Karl Kardinal Lehmann

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

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

**Pressekontakt für Rückfragen:**

DGIM Pressestelle  
Janina Wetzstein  
Postfach 30 11 20  
70451 Stuttgart  
Tel.: 0711 8931-457  
Fax: 0711 8931-167  
E-Mail: wetzstein@medizinkommunikation.org  
Homepage: www.dgim.de; www.dgim2017.de