



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

Termin: Mittwoch, 22. April 2009, 11.00 bis 12.00 Uhr

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

Themen und Referenten:

Resümee 115. Internistenkongress

Professor Dr. med. Rainer E. Kolloch, Vorsitzender der DGIM 2008/2009, Kongresspräsident des 115. Internistenkongresses, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Münster

Evolution in der Medizin: Wie hilft sie uns, Krankheiten zu verstehen?

Professor Dr. med. Detlev Ganten, Charité Universitätsmedizin Berlin, Stiftung Charité, Vorsitzender des Stiftungsrates

Magersucht in der internistischen Praxis: Lassen sich Essstörungen ohne Psychiater therapieren?

Professor Dr. med. Manfred Fichter, Chefarzt/Ärztlicher Direktor der Klinik Roseneck für Psychosomatik, Prien am Chiemsee

Nierenschäden durch Röntgenkontrastmittel: Wie können Bicarbonate helfen?

Professor Dr. med. Christiane Erley, Fachärztin für Innere Medizin, Nephrologie und Intensivmedizin, Chefarztin der Medizinischen Abteilung II mit Nephrologie und Dialyse am St. Joseph Krankenhaus, Berlin

Neueste Erkenntnisse über Begleiterkrankungen:

Herz- und Nierenversagen bei Diabetes

Universitäts-Professor Dr. med. Dr. h.c. Diethelm Tschöpe, Vorsitzender der Stiftung DHD, Ärztlicher Direktor Herz- und Diabeteszentrum (HDZ) NRW, Universitätsklinik der Ruhr-Universität, Bochum, Bad Oeynhausen

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; 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: Mittwoch, 22. April 2009, 11.00 bis 12.00 Uhr

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

Inhalt:

Pressemeldungen:

Internistenkongress in Wiesbaden endet heute

**Kontrastmittel vorsichtig einsetzen
Nierenversagen nach Röntgen-Untersuchung vorbeugen**

**Diabetes ist auch eine Herzkrankheit
Gefäßerkrankungen bei Diabetikern behandeln**

Redemanuskripte:

Professor Dr. med. Detlev Ganten

Professor Dr. med. Manfred Fichter

Professor Dr. med. Christiane Erley

Universitäts-Professor Dr. med. Dr. h.c. Diethelm Tschöpe

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.

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

Internistenkongress in Wiesbaden endet heute

Wiesbaden, 22. April 2009 – Der 115. Internistenkongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) in Wiesbaden geht heute zu Ende. Tausende Teilnehmer besuchten von Samstag bis Mittwoch die verschiedenen Kurse, Symposien, Vorträge und Workshops. Zu den Schwerpunkten des Kongresses gehörten in diesem Jahr Bluthochdruck als Volkskrankheit, Gefäßerkrankungen, Schlaganfall und die Behandlung mehrfach Erkrankter. Angesichts einer kontinuierlich steigenden Lebenserwartung stellte Kongresspräsident Professor Dr. med. Rainer E. Kolloch zudem die fachübergreifende internistische Behandlung älterer Patienten in den Vordergrund.

Im Jahr 2050 beträgt die durchschnittliche Lebenserwartung voraussichtlich 94 Jahre. „Dies liegt nicht zuletzt an einer sinkenden Zahl von Herz-Kreislauf-Erkrankungen von mehr als 60 Prozent seit den 70er Jahren“, so Kolloch, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Münster. Diese gründe vor allem auf besserer Primär- und Sekundärprävention: Weniger Menschen rauchen, Risikopatienten sind medikamentös besser kontrolliert. Dadurch gelte es aber auch, immer mehr vielfach erkrankte Ältere zu behandeln. „Ziel hierbei ist es, diesen alten Menschen geistige und körperliche Beweglichkeit und damit Eigenständigkeit zu bewahren“, sagt Hypertensiologe Kolloch. Denn nach wie vor ist nur ein Drittel der etwa 37 Millionen Patienten mit Bluthochdruck in Deutschland ausreichend behandelt. Die übrigen sind verstärkt den Gefahren von Schlaganfall und Herzinfarkt ausgesetzt.



Für die zukünftige Entwicklung des Gesundheitssystems sieht der Kongresspräsident eine stärkere Einbeziehung der Patienten als unerlässlich an. „Nur dadurch lässt sich Therapietreue erzeugen, die Voraussetzung ist für eine effiziente, langfristige und erfolgreiche Behandlung“, sagt Professor Kolloch. Darüber hinaus seien Vorbeugung von Krankheit, Förderung der Forschung und ein Mehr an Qualität wichtige Bausteine für das Gesundheitssystem der Zukunft. Entscheidend sei es auch, den medizinischen Nachwuchs umfassend auszubilden.

Junge Ärztinnen und Ärzte nahmen den diesjährigen Internistenkongress intensiv wahr. Sie beteiligten sich rege an den Diskussionsforen mit Vertretern aus Medizin und Gesundheitswesen. „Insgesamt besuchten mehr als 8 500 Teilnehmer die Veranstaltungen des Kongresses“, sagt Kolloch. Auch der Patiententag zog viele Besucher an: Gemeinsam mit der Stadt Wiesbaden widmete die DGIM erneut ein umfassendes Programm ausschließlich Betroffenen, Angehörigen und Interessierten. Im Rathaus und auf dem Wiesbadener Schloßplatz informierten internistische Experten in kostenlosen Seminaren, Vorträgen und Diskussionen über Herzerkrankungen, Krebs, Rheuma, Schlafstörungen und auch Vorsorge während der Schwangerschaft.

Der Kongress endet wie jedes Jahr mit dem Wechsel der Präsidentschaft. Für das Jahr 2009/2010 übernimmt Professor Dr. med. Jürgen Schölmerich von der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I am Universitätsklinikum Regensburg den Vorsitz der DGIM. Er löst damit Professor Kolloch im Amt ab.

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

Kontrastmittel vorsichtig einsetzen

Nierenversagen nach Röntgenuntersuchung vorbeugen

Wiesbaden, 22. April 2009 – Der Einsatz von Kontrastmitteln bei Röntgenuntersuchungen mithilfe von Kontrastmitteln kann die Funktion der Nieren stören. Zwar sind die Probleme meist vorübergehend, mitunter führen sie jedoch bis hin zu einem lebensgefährlichen Versagen der Nieren. Wissenschaftler suchen deshalb nach Wegen, dieser Komplikation vorzubeugen. Welche Medikamente sich dafür eignen, erörtern Spezialisten auf dem 115. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), der vom 18. bis 22. April 2009 in Wiesbaden stattfindet.

Ärzte nutzen Kontrastmittel in der Röntgendiagnostik, bei der Magnetresonanztomografie (MRT) und bei Computertomografien (CT). Mit ihrer Hilfe lassen sich Strukturen und Funktionen des Körpers besser darstellen. Zudem erlauben sie es Diagnostikern, sicherer zwischen gesundem und krankhaft verändertem Gewebe zu unterscheiden. Doch Kontrastmittel haben – wenn auch selten – Nebenwirkungen. Bestimmte Röntgen-Kontrastmittel können zum Beispiel die Nierenkanälchen schädigen und dazu führen, dass sich die Gefäße der Niere verengen. Diese „Kontrastmittel-Nephropathie“ verringert innerhalb von drei Tagen nach der Untersuchung die Funktion der Nieren. Der Arzt erkennt dies am Anstieg des sogenannten „Kreatinin“-Wertes im Blutserum.

In einigen Fällen bleibt das Problem langfristig bestehen. „Die Kontrastmittel-Nephropathie führt in bis zu 30 Prozent der Fälle zu einem dauerhaften Nierenschaden“, sagt Professor Dr. med. Christiane Erley, Berlin. Einer von 125 Patienten werde sogar – meist vorübergehend – dialysepflichtig, betont die Chefärztin der Klinik für Dialyse am St.-Joseph-Krankenhaus im Vorfeld des 115. Internistenkongresses.

Wie hoch das Risiko bei der Verwendung von Kontrastmitteln ist, hängt unter anderem von der Art der Behandlung, vom Kontrastmittel und von dessen Dosis ab. Das höchste Risiko für eine



Kontrastmittel-Nephropathie birgt die CT-Untersuchung der Herzkranzgefäße. Besonders gefährdet sind Patienten mit bereits bestehenden Nierenschäden, Diabetiker und dehydrierte Patienten. Auch die Einnahme von bestimmten Medikamenten wie entwässernden Diuretika oder bestimmte Schmerzmedikamente können die Gefahr erhöhen.

Zu den Substanzen mit denen sich die Nieren möglicherweise schützen lassen, zählen „N-Acetylcystein“, „Theophyllin“, und „Bikarbonat“. Noch ist die Datenlage nicht eindeutig genug, um die Studienergebnisse in die Praxis umzusetzen. „Es existieren trotz einer Vielzahl an Publikationen keine allgemein akzeptierten Richtlinien zur Prävention“, sagt Erley. Das bedeute nicht, dass Ärzte das Risiko einfach in Kauf nehmen müssen. Um Komplikationen zu vermeiden sollten die Mediziner Nutzen und Risiken der Untersuchung für den Patienten abwägen und die Kontrastmitteldosis möglichst gering halten. Zudem trage eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr dazu bei, einer Nephropathie vorzubeugen, so Erley.

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

Diabetes ist auch eine Herzkrankheit

Gefäßerkrankungen bei Diabetikern behandeln

Wiesbaden, 22. April 2009 – Herzinfarkte und Schlaganfälle sind die häufigsten Todesursachen bei Typ-2-Diabetikern. Etwa drei Viertel der Betroffenen sterben an den Folgen von Durchblutungsstörungen. Den tödlichen Ereignissen gehen langwierige Erkrankungen an Herz und Gefäßen voraus. Diese würden jedoch häufig nicht oder zu spät erkannt und behandelt, so die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM). Sowohl Ärzte als auch Patienten müssten hier vorbeugen und konsequent behandeln. Dies fordern Experten auf dem 115. Kongress der DGIM, der vom 18. bis 22. April 2009 in Wiesbaden stattfindet.

Etwa acht Millionen Menschen in Deutschland leiden an Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2. Die Lebenserwartung für Typ-2-Diabetiker ist im Schnitt um fünf bis zehn Jahre vermindert. Das liegt nicht zuletzt an dem hohen Infarktisiko bei Diabetes: Nach den Ergebnissen der Augsburger MONICA-Studie erleiden männliche Diabetiker etwa vier Mal häufiger einen Herzinfarkt als ihre Geschlechtsgenossen ohne Diabetes. Bei Diabetikerinnen ist das Infarktisiko gegenüber Nicht-Diabetikerinnen sogar um das Sechsfache erhöht. „Die Lebenszeitprognose von Diabetespatienten hängt im besonderen Maße von kardiovaskulären Begleiterkrankungen ab“, sagt Professor Dr. med. Diethelm Tschöpe, Ärztlicher Direktor am Herz- und Diabeteszentrum NRW der Ruhr-Universität Bochum.

Denn ein Diabetes belastet nachweislich Herz und Kreislauf. Häufig sind bei Diabetikern kleinere und auch größere Gefäße schlecht durchblutet. Umgekehrt ist bei mehr als zwei Drittel der akut Gefäßkranken der Zuckerstoffwechsel gestört: „Der Herzinfarkt stellt bei ihnen quasi das tragische Erstsymptom des Diabetes dar“, sagt Professor Tschöpe. Zudem sind Diabetiker besonders anfällig für Herzrhythmusstörungen.

„Um Diabetes und damit verbundene Herzerkrankungen optimal zu behandeln, müssen die einzelnen Fachdisziplinen noch enger zusammenarbeiten“, betont auch der Vorsitzende des 115. Internistenkongresses, Professor Dr. med. Rainer Kolloch, Bielefeld. Bei der Diagnose



Diabetes sei immer auch der Zustand der Gefäße zu untersuchen. Zudem wäre es sinnvoll, einen Kardiologen in die Behandlung einzubeziehen. Umgekehrt sei bei Patienten mit einer koronaren Herzerkrankung auch der Stoffwechselstatus zu erheben und der Therapieplan wenn nötig mit einem Diabetologen abzustimmen.

Um Diabetes-Patienten auch in Herz- und Gefäßangelegenheiten nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen zu behandeln, steht Medizinern seit 2007 die europäische Leitlinie „Diabetes-Guidelines on diabetes, pre-diabetes and cardiovascular diseases“ zur Verfügung. „Eine erfolgreiche Diabetestherapie muss sich heute an ihrer herzschtützenden Effizienz messen lassen“, sagt Diethelm Tschöpe.

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

Evolution der Medizin – Sind wir auf den Fortschritt vorbereitet?

Professor Dr. med. Detlev Ganten, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Stiftung Charité,
Vorsitzender des Stiftungsrates, Berlin

Die Evolution des Lebens hatte ihren Anfang vor circa 3 Milliarden Jahren und führte vor etwa 30 000 Jahren zur Entstehung des Homo sapiens sapiens. Die Evolutionstheorie liefert daher das wissenschaftliche Fundament unserer gesamten Biologie und sieht den Menschen in Gesundheit und Krankheit als Ergebnis einer langen Entwicklung. Es gibt viele Beispiele dafür, dass biologische Gegebenheiten, die unter früheren Bedingungen reproduktive Überlebensvorteile darstellten und daher fixiert wurden, den heutigen Bedingungen des Lebens nicht mehr angepasst sind. Als Stichworte seien genannt: der aufrechte Gang, die guten Futterverwerter, Salz- und Volumenmangel, Angst, Schmerzen und Fieber.

Wie in der Klassischen Schulmedizin wird es immer wichtig bleiben, dass der Arzt den Patienten als Ganzen sieht. Die Möglichkeit des tieferen Blickes über die Betrachtung des äußeren Erscheinungsbildes hinaus in den Patienten hinein durch moderne Technologien wie Blut- und Gewebeanalysen, Mikroskop und andere Methoden der Bildgebung erweitern die diagnostischen Möglichkeiten dieser klassischen ganzheitlichen Schulmedizin und verbessern Einsichten in die Entstehung und Behandlung der Krankheiten.

In den letzten Jahrzehnten hat sich eine Molekulare Medizin entwickelt, die die Vorgänge bei der Krankheitsentstehung auf der Ebene der Gene und der Eiweiße molekular analysiert und daraus neue Therapien entwickelt. Unser besseres Verständnis der Erbanlagen im Zellkern hat zu entscheidenden neuen Einsichten geführt. Denn von den Genen geht die Entwicklung des Individuums aus. Wir blicken nun nicht mehr wie in der klassischen Medizin von außen auf den Menschen und versuchen, mit Mitteln der Technik tiefer, genauer und präziser in ihn hineinzusehen, sondern in der molekularen und genomischen Medizin versuchen wir den Menschen in seiner Entstehung und in Gesundheit und Krankheit im wahrsten Sinne des Wortes vom Kern, von innen heraus, zu verstehen.

Auf diesen Erkenntnissen baut die neue Evolutionäre Medizin auf und erweitert diese molekular-genomische Betrachtung noch um die zeitliche und historische Dimension der Naturgeschichte, denn wir tragen in jedem Zellkern unseres Körpers das Erbe unserer ganzen Entstehungsgeschichte mit uns herum. Darum sind wir so, wie wir sind. Darum können wir aus der Evolution so viel lernen.

Die Einbeziehung der Geschichte, der Dynamik und zum Teil der Dramatik unserer evolutionären Entstehung in die Betrachtung von Gesundheit und Krankheit ist das revolutionäre an der Evolutionären Medizin. Es ist eine enorme Erweiterung unseres Blickfeldes, im ärztlichen ebenso wie

wissenschaftlichen Bereich. Die ganzheitliche Medizin, die Fürsorge für den ganzen Menschen wird dadurch erweitert. Wissenschaftlich eröffnet sich ein weites Feld mit vielen neuen Hypothesen.

In wenigen Jahren wird man das komplette Genom für wenig Geld sequenzieren können und es werden höchst leistungsfähige Methoden zur Charakterisierung des Proteoms und des Metaboloms etabliert sein, die für die Analyse der Pathophysiologie von Krankheiten, für die Klinische Diagnostik, Therapie und Prävention ungeahnte Herausforderungen darstellen. Wir brauchen dazu ganz neue Strukturen in der Forschung und in der Klinik. Diese Entwicklungen müssen unter einem ganzheitlichen Blickpunkt des Fortschritts der Medizin, der Kosten aber auch der Chancen für die Gesundheitswirtschaft gesehen werden.

Gesundheit hat für alle Menschen den höchsten Stellenwert. Hierzu sind gemeinsame Strategien von Wissenschaft, Wirtschaft, Politik und Zivilgesellschaft notwendig und eine Zusammenführung von zurzeit noch getrennten Forschungsorganisationen mit den Universitätskliniken und klar definierten gemeinsamen Zielen bei der Anwendung, in der Behandlung und Prävention spezifischer Krankheiten muss das Ziel sein. Hiervon sind wir in der aktuellen Medizinischen Forschung und Klinischen Praxis weit entfernt. Die Charité – Universitätsmedizin Berlin versucht, ganz im Sinne Rudolf Virchows, diesen Weg mit Ihren Partnern zu gehen und veranstaltet zu diesem Thema und aus Anlass der 300 Jahrfeier den WORLD HEALTH SUMMIT, 15. – 18. Oktober 2009, Charite Berlin.

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

Lassen sich Essstörungen ohne Psychiater therapieren?

Professor Dr. med. Manfred Fichter, Chefarzt/Ärztlicher Direktor der Klinik Roseneck für Psychosomatik, Prien am Chiemsee

Zur Beantwortung der Frage müssen wir den Gegenstand der Frage präzisieren. Es gibt mehrere „Psycho“-Fachärzte. Die Frage ist, ob hier wirklich nur der Psychiater gemeint ist. Es gibt in Deutschland den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie den Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (sowie weitere Fachärzte, die sich mit dem Gehirn befassen, wie zum Beispiel der Nervenarzt, der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, der Facharzt für Neurologie). Ich verstehe die gestellte Frage dahingehend, ob über den Internisten hinaus auch „Psycho“-Fachärzte für die Behandlung von Essstörungen gebraucht werden. Besonders im niedergelassenen Bereich gibt es neben ärztlichen Psychotherapeuten Tausende von niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten, die ambulant essgestörte Patienten/Patientinnen behandeln. Auch diese müssten in der Frage mit eingeschlossen sein. Im Zeitalter der DRG's bleibt in der stationären Versorgung auf Abteilungen der Inneren Medizin kaum die Möglichkeit, kachektisch Magersüchtige oder Patienten/Patientinnen mit Bulimia nervosa über einen längeren Zeitraum zu behandeln. Erfahrungen aus der Psychosomatik zeigen, dass die Behandlungszeit bei diesen Essstörungen – besonders dann, wenn zusätzlich noch starkes Untergewicht, Persönlichkeitsstörungen oder traumatische Erlebnisse (Missbrauch in der Kindheit) dazukommt – eine sehr viel längere stationäre Behandlungsdauer haben als zum Beispiel Patienten mit Angstsyndromen oder Depression.

Die Frage lässt sich auch umformulieren in: Wird der Internist überhaupt noch gebraucht für die Behandlung von anorektischen und bulimischen Essstörungen? Wenngleich Folgesymptome wie zum Beispiel Osteoporose bei diesen Erkrankungen in relativ jungen Jahren auftreten, ist das Wesentliche der Behandlung bei Betroffenen mit einer anorektischen oder bulimischen Essstörung eine Psychotherapie. Psychotherapie wird von beiden „Psycho“- Fachärzten reklamiert, sowohl vom Psychiater als auch vom Psychosomatiker (und zusätzlich von den approbierten Psychologischen Psychotherapeuten). Kliniken mit einer Schwerpunktausrichtung für die Behandlung von Betroffenen mit einer anorektischen oder bulimischen Essstörung werden in der Regel geleitet von einem Facharzt für Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie. In einem Teil der Fälle ist dieser zusätzlich Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie; in einem anderen Teil hat er einen Facharzt für Innere Medizin oder er hat ausschließlich den Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. In der Inneren Medizin werden Betroffene mit Magersucht oder Bulimia nervosa in der Regel in Notfällen behandelt (zum Beispiel nach Suizidversuch – Toxikologische Station). In den meisten Psychiatrischen Kliniken in Deutschland gibt es keine Spezialprogramme für essgestörte Patienten/Patientinnen. Derzeit erforderlich ist der Ausbau von Spezialeinrichtungen sowohl ambulant wie stationär und teilstationär, die auf die Behandlung von Betroffenen mit anorektischen oder bulimischen Essstörungen spezialisiert sind und hier eine sehr viel wirksamere Behandlung anbieten

können. In stationären Einrichtungen dieser Art wird es eines Teams bedürfen von Fachärzten für Psychosomatische Medizin, Internisten, Psychiatern und vor allen Dingen auch Psychologischen Psychotherapeuten. Wir brauchen also nur bedingt den Psychiater und nur bedingt den Internisten im Team; vor allen Dingen aber den Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychologische Psychotherapeuten (neben anderen, die auch für die Behandlung bedeutsam sind, wie Hausarzt, Oecotrophologe/in, Ernährungsberater, Sozialpädagoge und Sport- und Bewegungstherapeut).

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

Kontrastmittel-Nephropathie – Prophylaxe durch Bikarbonat

Professor Dr. med. Christiane Erley, Fachärztin für Innere Medizin, Nephrologie und Intensivmedizin, Chefarztin der Medizinischen Abteilung II mit Nephrologie und Dialyse am St. Joseph Krankenhaus, Berlin

In Amerika und Europa ist die Kontrastmittel-Nephropathie (engl. CIN – contrast-induced nephropathy) für circa 10 Prozent aller im Krankenhaus erworbenen Nierenversagen verantwortlich¹. Die Inzidenz dieser Erkrankung ist stark abhängig von der zugrunde gelegten Definition des akuten Nierenversagens, der Art und der Dosis des Kontrastmittels, der Art der durchgeführten Prozedur und natürlich von den patientenbezogenen Risikofaktoren – vor allem einer vorbestehenden Niereninsuffizienz^{2;3}.

Die Kontrastmittel-Nephropathie ist keine rein passagere Kreatininretention und damit eine „Laborkrankheit“ ohne Krankheitswert, wie vielfach behauptet wird, sondern sie führt in bis zu 30 Prozent zu einem dauerhaften Nierenschaden⁴. In einer großen retrospektiven Studie an Patienten nach Koronarintervention konnte gezeigt werden, dass 0,8 Prozent der Patienten vorübergehend, hiervon 13 Prozent sogar dauerhaft, dialysepflichtig wurden⁵. Mehrere große epidemiologische Studien zeigten klar eine erhöhte Morbidität (insbesondere kardiovaskuläre Morbidität) und eine gesteigerte Krankenhauslangzeitmortalität bei Patienten mit diesem Krankheitsbild⁶, von den Kosten infolge des längeren Krankenhausaufenthaltes ganz abgesehen⁷⁻⁹.

Eine Vielzahl von Substanzen sind in den letzten Jahren im Hinblick auf die Reduktion des Risikos einer Kontrastmittel-Nephropathie untersucht worden. Die am besten untersuchten Substanzen sind: N-Acetylcystein, Theophyllin und eine Infusion mit Bikarbonat.

Dass eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr dazu beiträgt, einer Kontrastmittel-Nephropathie vorzubeugen, ist hinreichend belegt¹⁰⁻¹², aber welches Hydratations-Protokoll (optimales Volumen, Zeit und Art der Flüssigkeit) am besten ist, geht auch aufgrund der oben aufgeführten Einschränkungen aus der gängigen Literatur nicht hervor. Natriumbikarbonathaltige Lösungen sollen den Vorteil haben, dass die Alkalisierung der tubulären Flüssigkeit und die Produktion von freien Sauerstoff-Radikalen verringert werden. Eine erste Arbeit zeigte sehr gute Resultate¹³, die inzwischen in weiteren Studien leider nicht immer bestätigt wurden (zum Beispiel^{14;15}). Zwei kürzlich publizierte Metaanalysen zu dieser Art der Prävention erbrachten (allerdings ohne den Einschluss der neueren Arbeiten) eher positive Resultate^{16;17}.

Zusammenfassend existieren trotz einer Vielzahl an Publikationen, Metaanalysen und Reviews keine allgemein akzeptierten Richtlinien zur Prävention. Für die meisten klinisch tätigen Ärzte bleibt vordringlich die Limitierung der Kontrastmittelexposition und die adäquate Flüssigkeitsgabe die erste und wichtigste Maßnahme zur Vermeidung einer Kontrastmittel-Nephropathie.

Literaturliste:

1. Nash K, Hafeez A, Hou S. Hospital-acquired renal insufficiency. *Am J Kidney Dis.* 2002; 39: 930–936
2. Bartholomew BA, Harjai KJ, Dukkipati S *et al.* Impact of nephropathy after percutaneous coronary intervention and a method for risk stratification. *Am J Cardiol.* 2004; 93: 1515–1519
3. Mehran R, Aymong ED, Nikolsky E *et al.* A simple risk score for prediction of contrast-induced nephropathy after percutaneous coronary intervention: development and initial validation. *J Am Coll. Cardiol.* 2004; 44: 1393–1399
4. Madyoon H, Croushore L. Use of fenoldopam for prevention of radiocontrast nephropathy in the cardiac catheterization laboratory: a case series. *J Interv. Cardiol.* 2001; 14: 179–185
5. McCullough PA, Wolyn R, Rocher LL, Levin RN, O'Neill WW. Acute renal failure after coronary intervention: incidence, risk factors, and relationship to mortality. *Am J Med* 1997; 103: 368–375
6. Marenzi G, Lauri G, Assanelli E *et al.* Contrast-induced nephropathy in patients undergoing primary angioplasty for acute myocardial infarction. *J Am Coll. Cardiol.* 2004; 44: 1780–1785
7. Gruberg L, Mintz GS, Mehran R *et al.* The prognostic implications of further renal function deterioration within 48 h of interventional coronary procedures in patients with pre-existent chronic renal insufficiency. *J Am Coll. Cardiol.* 2000; 36: 1542–1548
8. Rihal CS, Textor SC, Grill DE *et al.* Incidence and prognostic importance of acute renal failure after percutaneous coronary intervention. *Circulation* 2002; 105: 2259–2264
9. Levy EM, Viscoli CM, Horwitz RI. The effect of acute renal failure on mortality: A cohort analysis. *J.A.M.A.* 1996; 275: 1489–1494
10. Anto HR, Chou SY, Porush JG, Shapiro WB. Infusion intravenous pyelography and renal function. Effect of hypertonic mannitol in patients with chronic renal insufficiency. *Arch. Intern. Med.* 1981; 141: 1652–1656
11. Eisenberg RL, Bank WO, Hedgcock MW. Renal failure after major angiography can be avoided with hydration. *Am. J. Radiol.* 1981; 136: 859–861
12. Kerstein MD, Puyau FA. Value of periangiography hydration. *Surgery* 1984; 96: 919–922
13. Merten GJ, Burgess WP, Gray LV *et al.* Prevention of contrast-induced nephropathy with sodium bicarbonate: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 291: 2328–2334
14. Maioli M, Toso A, Leoncini M *et al.* Sodium bicarbonate versus saline for the prevention of contrast-induced nephropathy in patients with renal dysfunction undergoing coronary angiography or intervention. *J Am Coll. Cardiol.* 2008; 52: 599–604
15. Brar SS, Shen AY, Jorgensen MB *et al.* Sodium bicarbonate vs sodium chloride for the prevention of contrast medium-induced nephropathy in patients undergoing coronary angiography: a randomized trial. *JAMA* 2008; 300: 1038–1046
16. Ho KM, Morgan DJ. Use of isotonic sodium bicarbonate to prevent radiocontrast nephropathy in patients with mild pre-existing renal impairment: a meta-analysis. *Anaesth. Intensive Care* 2008; 36: 646–653
17. Joannidis M, Schmid M, Wiedermann CJ. Prevention of contrast media-induced nephropathy by isotonic sodium bicarbonate: a meta-analysis. *Wien. Klin. Wochenschr.* 2008; 120: 742–748

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

Stiftung „Der Herzkranke Diabetiker“ in der Deutschen Diabetes-Stiftung

Universitäts-Professor Dr. med. Dr. h. c. Diethelm Tschöpe, Vorsitzender der Stiftung DHD,
Ärztlicher Direktor Herz- und Diabeteszentrum (HDZ) NRW, Universitätsklinik der Ruhr-Universität,
Bochum, Bad Oeynhausen

In diesem Jahr begeht die Stiftung „Der herzkranke Diabetiker“ (DHD) in der DDS ihr 10-jähriges Jubiläum. 1999 war die Diabetologie national wie international dominiert durch die Ergebnisse und Schlussfolgerungen der gerade veröffentlichten UKPDS-Studie, die Protagonisten als Bestätigung des glukozentrischen Weltbildes interpretiert haben. Die Intensivierung der Blutglukosekontrolle war vor allem geeignet, auf mikrovaskulären Veränderungen beruhende, diabetesspezifische Folgen wie Retinopathie und Nephropathie zu verhindern bzw. in ihrer Progression aufzuhalten. Damit schien sich die aus der DCCT-Studie bekannte Situation für Typ-1-Diabetiker auch für Typ-2-Patienten in ein allgemein gültiges Postulat nach normnaher Blutzuckereinstellung zu bestätigen. Irritiert meldeten sich Vertreter der kritischen Diabetologie mit dem Hinweis zu Wort, dass aus den vorliegenden Studiendaten kein Überlebensvorteil abgeleitet werden könne und alternative Risikofaktorinterventionen, wie zum Beispiel die Blutdruckeinstellung, auf die sogenannte diabetesspezifischen Endpunkte eine wesentlich größere Einflussnahme hätten. Ebenfalls 1999 konnte als Fazit der „Hope-Studie“ erstmals auch für Typ-2-Diabetiker mit vaskulärem Hochrisikoprofil eine Mortalitätsverbesserung gezeigt werden, was wiederum der Abkehr von der rein glukozentrischen Sicht Vorschub leistete. Auf der Patientenebene wurde deutlich, dass die Mehrzahl der Betroffenen besondere Ängste vor Erblindung, Dialyse oder Extremitätenverlust hat, keinesfalls aber darüber informiert ist, dass über 75 Prozent der Patienten an vaskulären Endpunkten, Herzinfarkt oder Schlaganfall versterben. In dieser Situation konnte sich in den Gremien der DDS die Idee konsensfähig machen, analog zur Deutschen Herzziftung eine weitere Stiftungsplattform, die sich dem Problemfeld Diabetes, Herz- und Gefäßkrankheiten widmen sollte, zu etablieren. Seither hat sich die klinisch etablierte Sichtweise durchgesetzt, dass der Diabetes mellitus (beide Typen) Stoffwechsel- und Gefäßkrankheit zugleich ist (in verschiedener Gewichtung und Dynamik).

„Diabetes und Herz“

Haupttodesursache von Patienten mit Diabetes mellitus ist der Herzinfarkt respektive Erkrankungen auf dem Boden akuter Gefäßverschlüsse wie Schlaganfall oder periphere arterielle Verschlusskrankheit. Obwohl auch Patienten mit Diabetes von den Erfolgen der revaskularisierenden Akutmedizin profitieren, hat sich langfristig an dieser Situation nichts geändert. Allerdings beruht die individuelle und gesellschaftlich-ökonomische Krankheitslast weniger auf den Problemen des Stoffwechselmanagements als vielmehr auf vaskulären Folgeerkrankungen. Dies ist umso bedeutsamer, als dass neben dem starken Anstieg der Diabetesinzidenz die Erkennung dieser vaskulären Folgeerkrankungen bzw. ihrer Vorstufen durch das nahezu vollständige Fehlen von Symptomen überlagert ist. Der Herzinfarkt ist auch deswegen häufig Erstsymptom eines neu

erkannten Diabetes, weil häufig andere prädisponierende Risikofaktoren vorhanden sind, die in ihrer besonderen Gefährlichkeit in Kombination mit einem manifesten Diabetes unterschätzt werden. Dabei ist das Herz des Diabetikers klinisch keineswegs nur durch Störungen der mikro- und makrovaskulären Durchblutung oder der Herzschwäche betroffen, sondern auch durch die Anfälligkeit für maligne Herzrhythmusstörungen. Verständlicherweise hängt die Lebenszeitprognose von Diabetespatienten eben besonders von solchen kardiovaskulären Folgen ab. Umgekehrt muss sich eine erfolgreiche Diabetestherapie heute vor allem an ihrer organprotektiven, hier herzschtützensden Effizienz messen lassen. Weiter belastet der „Diabetes-Status“ auch den Erfolg der interventionellen Intensivtherapie und die Nachhaltigkeit des Ergebnisses bei interventioneller Revaskularisierung wie PTCA oder Bypasschirurgie. Somit ist inzwischen auch wissenschaftlich die Bedeutung der Glukosekontrolle in der Sekundär- wie Tertiärprävention und Krankheitsführung der betroffenen Patienten nachgewiesen. Interessant ist auch, dass sich bei Menschen mit Typ-2-Diabetes analog zu KHK-Patienten gehäuft Depressionen finden, die ihrerseits eine starke Risikoerhöhung für kardiale Endpunkte wie Myokardinfarkt begründen. Dabei scheinen neuroendokrino-logische, inflammatorische und immunologische Prozesse die Schnittstelle zwischen Metabolismus und vaskulärem System zu sein. Nahezu jede zweite psychische Störung bleibt allerdings unerkannt. In der Vielfalt der Risikofaktoren-Phänomenologie und dem individuellen Ausmaß der Betroffenheit mit vaskulären beziehungsweise neuropathischen Beschwerden scheint das Fehlen von Symptomen Ursache für die besondere Gefährdung von Diabetespatienten zu sein. Ein Höchstmaß an Sensibilisierung für den Problemzusammenhang auf Bevölkerungs- und Patientenebene, aber auch vor allem bei behandelnden Ärzten ist notwendig, um dieses Informationsdefizit in der Risikoeinschätzung von Diabetikern zu kompensieren.

Leitlinien

Der Erkenntnisdruck zum Thema Diabetes und Herz wurde so groß, dass sich erstmals die Europäische Gesellschaft für Kardiologie (ESC) und die Europäische Diabetesgesellschaft (EASD) im Jahr 2007 gemeinsam auf ein Leitlinienprojekt verständigt haben. Mit der Verbundleitlinie „Diabetes – Guidelines on diabetes, pre-diabetes and cardiovascular diseases“ wird das epidemiologische, diagnostische und therapeutische Problemspektrum des Diabetes, seiner Vorstufen und insbesondere seiner Komplikationen zusammenfasst. Wert der Leitlinie besteht besonders darin, das Versorgungsproblem transsektoral und vor allem interdisziplinär zu beschreiben. Kernaussage ist der diagnostische und therapeutische Algorithmus bei Vorhandensein des Diabetes mellitus, den Gefäßstatus insbesondere am Herz zu erheben und gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit einem kardiologischen Facharzt diagnostische und therapeutische Pfade für den Patienten zu entwerfen. Umgekehrt gehört es zwingend zur Versorgung von Menschen mit Koronarer Herzkrankheit (KHK), ihren Stoffwechselstatus diagnostisch zu erfassen und die Behandlung mit dem endokrinologisch-diabetologischen Facharzt abzustimmen. Die Bedeutung dieser Leitlinie besteht aufgrund ihres

strikten Evidenzbezuges in einer Individualisierung des Diagnostik- und Therapieplans für den einzelnen Patienten.

Die Stiftung „Der herzkranke Diabetiker“

Vor dem Hintergrund der aufgezeigten Historie sowie der klinischen und wissenschaftlichen Datenlage bestand der Gründungsgedanke der Stiftung vor allem in der Idee, Ärzte und Patienten so aufzuklären, dass die stoffwechsel- und gefäßmedizinischen Belange von Diabetikern berücksichtigt und in der Versorgung angemessen abgebildet werden. Darüber hinaus war es von Anfang an durch die Auslobung eines jährlichen Förderpreises für herausragende Forschungsarbeiten zu den Themen „Prävention, Therapie und Aufklärung vaskulärer Folgen bei Diabetikern“ Ziel, Forschung an der Schnittstelle von Stoffwechsel- und Gefäßmedizin jenseits von Fachgesellschaftsgrenzen zu stimulieren.

Mittlerweile blicken wir auf neun herausragende Preisträger zurück, die mit ihren Preisarbeiten durchweg eigene Forschungsthematiken begründet und über die Zeit etabliert haben. Mit Interesse, aber auch Ehrgeiz, sehen wir in diesem Jahr mit der Verleihung des 10. Förderpreises der Stiftung im Rahmen der 9. DHD-Jahrestagung in Berlin einem besonderen Jubiläum entgegen.

Ein erstes Kampagnenthema stellte die Veröffentlichung des sog. 10-Punkte-Programms für herzkranken Diabetiker dar, das sich als Standard-Checkliste zur Thematik für Ärzte und Patienten etabliert hat.

Diabetes ist Herzessache

„Diabetes ist Herzessache“ lautet das Motto der laufenden, gemeinsamen Kampagne von DHD, BNK und BVND. Bundesweit informieren derzeit alle niedergelassenen Ärzte aus Diabetologie und Kardiologie mit Plakaten, Broschüren und Postkarten. Hausärzte und Apotheker werden sich in diesem Jahr ebenfalls daran beteiligen. Ziel der Kampagne ist es, Menschen mit Diabetes und behandelnde Ärzte für die Risikofaktoren zu sensibilisieren. Es ist die Hoffnung der Stiftung und der teilnehmenden Berufsverbände, damit einen Beitrag zur nationalen Umsetzung der Europäischen Leitlinie zu leisten und die Betreuungssystematik dieser Patienten zu optimieren.

Optimismus ist angezeigt, weil bereits heute erkennbar ist, dass der Erfolg des Stiftungsgedankens durch zahlreiche angestoßene Projekte, öffentliche Schirmherrschaften und insbesondere die Förderung exzellenter Wissenschaft durch den Förderpreis der Stiftung nachhaltig ist.

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

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Rainer E. Kolloch
Vorsitzender der DGIM 2008/2009, Kongresspräsident des
115. Internistenkongresses, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld,
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Münster, Bielefeld

* 1945



Beruflicher Werdegang:

- 1967–1973 Medizinstudium an der Universität Bonn,
 Stipendiat der Studienstiftung des Deutschen Volkes
- 1975 Promotion an der Universität Bonn
- 1973–1983 klinische und wissenschaftliche Ausbildung an der Medizinischen Universitäts-Klinik
 Bonn und am Department of Medicine der University of Southern California in Los
 Angeles, USA (mit Unterstützung der Deutschen Forschungsgemeinschaft, Advanced
 Research-Fellowship-Award der American Heart Association)
- seit 1982 Arzt für Innere Medizin
 Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde, Allergologie
 Diabetologe (DDG), Hypertensiologe (DHL)
- 1984 Oberarzt der Medizinischen Universitäts-Poliklinik in Bonn mit Schwerpunkt Herz-
 Kreislauf- und Lungen-Erkrankungen
- 1987 Habilitation für das Fach Innere Medizin
- 1992 Leiter der allgemein-internistischen *Poliklinischen Ambulanz* und
 der *Pneumologischen Abteilung* an der Medizinischen Universitäts-Poliklinik in Bonn
- 1994 Berufung zum apl. Professor für Innere Medizin an der Universität Bonn

Jetzige Tätigkeit:

- seit 1994 Chefarzt der Klinik für Innere Medizin, Kardiologie, Nephrologie und Pneumologie
 (Schwerpunkte: Kardiologie/Angiologie, Nephrologie/Diabetes und
 Pneumologie/Schlafmedizin)
- seit 2006 Medizinischer Leiter des Evangelischen Krankenhauses Bielefeld
 Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Münster
 (Klinikum der Maximalversorgung mit circa 1700 Betten)

Sonstige berufsbezogene Aktivitäten:

- umfangreiche Forschungs- und Publikationstätigkeiten zur Kreislaufregulation und zur Hypertonie
- Franz-Gross-Wissenschaftspreis für Hypertonieforschung 2007
- Mitglied nationaler und internationaler wissenschaftlicher Fachgesellschaften
- Vorstandsmitglied und Vorsitzender (2008/2009) der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM)
- Vorstandsmitglied und Vorsitzender der *Deutschen Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdrucks/Deutsche Hypertoniengesellschaft* (1991–1998)
- Stellvertretender Vorsitzender der Arzneimittelkommission der *Deutschen Hypertoniengesellschaft*
- Mitglied im wissenschaftlichen Beirat zahlreicher wissenschaftlicher Fachzeitschriften
- Mitglied im Beirat wissenschaftlicher Preisgremien
- Herausgeber des Lehrbuchs „Arterielle Hypertonie“, 4. Auflage 2004, Springer-Verlag, Heidelberg – Berlin – New York
- Beauftragter für den Lehrkrankenhausstatus der Universität Münster

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Detlev Ganten
Charité – Universitätsmedizin Berlin, Stiftung Charité,
Vorsitzender des Stiftungsrates, Berlin



* 1941

Beruflicher Werdegang:

1962–1964 Medizinstudium in Würzburg (1963 Vorphysikum, 1964 Physikum)
1964 –1965 Medizinstudium in Montpellier (Frankreich)
1965 Interne Chirurgie des französischen Krankenhauses in Marrakesch (Marokko)
1966 –1968 Medizinstudium in Tübingen und Med. Staatsexamen mit anschließender
 Medizinalassistentenzeit in Tübingen und Emden
1969–1973 Forschungsaufenthalt am Clinical Research Institute, Montreal (Kanada)
1973–1991 Pharmakologisches Institut der Universität Heidelberg
1991–2004 Max-Delbrück-Centrum für Molekulare Medizin Berlin-Buch (MDC),
 Gründungsdirektor
1993–2004 Klinische Pharmakologie, Freie Universität Berlin, Universitätsklinikum Steglitz
2004–2008 Vorstandsvorsitzender, Charité – Universitätsmedizin Berlin
Seit 2005 Vorsitzender des Stiftungsrates Stiftung Charité

Diplome:

1959 Landwirtschaftliche Gehilfenprüfung (Elmshorn, Schleswig-Holstein)
1968 Dr. med., Universität Tübingen
1970 Approbation als Arzt
1973 Doctor of Philosophy (PhD), McGill University, Montreal, Canada
1974 Habilitation, Universität Heidelberg
1975 Universitätsprofessor
1978 Facharzt für Pharmakologie und Klinische Pharmakologie

Positionen:

- Koordinator für Blutdruckprogramme beim Bundesministerium für Bildung und Forschung, seit 1979
- Präsident, World Hypertension League, 1989–1997
- Gesundheitsforschungsrat, Bundesministerium für Bildung und Forschung, seit 1992

- Wissenschaftsrat der Bundesrepublik Deutschland
- Direktor, Max-Delbrück-Centrum für Molekulare Medizin (MDC) Berlin-Buch, September 1991–2004
- Direktor des Instituts für Klinische Pharmakologie, Universitätsklinikum Benjamin Franklin, Freie Universität Berlin 1993–2004
- Präsident der Helmholtz-Gemeinschaft Deutscher Forschungszentren, 1997–2001
- Vorstandsvorsitzender, Charité – Universitätsmedizin Berlin 2004–2008

Derzeitige Positionen:

Vorsitzender des Stiftungsrates der Stiftung Charité

Vorsitzender des Kuratoriums der Max-Planck-Institute für Kolloid- und Grenzflächenforschung (MPI-KG) und für Molekulare Pflanzenphysiologie (MPI-MP), Potsdam, Golm.

Auszeichnungen:

„Chavez Award“ der Int. Society of Hypertension (1981), „Sechenev Medaille“ der Medizinischen Akademie Moskau (1981), „Wissenschaftspreis“ der Deutschen Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdruckes (1981), „Heilmeyer-Medaille“ der Gesellschaft für Fortschritte auf dem Gebiet der Inneren Medizin (1990), Max-Planck-Forschungspreis (1990), Okamoto-Preis, Japan (1990), CIBA-Preis des Council for High Blood Pressure Research, American Heart Association (1992), Dr. hc. Universität Iasi, Rumänien (1995), Bundesverdienstkreuz (2000), Légion d’Honneur, Frankreich (2003)

Mitgliedschaften:

Akademie der Wissenschaften Heidelberg, Polnische Akademie der Wissenschaft (Polska Akademia Umiejetnosci), Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften, Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina, Academia Europea, Präsident der World Hypertension League (1992–1998) Gesundheitsforschungsrat (1992–1997), Wissenschaftsrat (1993–1998), Präsident der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte, GDNÄ (1996–1998), Vorsitzender der Hermann-von-Helmholtz-Gemeinschaft Deutscher Forschungszentren (1997–2001), Nationaler Ethikrat (2002–2007), Russische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2003)

Herausgebortätigkeit:

Journal of Molecular Medicine (editor),

Handbook of Experimental Pharmacology

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Manfred Fichter
Chefarzt/Ärztlicher Direktor der Klinik Roseneck für Psychosomatik,
Priem am Chiemsee



* 1944

Beruflicher Werdegang:

- Medizinstudium in Heidelberg, Innsbruck und Köln
 - Promotion zum Dr. med. in der experimentellen Chirurgie über Gerinnungsstörungen im Zusammenhang mit dem Einsatz der Herz-Lungen-Maschine
- 1972–1974 Forschungsaufenthalt in den USA an der Universität von Kalifornien Los Angeles (UCLA), unter anderem mit Robert P. Liberman, und an der Rutgers University New Jersey (Arnold Lazarus)
- 1975 Abschluss des Psychologiestudiums in Heidelberg
- 1975–1979 Wissenschaftlicher Assistent am Max-Planck-Institut für Psychiatrie
Epidemiologische Untersuchung zur Psychotherapie durch Psychologen in der Bundesrepublik in Vorbereitung des Psychotherapeutengesetzes
- 1979 Facharzt für Psychiatrie
- 1979–1985 Oberarzt an der Psychiatrischen Klinik und Polyklinik der Universität München (LMU), Projektleiter der psychiatrisch-epidemiologischen Verlaufsuntersuchung „Upper Bavarian Study“ gefördert von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG)
- 1981–1985 Aufbau einer Sucht-Spezialstation und Ambulanz an der Psychiatrischen Universitätsklinik München
- 1984 Habilitation an der Universität München (LMU). Wissenschaftlicher Beirat in mehreren internationalen Fachzeitschriften
- Seit 1985 Ärztlicher Direktor der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck in Priem und Leiter des Forschungsbereichs Epidemiologie und Evaluation an der Psychiatrischen Universitätsklinik München
- 1987 Facharzt für Psychiatrie und Neurologie
- 1994 Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
- 1994 Ruf auf den C4-Lehrstuhl für Psychiatrie und Psychotherapie an der Humboldt Universität Berlin (Charité) – abgelehnt (1995)

Publikationen seit 1985

10 Buchpublikationen, über 500 Veröffentlichungen als Autor oder Co-Autor in Fachzeitschriften und als Buchkapitel

Hauptforschungsgebiete

- Verlaufsforschung und Psychobiologie
- Genetik
- Verlauf und Therapie bei anorektischen und bulimischen Essstörungen

Wissenschaftliche Auszeichnungen:

| | |
|------|--|
| 1986 | Hermann-Emminghaus-Preis |
| 1991 | Hermann-Simon-Preis |
| 1991 | Christina-Barz-Preis |
| 2004 | Scientific Award of the International Society for Behavioral Medicine (ISBM) |
| 2007 | Leadership Award for Research – verliehen durch The Academy for Eating Disorders AED |

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Christiane Erley
Fachärztin für Innere Medizin, Nephrologie und Intensivmedizin,
Chefärztin der Medizinischen Abteilung II mit Nephrologie und Dialyse
am St. Joseph Krankenhaus, Berlin



* 1961

Akademischer Werdegang:

| | |
|---------------|---|
| November 1985 | Drittes Staatsexamen |
| November 1985 | Approbation als Ärztin |
| Oktober 1988 | Promotion, Promotionsschrift „Die Lymphozytenaktivität verschiedener Arzneimittel nach Aktivierung durch mikrosomale Suspensionen“ (magna cum laude) |
| Juli 1994 | Habilitation, Habilitationsschrift „Experimentelle und Klinische Untersuchungen über die Wechselwirkung zwischen renaler Hämodynamik und Proteinurie“ |
| Oktober 1994 | Venia Legendi |

Beruflicher Werdegang:

| | |
|-------------------------|--|
| November 1985–März 1989 | Assistenzärztin am St. Joseph Krankenhaus, Med. Abt. II mit Schwerpunkt Nephrologie (Prof. Dr. K. Schaefer) |
| Seit März 1989 | Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Med. Klinik und Poliklinik der Univ. Tübingen, Abt. III (Ärztl. Direktor Prof. Dr. L. Seipel) |
| Seit Juni 1993 | Funktionsoberärztin und ständige Vertreterin des Leiters der Sektion Nieren- und Hochdruckkrankheiten der Abteilung III an der Med. Klinik und Poliklinik der Universität Tübingen (Prof. Dr. T. Risler) |
| Seit November 1993 | Funktionsoberärztin der Intensivstation der Med. Klinik der Universität Tübingen |
| Seit Juni 1995 | Oberärztin der Medizinischen Abteilung III, leitende Oberärztin der Nephrologischen Poliklinik, leitende Oberärztin der Internistischen Intensivstation |
| Seit Februar 1997 | Stellvertreterin des Ärztlichen Leiters der Krankenpflegeschule der Universität Tübingen |
| Seit November 2000 | Stellvertretende Leiterin der Weiterbildungsstätte Intensivpflege |

Seit WS 2001 Mitglied der Auswahlkommission im Studiengang Medizin
Seit 01.03.2004 Chefarztin der Medizinischen Klinik II mit Nephrologie und Dialyse
des St. Joseph Krankenhauses in Berlin-Tempelhof

Facharztanerkennung:

| | |
|---|---------------------------|
| Innere Medizin | 1. April 1992, Tübingen |
| Zusatzbezeichnung Nephrologie | 18. Januar 1995, Tübingen |
| Fakultative Weiterbildung Internist. Intensivmed. | 10. Mai 1995 |
| Fachkunde Bronchoskopie | 6. August 1997 |

Forschungsschwerpunkte:

- Akutes Nierenversagen (Pathogenese, Tiermodelle, Kontrastmittelnephropathie, Prävention)
- Hypertonie (Pathogenese, Bedeutung der Mikroalbuminurie, Endothelfunktion, Leptin)
- Proteinurie (Therapie, Zusammenhang mit der renalen Hämodynamik)
- Nierenfunktionsmessung
- Sekundärer Hyperparathyreoidismus
- Infektionen an der Dialyse

Klinische Studienprojekte:

Betreuung von > 100 klinischen Studienprojekten in den letzten 10 Jahren auf dem Gebiet der Nephrologie und Hypertensiologie

Mitgliedschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Nephrologie (seit September 2008 Vorstandsmitglied)
- International Society of Nephrology
- American Society of Hypertension
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Klinische Nephrologie
- Südwürttembergische Ärztekammer
- Berliner Ärztekammer

Curriculum Vitae

Universitäts-Professor Dr. med. Dr. h.c. Diethelm Tschöpe
Vorsitzender der Stiftung DHD, Ärztlicher Direktor Herz- und
Diabeteszentrum (HDZ) NRW, Universitätsklinik der Ruhr-Universität,
Bochum, Bad Oeynhausen



* 1958

Beruflicher Werdegang:

- | | |
|-----------|---|
| seit 1984 | Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der klinischen Abteilung des Deutschen Diabetes Forschungsinstitutes an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (Direktor: Professor em. Dr. F. A. Gries; Professor Dr. A.W. Scherbaum) |
| 1992 | Habilitation und Erlangung der Venia Legendi für das Fach Innere Medizin |
| 1993 | Verleihung des Forschungspreises der Anna-Jühling-Wunderlich-Stiftung |
| Seit 1994 | Klinischer Oberarzt, Bereich: Station und Poliklinik |
| 1998 | Verleihung des Ferdinand-Bertram-Preises der Deutschen Diabetes-Gesellschaft |
| 2002 | RQE (Recognition of Quality in Endocrinology) Lehrer des European Board of Endocrinology (UEMS) |
| 2003 | Lehrstuhl für Innere Medizin/Diabetologie an der Ruhr-Universität Bochum, Direktor des Diabeteszentrums am Herz- und Diabeteszentrum NRW, Bad Oeynhausen |
| 2007 | Ehrendoktorwürde Universität Cluj-Napuca (Klausenburg-Siebenbürgen) |
| 2009 | Ärztlicher der Gesamteinstitution HDZ-NRW, Universitätsklinik der Ruhr Universität |

Wissenschaftliche Arbeitsschwerpunkte:

- Diagnostik der Thrombophilie bei vaskulären Risikopatienten
- Pharmakologie der Gefäßprävention
- Nichtinvasive Gefäßdiagnostik

Klinische Schwerpunkte:

- Stoffwechselerkrankungen und deren chronische Komplikationen
- Ernährungstherapie
- Präventionstherapie degenerativer Gefäßerkrankungen

Gremien:

- Vorsitz Cluster „Kardiovaskuläre Erkrankungen“ in der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie
- Kuratoriumsvorsitz der Stiftung „Der herzkranke Diabetiker“ in der Deutschen Diabetesstiftung
- Vorstand Zentrum für Innovative Gesundheitswirtschaft, Bielefeld

Sonstiges:

- Chefredaktion – „Diabetes, Stoffwechsel und Herz“
- Mitglied des Herausgeberboards von: „International Journal of Clinical Practice“ und „Diabetes, Stoffwechsel und Herz“
- Herausgeber und Gutachter zahlreicher internationaler wissenschaftlicher Fachzeitschriften zur Thematik

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Hans-Peter Schuster
Generalsekretär Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM),
Städtisches Krankenhaus 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 Städtischen Krankenhauses 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: Mittwoch, 22. April 2009, 11.00 bis 12.00 Uhr
Ort: Rhein-Main-Hallen Wiesbaden: Saal 12 D

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

- o Professor Dr. med. Rainer E. Kolloch,
- o Professor Dr. med. Detlev Ganten
- o Professor Dr. med. Manfred Fichter
- o Professor Dr. med. Christiane Erley
- o Universitäts-Professor Dr. med. Dr. h.c. Diethelm Tschöpe
- 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.