



## **Mittags-Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)**

Termin: Dienstag, 21. April 2009, 13.00 bis 14.00 Uhr

Ort: Rhein-Main-Hallen Wiesbaden, Saal 12 D

### **Themen und Referenten:**

#### **Ausblick auf den 116. Internistenkongress**

Professor Dr. med. Jürgen Schölmerich, Vorsitzender der DGIM 2009/2010, Direktor der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I am Klinikum der Universität Regensburg, Facharzt für Innere Medizin, Gastroenterologie, Regensburg

#### **Borreliose in Deutschland: Hysterie oder ernsthafte Bedrohung?**

Professor Dr. med. Peter Herzer, niedergelassener Arzt für Innere Medizin und Rheumatologie, München

#### **Spenderblut ist knappes Gut – neueste Erkenntnisse zur Bluttransfusion**

Professor Dr. med. Lothar Engelmann, Leiter der Internistischen Intensivmedizin am Universitätsklinikum Leipzig A.ö.R.

#### **Medizin zwischen den Geschlechtern: Schlagen Frauenherzen anders?**

Professor Dr. med. Vera Regitz-Zagrosek, Direktorin des Instituts für Geschlechterforschung in der Medizin (GiM), Charité – Universitätsmedizin Berlin

*sowie:*

Professor Dr. med. Hans-Peter Schuster, Generalsekretär Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM), Städtisches Krankenhaus Hildesheim

#### Kontakt für Journalisten:

DGIM Pressestelle  
Anne-Katrin Döbler/Anna Julia Voormann  
Postfach 30 11 20  
70451 Stuttgart  
Tel.: 0711 8931-552  
Fax: 0711 8931-167  
E-Mail: voormann@medizinkommunikation.org  
Homepage: [www.dgim.de](http://www.dgim.de); [www.dgim2009.de](http://www.dgim2009.de)

#### Pressebüro vor Ort (vom 18. bis 22.4.2009):

Rhein-Main-Hallen Wiesbaden, Raum Nassau  
Tel.: 0611 144-739  
Fax: 0611 144-740



## **Mittags-Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)**

Termin: Dienstag, 21. April 2009, 13.00 bis 14.00 Uhr

Ort: Rhein-Main-Hallen Wiesbaden: Saal 12 D

### **Inhalt:**

#### **Pressemeldungen:**

**Spenderblut ist knappes Gut:  
Mediziner müssen mit Bluttransfusionen haushalten**

**Sogar die Labormäuse sind männlich  
Frauen in Arzneimittelentwicklung stärker  
berücksichtigen**

#### **Redemanuskripte:**

Professor Dr. med. Jürgen Schölmerich

Professor Dr. med. Peter Herzer

Professor Dr. med. Lothar Engelmann

Professor Dr. med. Vera Regitz-Zagroseck

### **Einladung und Programmvorschau auf den 116. Internistenkongress**

### **Curriculum Vitae 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: [spirgat@medizinkommunikation.org](mailto:spirgat@medizinkommunikation.org).*

#### **Kontakt für Journalisten:**

DGIM Pressestelle

Anne-Katrin Döbler/Anna Julia Voormann

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-552

Fax: 0711 8931-167

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

Homepage: [www.dgim.de](http://www.dgim.de); [www.dgim2009.de](http://www.dgim2009.de)

#### **Pressebüro vor Ort (vom 18. bis 22.4.2009):**

Rhein-Main-Hallen Wiesbaden, Raum Nassau

Tel.: 0611 144-739

Fax: 0611 144-740



115. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)  
18. bis 22. April 2009, Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden

## **Spenderblut ist knappes Gut**

### **Mediziner müssen mit Bluttransfusionen haushalten**

**Wiesbaden, 21. April 2009 – Die Bereitschaft Blut zu spenden, ist in den vergangenen zehn Jahren stark gesunken: Weniger als drei Prozent der Bevölkerung spenden regelmäßig. Gleichzeitig steigt der Bedarf an Blutkonserven ständig an. Etwa um das Jahr 2015 erwarten Fachleute kritische Engpässe in der Versorgung. Wie mit dem Spenderblut sparsam umzugehen ist, erörtern Mediziner auf dem 115. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), der vom 18. bis 21. April 2009 in Wiesbaden stattfindet.**

„Die Rahmenbedingungen erfordern mit dem knappen Spenderblut rationell zu verfahren“, sagt Professor Dr. med. Lothar Engelmann, Leiter der Internistischen Intensivmedizin am Universitätsklinikum Leipzig. Ein Ansatz bestehe darin, Blutentnahmen bei Patienten auf der Intensivstation zu reduzieren. Die häufige Entnahme von Blut sei ein Grund dafür, dass Patienten Transfusionen benötigten.

Für die tägliche Praxis bedürfe es zudem Richtlinien, die einen reduzierten Einsatz von Transfusionen ermöglichen – ohne den Patienten dadurch zu gefährden, so der Experte im Vorfeld des Internistenkongresses. Untersuchungen ergaben, dass Patienten von einer Verringerung der Bluttransfusionen sogar profitieren, erläutert Engelmann. Entscheidend ist dabei der Wert des roten Blutfarbstoffs Hämoglobin. Bei Gesunden liegt er je nach Geschlecht um 14 Gramm Hämoglobin pro Deziliter Blut. „Eine große Studie hat gezeigt, dass eine restriktive Transfusionsphilosophie mit einem angestrebten Hämoglobin-Wert zwischen sieben und neun bei kritisch Kranken höhere Überlebensraten aufweist als eine liberale Strategie mit HB-Werten über neun“, so Engelmann. Ausgenommen davon seien Patienten mit Herzinfarkt und Angina pectoris.



Noch vor zehn Jahren war der Anteil der Blutspender mehr als doppelt so hoch wie heute. Neben der nachlassenden Bereitschaft zur Spende – vor allem bei jüngeren Menschen – sind auch schärfere Sicherheitsrichtlinien für den Rückgang verantwortlich. Menschen, die nur helles Fleisch essen, erfüllen zum Beispiel kaum die vorgegebenen Mindestwerte für Hämoglobin. Wer in Regionen mit hohem Infektionsrisiko reist, darf danach erst einmal nicht spenden. Und viele ältere Menschen scheiden aus, da sie regelmäßig Medikamente einnehmen oder das Höchstalter von 68 Jahren überschreiten.

Demgegenüber ist die Medizin mehr und mehr auf das Blut und Plasma von Spendewilligen angewiesen. Gründe für den steigenden Bedarf sind neue operative Verfahren und aggressivere Therapien. Bei einer Operation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine etwa benötigt ein Patient mindestens zehn Blutspenden. Krebspatienten brauchen häufig nach einer Chemo- oder Strahlentherapie Transfusionen. Experten schätzen, dass rund 80 Prozent aller Deutschen mindestens einmal im Leben Blutkonserven oder Medikamente aus Blutplasma benötigen. Wege mit dem knappen Gut zu haushalten und Anreize für Spenden zu setzen diskutieren Experten auf dem 115. Internistenkongress in Wiesbaden.

**Terminhinweis:**

Dienstag, 21. April 2009, 13.00 bis 14.00 Uhr  
Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden, Saal 12

**Mittagspressekonferenz**

**Eines der Themen: Spenderblut ist knappes Gut – moderne Erkenntnisse zu Bluttransfusionen**

Referent: Professor Lothar Engelmann. Leipzig

Dienstag 21. April 2009, 14.30 bis 16.00 Uhr, Halle 1

**Clinical Year in Review**

**Eines der Themen: Bluttransfusion**

Referent: Professor Lothar Engelmann. Leipzig

Kontakt für Journalisten:

DGIM Pressestelle  
Anne-Katrin Döbler/Anna Julia Voormann  
Postfach 30 11 20  
70451 Stuttgart  
Tel.: 0711 8931-552  
Fax: 0711 8931-167  
E-Mail: voormann@medizinkommunikation.org  
Homepage: www.dgim.de; www.dgim2009.de

Pressebüro vor Ort (vom 18. bis 22.4.2009):

Rhein-Main-Hallen Wiesbaden, Raum Nassau  
Tel.: 0611 144-739  
Fax: 0611 144-740



115. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)  
18. bis 22. April 2009, Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden

**Sogar die Labormäuse sind männlich**

**Frauen in Arzneimittelentwicklung stärker berücksichtigen**

**Wiesbaden, 21. April 2009 – Arzneimittel wirken bei Frauen und Männern unterschiedlich. Auch Nebenwirkungen treffen die Geschlechter nicht in der gleichen Form. Sie treten zudem bei Frauen 1,5-mal häufiger auf als bei Männern. Die Entwicklung von Medikamenten berücksichtigt Unterschiede von weiblichem und männlichem Organismus und Stoffwechsel jedoch oft nicht. Weshalb Frauen später als Männer von Infarkten betroffen sind, und wie Ärzte bei der medikamentösen Therapie das Geschlecht der Patienten berücksichtigen sollten, ist eines der Themen auf dem 115. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) vom 18. bis 22. April 2009 in Wiesbaden.**

Frauen und Männer leiden unterschiedlich häufig an bestimmten Krankheiten. Auch auf Arzneimittel sprechen sie unterschiedlich an. Zum Beispiel führt der für Männer hilfreiche Wirkstoff Digitalis zur Behandlung chronischer Herzschwäche bei Frauen sogar zu einer erhöhten Sterblichkeit. Ebenso scheinen Frauen auf Medikamente gegen Herzrhythmusstörungen stärker zu reagieren und vermehrt unter Nebenwirkungen zu leiden.

Bereits die Entwicklung von Arzneimitteln berücksichtigt die weibliche Biologie und deren Stoffwechsel kaum: „Klinische Studien werden immer noch meist an jungen Männern durchgeführt, und die Labortests nehmen Forscher an jungen männlichen Mäusen vor“, so die Direktorin des Instituts für Geschlechterforschung an der Charité Berlin, Professor Dr. med. Vera Regitz-Zagrosek, im Vorfeld des 115. Internistenkongresses. Dass die Entwicklung von Substanzen vor allem am männlichen Organismus erfolgt, habe zweierlei unerwünschte Folgen: „Zum einen wissen wir nicht, wie die Stoffe den Krankheitsverlauf bei Frauen beeinflussen und welche Nebenwirkungen bei ihnen auftreten können. Zum anderen können wir nicht sagen, welche Intervention zu einer Verbesserung der Erkrankung bei den Weibchen geführt hätte.“



Großes Potenzial für die Entwicklung besserer Substanzen bliebe weitgehend ungenutzt, so die Kardiologin Regitz-Zagrosek. Denn Frauen leben im Schnitt fünf Jahre länger.

Tierexperimente an weiblichen und männlichen Mäusen konnten zudem zeigen, dass bei weiblichen Tieren ein Herzinfarkt weniger bleibende Schäden am Herzen hinterlässt als bei Männchen. „Frauen scheinen bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen biologische Vorteile zu haben. Welche das sind und wie wir diese Erkenntnisse auch für Männer nutzen können, ist ein vielversprechender Ansatz für die Arzneimittelentwicklung“, betont die Expertin. Den Nutzen einer geschlechterspezifischen Forschung und Therapie diskutieren Experten im Rahmen des 115. Internistenkongresses der DGIM in Wiesbaden.

#### **Terminhinweis:**

Mittwoch, 22. April 2009, 7.00 bis 8.00 Uhr

**Tutorial: „Schlagen Frauenherzen anders?“**

Halle 4/1 in den Rhein-Main-Hallen Wiesbaden

Referentin: Professor Dr. med. Vera Regitz-Zagrosek, Berlin

#### Kontakt für Journalisten:

DGIM Pressestelle

Anne-Katrin Döbler/Anna Julia Voormann

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-552

Fax: 0711 8931-167

E-Mail: voormann@medizinkommunikation.org

Homepage: [www.dgim.de](http://www.dgim.de); [www.dgim2009.de](http://www.dgim2009.de)

#### Pressebüro vor Ort (vom 18. bis 22.4.2009):

Rhein-Main-Hallen Wiesbaden, Raum Nassau

Tel.: 0611 144-739

Fax: 0611 144-740

## **Ausblick auf den 116. Internistenkongress**

Professor Dr. med. Jürgen Schölmerich, Vorsitzender der DGIM 2009/2010, Direktor der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I am Klinikum der Universität Regensburg, Facharzt für Innere Medizin, Gastroenterologie, Regensburg

Das Programm des 116. Internistenkongresses im Jahr 2010 wird sich schwerpunktmäßig mit vier Hauptthemen beschäftigen:

### **Bildgebung in der Inneren Medizin**

Die Bildgebung spielt in der Inneren Medizin in allen Schwerpunkten eine zunehmend wichtige Rolle, die Fortschritte auf diesem Gebiet sind in den letzten Jahren dramatisch. Hier soll den Teilnehmern ein Überblick über die Möglichkeiten der Bildgebung vom Ultraschall über die radiologischen Verfahren und die Kernspintechiken bis zur Endoskopie gegeben werden. Gleichzeitig sind Programmkomponenten vorgesehen, die ein Training in der Interpretation und bezüglich der Sonografie auch in der Durchführung von Untersuchungen ermöglichen. Kollegen aus dem Fach der Radiologie werden die Fakultät des Kongresses anreichern.

### **Infektionskrankheiten und Entzündung**

Infektionskrankheiten und Entzündung haben ebenfalls in allen Schwerpunkten der Inneren Medizin einen wichtigen Platz. Dabei spielen neue, importierte oder beispielsweise durch Resistenzentwicklung auch klassische und „alte“ Infektionen eine zunehmende Rolle. Die neuen Möglichkeiten einer Entzündungshemmung und einer Immunsuppression haben für viele Krankheiten bis vor wenigen Jahren undenkbar Fortschritte gebracht. Sie führen aber auch durch die Schwächung des Immunsystems zu neuen Infektionen.

### **Intensiv- und Notfallmedizin**

Die Intensiv- und Notfallmedizin steht im Fokus verschiedener Fachgebiete der Medizin. Sie muss aber wegen der besonderen Bedeutung der Inneren Medizin für die Differenzialdiagnose und die Pharmakotherapie jedem Internisten geläufig sein. Die Vielzahl internistischer Notfälle von der Sepsis über den Herzinfarkt bis zu schweren endokrinen oder rheumatologischen Krisen soll in diesem Hauptthema abgebildet werden. Natürlich müssen auch die Grenzen der Medizin hier besonders bedacht werden.

### **Schnittstellen zu benachbarten Fächern**

Die Multimorbidität einer alternden Bevölkerung und neue Entwicklungen und Möglichkeiten operativer und interventioneller Medizin führen dazu, dass „gute Medizin“ immer häufiger interdisziplinär ist. Das vierte Hauptthema des Kongresses soll daher besonders Schnittstellen zu benachbarten Fächern wie Dermatologie, Chirurgie, Anästhesiologie, Radiologie, Neurologie und Pathologie präsentieren. Hier haben Kollegen aus diesen Fächern aktiv bei der Programmgestaltung mitgewirkt und werden natürlich die Fakultät des Kongresses ebenfalls bereichern.

Diese Hauptthemen werden auf „Pfad“ durch den ganzen Kongress angeboten und im Programmheft durch Farben hervorgehoben und gekennzeichnet sein. Damit soll dem Besucher die Möglichkeit gegeben werden, sich konsequent einem Hauptthema zu widmen. Wie in den Vorjahren wird im Programm zudem ein „Facharztzpfad“ vorgeschlagen werden, der einen umfassenden Überblick über Inhalte der internistischen Weiterbildung erlaubt. Erstmals wird es auch am Samstag und Sonntag ein komplettes Programm der DGIM geben, um insbesondere allen Kollegen, die in Kliniken arbeiten, die Möglichkeit zu bieten, im kollegialen Wechsel am Kongress teilzunehmen.

Fallorientiertes Lernen erweist sich in Aus- und Weiterbildung immer wieder als besonders nachhaltig und ist für die eigene Bearbeitung komplizierter internistischer Krankheitsbilder unverzichtbar. Hier soll auf dem 116. DGIM-Kongress 2010 Bewährtes wie die klinischen Foren weitergeführt werden und im Rahmen von Tutorials und Pro-Con-Sitzungen vermehrt Gewicht auf fallorientierte Präsentationen gelegt werden.

### **Weitere Besonderheiten des 116. DGIM-Kongresses im Jahr 2010:**

#### **Posterausstellung**

Die Posterausstellung wird ohne Konkurrenzveranstaltungen stattfinden und von einem Imbiss begleitet sein. Dies bietet Gelegenheit zum ungezwungenen Gespräch mit jungen Wissenschaftlern und betont den Stellenwert der wissenschaftlichen Arbeit und Präsentation der Ergebnisse.

#### **Chances DGIM 2010**

Es sollen gezielt MedizinstudentInnen und junge Mediziner angesprochen werden und ein speziell für dieses Zielpublikum ausgerichtetes Programm gerade am Samstag und Sonntag das Kongressangebot vermehrt ergänzen. Dies bietet Gelegenheit, einen unmittelbaren Kontakt zum medizinischen Nachwuchs zu etablieren.

#### **Kunstoase DGIM 2010**

Unter dem Motto „Kunst für Ärzte – Ärzte als Künstler“ wird 2010 erstmalig eine Ausschreibung für Ärzte und Medizinstudenten stattfinden, dessen Gewinner die Kunstoase der DGIM 2010 gestalten dürfen.

#### **„Sonowald“**

Zur praktischen Ergänzung des Hauptthemas Bildgebung wird in einem eigenen Raum der Ausstellung ein „Sonowald“ errichtet. Hier können Teilnehmer täglich zweimal 90 Minuten praktische Übungen zur Sonografie und Echokardiografie an modernen Geräten unter Anleitung von Experten absolvieren. Insbesondere die „virtuelle Sonografie“ am Phantom sowie neue Applikationen wie Doppler- und Kontrastmittel-Sonografie und Interventionsmöglichkeiten werden demonstriert.

Außerhalb der Übungszeiten wird der Raum als Teil der Industrieausstellung zur Präsentation der Geräte durch die ausstellenden Firmen genutzt. Die Trainingsphasen finden parallel zu den Vortragsblöcken statt.

### **Kinderkrippe und -garten**

Um auch Eltern die Möglichkeit zum Besuch der DGIM zu ermöglichen, wird das Angebot der Kinderbetreuung weiter ausgebaut. Es besteht auch für Kinder unter 8 Monaten die Möglichkeit, während der Kongresszeiten in einem kindgerecht eingerichteten Bereich von geschultem Personal betreut zu werden.

### **Patiententag**

In bewährter Art und Weise wird auch 2010 ein Patiententag im Rathaus der Stadt Wiesbaden stattfinden. Experten aus allen Bereichen der Inneren Medizin stellen hier in vielfältigen Vorträgen patientennah aktuelle Gesundheitsthemen vor. Bei Gesundheitschecks und individuellen Beratungsgesprächen bekommen Patienten die Möglichkeit, direkten Kontakt mit den Medizinern aufzunehmen und mit ihnen in Diskussion zu treten.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Wiesbaden, April 2009

## **Lyme-Borreliose: Hysterie oder ernsthafte Bedrohung?**

Professor Dr. med. Peter Herzer, niedergelassener Arzt für Innere Medizin und Rheumatologie, München

Die Beschreibung der Lyme-Borreliose ist ein großer Fortschritt in der Medizin. Bislang unklare Krankheitsbilder konnten definiert und schließlich geheilt werden. Die Bedeutung dieser Multisystemerkrankung mit vorwiegendem Befall der Haut, des Nervensystems, des Herzens und der Gelenke wurde nur sehr zögerlich zur Kenntnis genommen. Inzwischen ist aber eine eklatante Überdiagnostik der Lyme-Borreliose zu beobachten. Ursachen hierfür sind Unkenntnis oder Missachtung wissenschaftlich fundierter diagnostischer und differenzialdiagnostischer Kriterien. Die Diagnose ist in erster Linie klinisch zu begründen. Mit Laboruntersuchungen kann nur eine erfolgte Infektion nachgewiesen werden, positive Befunde können aber auch von einer früher gegebenenfalls klinisch inapparent verlaufenen Infektion herrühren. Die Interpretation der Befunde kann also nur im Kontext mit den klinischen Befunden erfolgen. (Es gibt unzählige „Seroborreliosen“. Nicht die Borrelien-Serologie ist das Problem, mangelhaft ist oft nur die Interpretation der Befunde!) Späte Stadien einer Lyme-Borreliose können immerhin mit großer Sicherheit serologisch ausgeschlossen werden.

In aller Regel sind Antibiotika therapeutisch wirksam. Therapierefraktäre Fälle sind sehr selten. (Die häufigste Ursache für ineffektive antibiotische Therapien der Lyme-Borreliose sind Fehldiagnosen!) In den meisten Fällen eines sogenannten Post-Lyme-Borreliose-Syndroms fehlt eine plausible Kausalität. (Vor allem bei vieldeutigen Befindlichkeitsstörungen ist oft nur der Verdacht auf eine Lyme-Borreliose chronisch geworden.)

Mit dieser derzeit populären Krankheit wird oft ein Kausalitätsbedürfnis nach individuellen Bedürfnissen bedient. Der verständliche Wunsch des Patienten nach Erklärung und Heilung aller möglichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen wird befriedigt von einer Vielzahl von „Lyme-Experten“ in verschiedenen Borreliose-Zentren. Das Internet bietet zudem eine ideale Bühne für pseudowissenschaftliche Elaborate. Die Beweggründe für alternative Diagnosen und Therapien sogenannter oder selbst ernannter „Lyme-Experten“ sind wahrscheinlich vielschichtig, wobei auch monetäre Faktoren im Vordergrund stehen können. Jedenfalls sind die wiederholte Anwendung von Laboruntersuchungen mit zudem oft wissenschaftlich nicht evaluierten oder gar mystischen „Lyme-Tests“ („Gelddruckmaschinen“) sowie irrationale therapeutische Verfahren (Antibiotika-Missbrauch) auch ein nicht unerheblicher wirtschaftlicher Faktor. Die zunehmende Überdiagnostik der Lyme-Borreliose hat den Hautgout verantwortungsloser kommerzieller Aspekte. (Warum sind die alternativen Labormethoden eigentlich nur bei den Patienten für die Diagnose nötig, die sehr vieldeutige Symptome haben? Bei Patienten mit typischen Symptomen einer Lyme-Borreliose sind dagegen die wissenschaftlich evaluierten Verfahren ausreichend!) Abgesehen davon, dass mit der Fehldiagnose Lyme-Borreliose oft verhängnisvolle diagnostische und therapeutische Irrwege

beschritten werden, sind im Zusammenhang mit dem Missbrauch der Diagnose einer chronischen Borreliose immer häufiger Fälle einer „iatrogenen Lyme-Borreliose Angststörung“ zu beobachten.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Wiesbaden, April 2009

## **Spenderblut ist knappes Gut – moderne Erkenntnisse zu Bluttransfusion**

Professor Dr. med. Lothar Engelmann, Leiter der Internistischen Intensivmedizin am Universitätsklinikum Leipzig A.ö.R.

In Deutschland erfolgten 2007 6 645 569 Blutspenden, daraus wurden 4 572 538 Erythrozytenkonzentrate und 472 532 Thrombozytenkonzentrate hergestellt. Der Bedarf an Blutkonserven steigt ständig. Der Zuwachs an Erythrozytenkonzentraten beträgt 1 Prozent und der an Thrombozytenkonzentraten 8–11 Prozent jährlich. 70 Prozent der Blutkonserven werden in der Chirurgie, Anästhesiologie und Intensivmedizin eingesetzt. Etwa 10 Prozent aller Patienten erhalten Bluttransfusionen; 80 Prozent aller Deutschen brauchen mindestens einmal im Leben Blutkonserven oder Medikamente aus Blutplasma. Gründe für den wachsenden Blutverbrauch sind zunehmend größere und neue chirurgische Eingriffe sowie aggressivere Therapieformen in der Inneren Medizin und Onkologie. „Künstliches Blut“ als Ersatz für Sauerstoffträger wird in absehbarer Zeit nicht zur Verfügung stehen.

Das Transfusionswesen unterliegt einem hohen Sicherheitsstandard. Hierzulande dürfen nur in Deutschland hergestellte und von der Bundesoberbehörde P.E.I. zugelassene Blutkonserven transfundiert werden. Die Blutkonserven sind so sicher wie noch nie. Durch die 2005 neben dem Spenderscreening (aHIV-I/II, aHVC, HBsAg, TPHA, aHBc) eingeführte PCR/NAT-Testung der Spender auf HCV und HIV ist das Risiko einer Infektionsübertragung auf < 1:10 Mio gesunken. Die Generierung von Blut als natürliche Ressource ist begrenzt. Die demografische Entwicklung in Deutschland limitiert das Spenderpotenzial, die Bereitschaft zur Eigenblutspende ist in den letzten 10 Jahren von 6–7 Prozent auf unter 3 Prozent gesunken, die Spendebereitschaft insbesondere unter der jüngeren Generation nimmt ab, so dass um 2015 Spenderengpässe zu erwarten sind. Alle diese Rahmenbedingungen erfordern, mit dem knappen Spenderblut rationell zu verfahren. Im Zentrum heutiger Überlegungen stehen 2 Probleme:

1. die Reduktion von Blutverlusten, die in der Intensivmedizin durch täglich mehrfache Blutentnahmen nicht nur häufig, sondern bei Entnahme zu großer Volumina umfänglich sind und Anämie induzieren sowie
2. die Implementierung von restriktiven Transfusionsrichtlinien in der täglichen Praxis, ohne sowohl die Morbidität als auch die Letalität zu erhöhen.

Solche restriktiven Transfusionsrichtlinien sind inzwischen begründet. Es konnte in einer bereits 1999 publizierten multizentrischen, randomisierten klinischen Studie gezeigt werden, dass eine restriktive Transfusionsphilosophie mit angestrebten Hb-Werten zwischen 7 und 9 g/dl eine höhere Überlebensrate bei kritisch Kranken aufweist als eine liberale Strategie mit Hb-Werten über 9 g/dl. Von einer solchen Strategie sind Patienten mit akutem Myokardinfarkt und instabiler Angina pectoris ausgenommen, für die Hb-Werte > 9 g/dl angestrebt werden.

Es bedarf der weiteren Umsetzung einer solchen restriktiven Transfusionsphilosophie, um neben der Reduktion der Sterblichkeit bei kritisch kranken Patienten die Ressource Blut effektiv nutzen zu können.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Wiesbaden, April 2009

## **Warum Geschlecht in der Arzneimitteltherapie berücksichtigen?**

Professor Dr. med. Vera Regitz-Zagrosek, Direktorin des Instituts für Geschlechterforschung in der Medizin (GiM), Charité – Universitätsmedizin Berlin

Häufige Krankheitsbilder haben unterschiedliche Manifestationen bei beiden Geschlechtern. Infarkte treffen in der Regel Frauen zehn Jahre später als Männer. Schlaganfälle, Angina pectoris, akute Koronarsyndrome und Infarkte bei offenen Kranzarterien sind bei Frauen häufiger als bei Männern. bei Männern werden Depression und Osteoporose häufig vernachlässigt, Vorsorgeuntersuchungen für Prostatakrebs sind wenig populär. Diabetes mellitus stellt eine relativ größere Risikosteigerung für koronare Herzerkrankungen bei Frauen als bei Männern dar. Am plötzlichen Herztod sterben ganz überwiegend Männer; Arrhythmien bei Verlängerung der QT-Zeit, erblich oder arzneimittelbedingt, treffen aber vor allem Frauen.

Häufig gebrauchte Arzneimittel wirken bei Frauen und Männern unterschiedlich. Bei Herzinsuffizienz führte die Gabe von Digitalis zu einer Übersterblichkeit der Frauen im Vergleich zur placebo-behandelten Gruppe. Die Gabe von ACE-Hemmern führte in den ersten großen Studien CONSENSUS und SAVE nur bei Männern zu einer signifikanten Mortalitätsreduktion, nicht in der relativ kleinen Gruppe der Frauen. ACE waren in der australischen Blutdruckstudie nur bei Männern den Diuretika in der Risikoreduktion überlegen, nicht bei Frauen. Allerdings brachten sie in HOPE und AIRE und vielen anderen Studien auch den Frauen einen signifikanten Nutzen, so dass sie bei beiden Geschlechtern eingesetzt werden sollen. ACE-Hemmer-induzierte Nebenwirkungen wie Reizhusten sind häufiger bei Frauen. Auch antiarrhythmikainduzierte Nebenwirkungen sind eindeutig bei Frauen häufiger als bei Männern. Arzneimittel, die zu einer Verlängerung der QT-Zeit führen, resultieren bei Frauen häufiger als bei Männern in malignen Arrhythmien. Zu den QT-Zeit-verlängernden Substanzen gehören auch gastrointestinal wirksame Arzneimittel, Antibiotika, Antimalariamittel, Opioid-Antagonisten, Anti-Infektiva, Anti-Psychotika. In der Regel haben Frauen mehr Blutungskomplikationen unter Antikoagulanzen und Thrombozytenaggregationshemmern. Insgesamt sind Arzneimittelnebenwirkungen bei Frauen etwa 1,5-mal häufiger als bei Männern. Frauen in Deutschland werden bei gleicher Diagnose, Risikokonstellation und Alter in Bezug auf koronare Herzerkrankungen und Hypertonie deutlich weniger intensiv behandelt als Männer.

Arzneimittelentwicklung im kardiovaskulären Bereich findet in der Regel an jungen, männlichen Mäusen statt. Vergleicht man ausnahmsweise männliche und weibliche Tiere, so stellt man überraschende Unterschiede fest. So sterben in etwa 80 Prozent der transgenen Mauslinien, die eine Herzinsuffizienz entwickeln, bevorzugt die Männchen. Nach Myokardinfarkt sterben in den meisten Mausstämmen nur 30 Prozent der weiblichen, aber 60 Prozent der männlichen Tiere. Substanzen, die an männlichen Tieren entwickelt werden, müssen den Verlauf bei den weiblichen Tieren nicht beeinflussen. Bringt man diese nun als Arzneimittel in die Zulassung, so wird man den eigentlich günstigen Effekt an den männlichen Tieren oder Männern verwässern und bei den Frauen über-

wiegend Nebenwirkungen beobachten. Hinzu kommt: Da die weiblichen Tiere nicht untersucht wurden, kann man nicht feststellen, welche Intervention zu einer Verbesserung des Phänotyps bei weiblichen Tieren geführt hätte. Hier liegt ein enormes ungenutztes Potenzial in der Substanzentwicklung.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*  
Wiesbaden, April 2009

## Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Jürgen Schölmerich  
Vorsitzender der DGIM 2009/2010, Direktor der Klinik und Poliklinik  
für Innere Medizin I am Klinikum der Universität Regensburg,  
Facharzt für Innere Medizin, Gastroenterologie, Regensburg

\*1948



### Beruflicher Werdegang:

- 1967–1971 Studium der Mathematik und der Medizin an der Universität Heidelberg
- 1970 Physikum und Vordiplom in Mathematik
- 1969–1971 Mitglied des Großen Senats der Universität Heidelberg
- 1970–1971 Präsident des Studentenparlaments der Universität Heidelberg
- 1971–1973 Studium der Medizin an der Universität Freiburg
- 1973 Medizinisches Staatsexamen
- 1971–1973 Experimentelle Dissertation an der Medizinischen Universitätsklinik Freiburg mit dem Titel „Zur Gluconeogenese und Harnstoffsynthese der Leber bei Urämie, dargestellt an der isoliert perfundierten Rattenleber“

### Formale klinische und wissenschaftliche Abschlüsse:

- 1975 Approbation als Arzt
- 1984 Habilitation und Venia legendi für das Fach Innere Medizin mit der Habilitationsschrift „Biolumineszenztests für Gallensäuren und weitere Steroide - Entwicklung und Anwendungsmöglichkeiten“ an der Medizinischen Fakultät der Universität Freiburg
- 1985 Anerkennung als Arzt für Innere Medizin
- 1988 Anerkennung als Arzt für Gastroenterologie
- 1994 Anerkennung der fakultativen Weiterbildung „Spezielle Internistische Intensivmedizin“ im Gebiet Innere Medizin

**Klinische und wissenschaftliche Positionen:**

- 1973–1975      Medizinalassistentenzeit am der Medizinischen Universitätsklinik, der Chirurgischen Universitätsklinik und dem Biochemischen Institut der Universität Heidelberg
- 1975–1977      Ableistung des Wehrdienstes am Institut für experimentelle Pathologie der Bundeswehr in Mainz
- 1978–1982      Wissenschaftlicher Mitarbeiter und Assistenzarzt an der Medizinischen Universitätsklinik Freiburg
- 1982–1983      Research Fellow am Department of Pathology der University of California, San Diego
- 1983–1985      Wissenschaftlicher Mitarbeiter und Assistenzarzt an der Medizinischen Universitätsklinik Freiburg
- 1985–1986      Research Fellow am Department of Chemistry der University of California, San Diego
- 1987–1991      Universitätsprofessor und Oberarzt der Medizinischen Universitätsklinik Freiburg
- Seit 1991        Ordinarius für Innere Medizin, Universität Regensburg, Direktor der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I (Gastroenterologie/Hepatology, Hämatologie/Onkologie, Endokrinologie/Stoffwechselkrankheiten, Infektiologie, Rheumatologie/Immunologie, Intensiv- und Notfallmedizin)
- 1992–1994      Stellvertretender Ärztlicher Direktor des Klinikums der Universität Regensburg
- 1995–1996      Gastprofessor am Department of Medicine (Division of Gastroenterology) der University of California, San Diego
- 1996–1999      Ärztlicher Direktor des Klinikums der Universität Regensburg

**Stipendien – Auszeichnungen – Zugehörigkeit zu Gremien:**

- 1981            Verleihung des Langenbeck-Preises der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie gemeinsam mit Dr. B. Kremer, Chirurgische Universitätsklinik Hamburg, für die Arbeit „Verbrennungstoxin-Verbrennungskrankheit - eine beweisbare Kausalitätskette?“
- 1982–1983      Stipendium der Thyssenstiftung
- 1985–1988      Komitee der „Deutschen Arbeitsgemeinschaft zum Studium der Leber“ (GASL)
- 1987–1990      Komitee der „European Association for the study of the liver“ (EASL)
- 1989–2004      Editorial Board *Hepatology*

- 1990–1994 Editorial Board *Journal of Hepatology*
- 1990–2004 Editorial Board *Internistische Praxis*
- 1991–1996 Editorial Board *Bildgebung/Imaging*
- 1991–2000 Editorial Board *Intensivmedizin/Notfallmedizin*
- 1991–2001 Editorial Board *Canadian Journal of Gastroenterology*
- Seit 1991 Editorial Board *Zeitschrift für Gastroenterologie*
- 1992–1996 Auswahlkomitee des Sandoz-Preises für therapierelevante pharmakologische Forschung
- 1992–1998 Beirat der „Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)“
- 1992–2004 Editorial Board *Verdauungskrankheiten*
- 1992–1998 Editorial Board *Medizinische Klinik*
- 1994–1997 Mitherausgeber der *Klinik der Gegenwart*
- 1994–2006 Wissenschaftlicher Beirat „Deutsche Crohn und Colitis Vereinigung (DCCV)“
- 1994–2005 Beirat der „Gesellschaft für Gastroenterologie in Bayern“
- 1994–2001 Editorial Board *Research in Experimental Medicine*
- 1994–2006 Editorial Board *Inflammatory Bowel Disease*
- 1995–2003 Editorial Board *Arzneimitteltherapie*
- 1995–2004 Editorial Board *Endoscopy*
- 1995–2002 Mitherausgeber *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*
- 1995–1997 Beirat der Gastroliga (Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Krankheiten von Magen, Darm, Leber und Stoffwechsel sowie von Störungen der Ernährung e.V.)
- 1996–2000 Stellvertretender Vorsitzender des Stadtverbandes der SPD Regensburg
- 1997–2003 Vorstand der Gastroliga (Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Krankheiten von Magen, Darm, Leber und Stoffwechsel sowie von Störungen der Ernährung e.V.)
- 1998–2008 Mitherausgeber *Medizinische Klinik*
- 1998–2003 Editorial Board *Gastroenterology*
- 1998–2004 Senatsausschuss „Graduiertenkollegs“ der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG)
- 1998–2003 Ausschuss der „Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin“
- 1998–2001 Executive Committee der „International Organization for the Study of Inflammatory Bowel Disease“ (IOIBD)
- 1999–2006 Beirat der „Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten“
- 1999–2005 Beirat der „Gesellschaft für Fortschritte in der Inneren Medizin“

- 1999–2007 Editorial Board *International Journal of Colorectal Disease*
- 2000–2004 Editorial Board *Italian Journal of Gastroenterology and Hepatology (jetzt: Digestive and Liver Disease)*
- Seit 2000 Mitherausgeber *Intensivmedizin und Notfallmedizin*
- 2000–2007 Editorial Board *Viszeralchirurgie*
- 2000–2002 Beratungsplattform „Versorgungsforschung“ des BMBF
- Seit 2001 Editorial Board *Gastroenterologia Latinoamericana*
- Seit 2001 Editorial Board *Czech and Slovak Gastroenterology and Hepatology*
- 2001–2004 Deputy Chairman der „International Organization for the Study of Inflammatory Bowel Disease“ (IOIBD)
- 2001–2003 Editorial Board *Digestive Diseases*
- 2002–2004 Sprecher des Sonderforschungsbereichs 585 „Regulation von Immunfunktionen im Verdauungstrakt“
- 2002–2005 Mitherausgeber *GUT*
- Seit 2002 Kuratorium der Jung-Stiftung für Wissenschaft und Forschung
- Seit 2003 Mitherausgeber *Arzneimitteltherapie*
- 2003–2006 Stellvertretender Vorsitzender des Stadtverbandes der SPD Regensburg
- 2003–2004 Präsident der „Gesellschaft für Gastroenterologie in Bayern“
- 2004–2007 Chairman der „International Organization for the Study of Inflammatory Bowel Disease“ (IOIBD)
- 2004–2007 Ausschuss der „Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin“
- 2004–2005 Senat der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG)
- 2004–2008 Mitherausgeber *Internist*
- Seit 2004 Editorial Board *Nature Clinical Practice: Gastroenterology and Hepatology*
- Seit 2005 Vizepräsident der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG)
- Seit 2006 Kuratorium der Deutschen Crohn und Colitis Vereinigung (DCCV)
- Seit 2006 Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer
- 2006–2007 Beirat für *Klinische Forschung und Recht – Rechtsfragen • Rechtsethik • Ökonomische Aspekte*
- Seit 2006 Vorstand der „Gesellschaft für Fortschritte in der Inneren Medizin“
- Seit 2006 Vorsitzender des Kuratoriums der Jung-Stiftung für Wissenschaft und Forschung
- Seit 2007 Wissenschaftlicher Beirat der von Behring-Röntgen-Stiftung zur Förderung der Universitätsmedizin in Gießen und Marburg
- Seit 2007 Vorstand der „Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin“ (Vorsitzender 2010)

Seit 2007	Chairman der „Foundation of the International Organization for the Study of Inflammatory Bowel Disease „ (IOIBD)
Seit 2007	Editorial Board <i>Journal of Crohn's &amp; Colitis</i>
Seit 2008	Hochschulrat der Medizinischen Hochschule Hannover
Seit 2008	Beratergruppe der Universitätsmedizin Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Seit 2008	Auswahlausschuss der Alexander von Humboldt-Stiftung
Seit 2009	Beirat der „Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)“
Seit 2009	Mitglied der „Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina“

**Zugehörigkeit zu Berufs- und Fachverbänden (derzeit):**

- American Association for the Advancement of Science
- American Association for the Study of the Liver
- American Gastroenterological Association
- Berufsverband Deutscher Internisten
- Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie
- Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin
- Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten
- Deutscher Hochschulverband
- Gastroliga
- Gesellschaft für Gastroenterologie in Bayern
- International Organization for the Study of Inflammatory Bowel Diseases
- Rettungszentrum Regensburg

**Publikationen (Autor und Co-Autor):**

- 74 Monographien, Lehr- und Handbuchbeiträge
- 444 Übersichten, Editorials und Referate
- 672 Originalarbeiten und Kasuistiken
- Herausgeber und Mitherausgeber von 44 Büchern und Kongressbänden

## **Curriculum Vitae**

Professor Dr. med. Peter Herzer  
Niedergelassener Arzt für Innere Medizin und Rheumatologie, München



### **Beruflicher Werdegang:**

- 1967            Studium der Humanmedizin an den Universitäten Mainz, München und Zürich
- 1972            Staatsexamen an der Technischen Universität München
- 1973            Examen des Educational Council for Foreign Medical Graduates (USA)  
Promotion an der Universität Mainz  
Medizinalassistent in Wiesbaden (Paulinenstift) und in Hagen-Haspe  
(Hospital zum Heiligen Geist)
- 1974            Approbation als Arzt  
Wehrdienst als Stabsarzt in Rendsburg und Lorch/Rhein
- 1976            Ausbildungsstipendium der Deutschen Forschungsgemeinschaft für klinische und  
experimentelle Rheumatologie an der I. Medizinischen Klinik und Poliklinik  
(Leiter: Professor Dr. H. P. Wolff) und am Institut für Medizinische Mikrobiologie  
(Leiter: Professor Dr. P. Klein) der Universität Mainz
- 1978            Wissenschaftlicher Assistent der Medizinischen Poliklinik der Universität München  
(Vorstand: Professor Dr. N. Zöllner)
- 1984            Anerkennung als Internist
- 1985            Anerkennung der Teilgebietsbezeichnung Rheumatologie
- 1988            Habilitation mit Zuerkennung der Lehrbefähigung sowie Erteilung der Lehrbefugnis  
für das Fachgebiet Innere Medizin  
Oberarzt an der Medizinischen Poliklinik der Universität München  
Leiter der Ambulanz für klinische Immunologie
- 1989            Verleihung des Rudolf-Schoen-Preises durch die Deutsche Gesellschaft für  
Rheumatologie

- 1993                    Ernennung zum außerplanmäßigen Professor
- 1994                    Tätigkeit in eigener Praxis für Innere Medizin und Rheumatologie in München

**Mitgliedschaften:**

- Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie
- Beirat der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie
- Beirat der Zeitschrift für Rheumatologie
- Stellvertretender Vorsitzender des Rheuma-Zentrums München e.V.

**Publikationen:**

90 Publikationen vorwiegend auf dem Gebiet der Rheumatologie (insbesondere zu Kollagenosen, infektbedingten Arthritiden, Lyme-Borreliose, Erstbeschreibung der Lyme-Arthritis in Europa 1983 ff), 10 rheumatologische Lehrbuchartikel, Monographie über die Lyme-Borreliose 1989 (2. Auflage 1990)

## Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Lothar Engelmann  
Leiter der Internistischen Intensivmedizin am  
Universitätsklinikum Leipzig A.ö.R.

\*1944



### Beruflicher Werdegang:

- 1963–1969 Studium der Humanmedizin in Leipzig
- 1969 Approbation als Arzt und Promotion zum Dr. med.
- 1969–1974 Facharztausbildung Innere Medizin, Abschluss als Facharzt an der Klinik für Innere Medizin der Universität Leipzig
- 1975–1978 Zweitfacharztausbildung Anästhesiologie, Abschluss als Facharzt an der Klinik für Anästhesiologie der Universität Leipzig
- seit 1978 im Spezialgebiet der internistischen Intensivmedizin tätig
- 1982 Promotion B und Oberarzt der Abteilung für Intensivmedizin der Klinik für Innere Medizin der Universität Leipzig, Leiter der Abteilung für Intensivmedizin in der Klinik für Innere Medizin der Universität Leipzig und Berufung zum ordentlichen Hochschuldozenten
- 1986–1987 Hochschullehrer am Gondar College of Medical Sciences/Äthiopien
- seit 1987 wieder Leiter der Abteilung für Intensivmedizin der Klinik für Innere Medizin der Universität Leipzig
- 1991 Berufung vom Dr. sc. med. zum Dr. med. habil.
- 1993 Teilgebietsanerkennung Kardiologie
- 1994 Anerkennung der „Fakultativen Weiterbildung in der Speziellen Internistischen Intensivmedizin“
- 1995 C 3-Professur für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Internistische Intensivmedizin an der Universität Leipzig
- 1995–1998 Stellvertreter des Direktors der Medizinischen Klinik und Poliklinik I der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig
- Seit 2001 Sekretär der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin
- 2004–2007 Leiter der Einheit für Multidisziplinäre Intensivmedizin am Universitätsklinikum Leipzig A.ö.R.
- Seit 2007 Leiter der Interdisziplinären Internistischen Intensivmedizin am Universitätsklinikum Leipzig A.ö.R.

## **Curriculum Vitae**

Professor Dr. med. Vera Regitz-Zagrosek  
Dirktorin des Instituts für Geschlechterforschung in der Medizin (GiM),  
Charité - Universitätsmedizin Berlin



### **Beruflicher Werdegang:**

- 1972–1979 Studium der Humanmedizin in Homburg, Deutschland und Grenoble, Frankreich, Approbation als Ärztin an der Universität des Saarlandes
- 1978 –1980 Stipendium am Max-Planck-Institut für Experimentelle Kardiologie, Bad Nauheim bei Professor Dr. W. Schaper und Promotion zum Dr. med. an der Universität des Saarlandes
- 1980–1981 Postdoc im Department of Biochemistry an der University of Madison, Wisconsin
- 1984–1985 Postdoc im Department of Biochemistry an der University of Madison, Wisconsin
- 1981 Beginn der klinischen Tätigkeit am Deutschen Herzzentrum München bei Professor Dr. W. Rudolph
- 1985 Fortsetzung an der Charité, Berlin und am Deutschen Herzzentrum Berlin (DHZB).
- 1991 Habilitation im Fachbereich Innere Medizin und Privatdozentin an der Freien Universität Berlin
- seit 1991 Oberärztin am DHZB in der Klinik für Innere Medizin/Kardiologie mit Verantwortung für die Kardiologische Ambulanz
- 1995 apl-Professur in Innerer Medizin an der Humboldt-Universität zu Berlin
- 2001 Leiterin der Experimentellen Kardiologie in der Klinik Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie am DHZB
- 2003 Professur für „Frauenspezifische Gesundheitsforschung mit Schwerpunkt Herz-Kreislauf-Erkrankungen“ an der Charité in Kooperation mit DHZB und Vize-Direktorin des Center for Cardiovascular Research (CCR) an der Charité, Berlin

**Sonstige Aktivitäten:**

- Projektleiterin und Kooperationspartnerin in großen, seitens der EU-, des BMBF- und der DFG finanzierten sowie in von der Industrie geförderten Projekten
- Sprecherin und Gründerin des Graduiertenkollegs 754 „Sex-specific mechanisms in myocardial hypertrophy“ (DFG; Förderzeitraum: 2001–2010) und der Forschergruppe FOR 1054 „Myokardhypertrophie“ (DFG; Förderzeitraum: 2008–2011)
- Seit Neuestem wird das von ihr in Kooperation mit dem Deutschen Herzzentrum Berlin (DHZB) konzipierte Pilotprojekt „Gendermedizin“ durch das BMBF gefördert (Förderzeitraum: 2008–2010)
- 2003 Gründung des Zentrums für Geschlechterforschung in der Medizin (GiM) an der Charité, und Sprecherin
- 2007 wurde das Zentrum in das „Institute of Gender in Medicine“ umgewandelt, dessen Direktorin sie ist. Die Forschungsschwerpunkte beinhalten Geschlechterunterschiede bei kardiovaskulären Erkrankungen, Östrogenrezeptoren und molekulare und genetische Mechanismen bei Herzinsuffizienz.  
Das GiM begreift sich als Schlüsselstelle in der Initiierung von Studien in der medizinischen Geschlechterforschung, ihrer interdisziplinären Planung, der Kommunikation der Ergebnisse und der Aufnahme der Ergebnisse in die medizinische Lehre der Charité. Unter ihrer Leitung organisiert das GiM jährlich das Berliner Symposium „Geschlechterforschung in der Medizin“
- Gründungspräsidentin der International Society of Gender Medicine (IGM e.V.) und der Deutschen Gesellschaft für Geschlechtsspezifische Medizin (DGesGM e.V.)
- renommierte Expertin in der kardiovaskulären Forschung, in Gremien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie und als Gutachterin in der medizinischen Geschlechterforschung, in der experimentellen und klinischen Kardiologie für DFG und EU tätig
- Veröffentlichung von insgesamt über 150 in der NCBI Datenbank zitierten Artikel, zum Teil in hochrangigen Zeitschriften (zum Beispiel Nature Reviews)

## Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Hans-Peter Schuster  
Generalsekretär Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM),  
Klinikum Hildesheim

\* 1937



## Beruflicher Werdegang:

- |                    |  |
|--------------------|--|
| 1958–1959          | Studium der Philosophie an der Goethe-Universität Frankfurt am Main  |
| 1959–1965          | Studium der Medizin in Tübingen, Wien, Marburg/Lahn  |
| 30.4.1967          | Approbation als Arzt   |
| 1968               | Promotion zum Dr. med. an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz; Dissertationsschrift: „Untersuchungen zur Nierenfunktion unter osmotischer Diurese bei Herz- und Kreislaufgesunden und bei herzinsuffizienten Patienten“               |
| 1971–1972          | Forschungsstipendium der Deutschen Forschungsgemeinschaft am Department of Physiology der Wayne-State-University, Detroit, USA, bei Professor Dr. W. H. Seegers und Professor Dr. E. F. Mammen   |
| 3.11.1973          | Anerkennung als Internist  |
| 1974               | Venia Legendi für Innere Medizin an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz; Habilitationsschrift: „Untersuchungen zur Pathogenese des akuten Nierenversagens nach Schock unter Berücksichtigung der dissimierten intravasalen Gerinnung“ |
| 1976               | C-II-Professor an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz   |
| 1981–1982          | Geschäftsführender Leiter der II. Medizinischen Klinik und Poliklinik der Universität Mainz nach der Emeritierung von Professor Dr. P. Schölmerich   |
| 1.9.1983–31.7.2002 | Chefarzt der Medizinischen Klinik I des Klinikums Hildesheim, Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover  |
| 1986               | Außerplanmäßiger Professor an der Medizinischen Hochschule Hannover  |
| 1990               | European Diploma for Intensive Care Medicine   |
| 1995               | Rudolf-Frey-Medaille der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin  |
| 1997               | Ehrenplakette der Ärztekammer Niedersachsen  |

1998	E.K.-Frey-Medaille in Gold der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin
1999	Ludolph-Brauer-Gedenk-Medaille der Nordwestdeutschen Gesellschaft für Innere Medizin
2004	Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin
2004	Ludwig-Heilmeyer-Medaille in Gold
2006	Vorsitz der Wissenschaftskommission der Else-Kröner-Fresenius-Stiftung (EKFS)

**Mitgliedschaften in Fachgesellschaften:**

***Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM):***

Vorsitzender 1992/93

Ausschuss seit 1985

Generalsekretär seit April 2001

***Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin (DGII):***

Präsident 1986–1989

Sekretär 1981–1986

***Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensivmedizin und Notfallmedizin (DIVI):***

Mitglied im Präsidium von der Gründung bis 1987

Vizepräsident 1995–2004

***European Society of Intensive Care Medicine (ESICM):***

Vizepräsident von der Gründung bis 1986

Executive Committee 1986–1990

***Royal Society of Medicine:*** Fellow

***New York Academy of Sciences:*** Active Member

***World Federation of Intensive and Critical Care Medicine:***

Council Member von der Gründung bis 1999



### Bestellformular Fotos

#### **Mittags-Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)**

Termin: Dienstag, 21. April 2009, 13.00 bis 14.00 Uhr

Ort: Rhein-Main-Hallen Wiesbaden: Saal 12 D

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

- o Professor Dr. med. Vera Regitz-Zagroseck
- o Professor Dr. med. Lothar Engelmann
- o Professor Dr. med. Peter Herzer
- o Professor Dr. med. Jürgen Schölmerich
- o Professor Dr. med. Hans-Peter Schuster

Vorname:	Name:
Redaktion:	Ressort:
Anschrift:	PLZ/Ort:
Telefon:	Fax:
E-Mail:	Unterschrift:

Kontakt für Journalisten:

DGIM Pressestelle  
Anne-Katrin Döbler/Anna Julia Voormann  
Postfach 30 11 20  
70451 Stuttgart  
Tel.: 0711 8931-552  
Fax: 0711 8931-167  
E-Mail: voormann@medizinkommunikation.org  
Homepage: www.dgim.de; www.dgim2009.de

Pressebüro vor Ort (vom 18. bis 22.4.2009):

Rhein-Main-Hallen Wiesbaden, Raum Nassau  
Tel.: 0611 144-739  
Fax: 0611 144-740

**Bitte an 0711 8931-167 zurückfaxen.**