

Interview mit Frau Univ.-Professorin Dr. Dr. Dagmar Führer-Sakel



Foto: DGIM

Klinikdirektorin und Lehrstuhlinhaberin
Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Stoffwechsel
Zentrallabor – Bereich Forschung und Lehre,
Universitätsklinikum Essen
W-3 Professur Innere Medizin/Endokrinologie,
Universität Duisburg-Essen
[Curriculum Vitae](#)

Das Interview mit Prof. Dr. Dr. Dagmar Führer-Sakel (**DFS**) wurde geführt von Prof. Dr. J. F. Riemann (**JFR**), Vorstandsvorsitzender der Stiftung LebensBlicke.

Der Internistenkongress 2026 und seine Schwerpunkte

JFR: Sie sind die derzeitige Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und damit die Kongresspräsidentin 2026. Sie haben das Motto „Paradigmenwechsel in der Inneren Medizin - die Zukunft gestalten“ gewählt. Was hat Sie dazu veranlasst?

DFS: Wir stehen an einem Wendepunkt in der Inneren Medizin, an dem wir angesichts rasanter Entwicklungen unsere diagnostischen, therapeutischen und organisatorischen Strukturen kritisch hinterfragen und neu definieren müssen. Nur so können wir sicherstellen, dass medizinischer Fortschritt und bestmögliche Versorgung unserer Patientinnen und Patienten auch in Zukunft untrennbar miteinander verbunden bleiben.

Besonders deutlich wird dieser Paradigmenwechsel in Bereichen wie der hormonellen Therapie der Adipositas und ihrer metabolischen Begleiterkrankungen, dem gezielten Einsatz von CAR-T-Zellen in der Hämatologie und zunehmend auch in der Behandlung von Autoimmunerkrankungen. Gleichzeitig verändert sich unser Verständnis von Krankheitsentitäten selbst: Seltene Erkrankungen erweisen sich mit besser diagnostischer Präzision als häufiger als bislang vermutet – und das vermeintlich Häufige wird plötzlich „selten“, sobald wir genauer hinschauen.

Der Begriff des Paradigmenwechsels ist dabei mehr als eine Beschreibung wissenschaftlicher Dynamik. Er ist zugleich eine Einladung – ja, eine Aufforderung –, die gewohnte Komfortzone zu verlassen, Neues zu denken und aktiv an der Gestaltung der Zukunft mitzuwirken. Nur wenn wir diese Haltung verinnerlichen, werden wir den Fortschritt nicht nur begleiten, sondern ihn für die Menschen gestalten, denen unsere Arbeit letztlich gilt.

JFR: Wo ist in der Inneren Medizin ein Paradigmenwechsel ganz besonders notwendig?

DFS: Ehrlich betrachtet erfasst dieser Wandel sämtliche Ebenen unseres Gesundheitssystems. Er reicht von den strukturellen Veränderungen – etwa der zunehmenden Ambulantisierung der Medizin – bis hin zur dringlichen Klärung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten: vom hausärztlich tätigen Internisten über die Fachärztinnen und Fachärzte für internistische Schwerpunkte bis zur Inneren Medizin in Krankenhaus und Universitätsklinikum.

Gleichzeitig fordert uns dieser Prozess dazu auf, Interprofessionalität neu zu denken. Dazu gehört auch, Aufgaben gezielt an nichtärztliche Berufsgruppen zu delegieren, um Kompetenzen sinnvoll zu verknüpfen und dem komplexen Versorgungsbedarf unserer Patientinnen und Patienten gerecht zu werden.

Über all dem steht ein noch viel grundsätzlicherer Paradigmenwechsel, der durch die digitale Transformation und die Möglichkeiten moderner Technologien – Machine Learning, Künstliche Intelligenz und datengetriebene Entscheidungsunterstützung – beschleunigt wird. Diese Entwicklungen werden das Berufsbild des Internisten grundlegend verändern, ja neu definieren: von der reinen klinischen Expertise hin zur integrativen Rolle als medizinischer Koordinator, Übersetzer technologischer Innovationen und Bewahrer des menschlichen Maßes in einer zunehmend digitalen Medizin.

JFR: Kann unter Paradigmenwechsel grundsätzlich auch verstanden werden: „Fort vom Reparaturbetrieb - hin zur Prävention“, eine Forderung, die wir als Stiftung LebensBlicke? gerade für das Thema Darmkrebs schon lange vertreten?

DFS: Genau so ist es. Diese Denkweise wollte ich mit dem Motto bewusst anstoßen. Inzwischen begegnet uns der Begriff in nahezu allen Diskussionen – und das aus gutem Grund: Der Kostendruck im deutschen Gesundheitssystem ist mittlerweile so erheblich, dass die bisherige Form unseres Handelns zunehmend ihre Rechtfertigung verliert. Besonders deutlich wird dies, wenn wir unsere Ergebnisse an harten Endpunkten wie dem Überleben messen und feststellen, dass Länder mit deutlich geringeren Ressourcen teilweise vergleichbare oder bessere Resultate erzielen.

Ein zentrales Handlungsfeld ist dabei ohne Frage die Prävention. Dieses Thema haben wir ganz bewusst in den Mittelpunkt des Dialogs mit allen Schwerpunktgesellschaften der Inneren Medizin in Kongressjahr 2025/26 gestellt. Die Resonanz war überaus positiv und – im besten Sinne – ermutigend. Übereinstimmend wurde erkannt, dass Prävention für alle internistischen Disziplinen eine zentrale Priorität darstellt und dass jetzt die Zeit für konkretes Handeln gekommen ist. Die wissenschaftliche Evidenz ist längst überzeugend; was jetzt zählt, ist die Umsetzung.

Deshalb werden wir im Frühjahr 2026 ein Sonderheft veröffentlichen, das Stellungnahmen aller Schwerpunkte der DGIM zur Prävention zusammenführt – ergänzt durch Beiträge

ausgewählter Bundeseinrichtungen. Dieses Heft soll pünktlich zum Internistenkongress erscheinen und als gemeinsames Signal dienen: Wir meinen es ernst mit dem Paradigmenwechsel – und wir beginnen dort, wo der Fortschritt am nachhaltigsten wirkt – bei der Prävention.

JFR: Die DGIM hat sich in den letzten Jahren enorm weiterentwickelt und deckt inzwischen mit vielen Kommissionen und Arbeitsgruppen die ganze Breite des Gebietes ab. Kann man bei so viel Detailexpertise noch den Überblick behalten? Gibt es noch echte Generalisten? Welche Rolle spielen die sog. Task Forces?

DFS: Die DGIM greift genau das auf, was die moderne Innere Medizin heute braucht – eine fachübergreifende Zusammenarbeit, die Strukturen hinterfragt und Innovation ermöglicht. Dazu wurden schwerpunktübergreifende Kommissionen etabliert, etwa zu Themen wie digitale Transformation, Aus- und Weiterbildung, Nachwuchsförderung und zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen. Ergänzt werden diese durch gezielte Task Forces, beispielsweise in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Humangenetik. Ziel ist es, die genetischen Grundlagen internistischer Erkrankungen konsequent in Lehre, Weiterbildung und Patientenversorgung zu integrieren und damit wissenschaftlichen Fortschritt und klinische Praxis enger miteinander zu verbinden.

Auch die Frage nach den Generalistinnen und Generalisten ist von zentraler Bedeutung. Ja – es gibt sie, und wir brauchen sie meines Erachtens mehr denn je, um sicherzustellen, dass spezialisierte Versorgung dort zum Einsatz kommt, wo sie wirklich erforderlich ist. Unsere Arbeitsgemeinschaft der hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten vertritt dieses Thema sehr aktiv. Rund 30 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland sind Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin – sie tragen damit in erheblichem Maße zur Primärversorgung der Bevölkerung bei und verkörpern die Brücke zwischen Breite und Tiefe unseres Fachs.

Zugleich liegt die besondere Stärke der Inneren Medizin in ihrer Vielfalt. Sie eröffnet eine beeindruckende Bandbreite an beruflichen Perspektiven: als Generalistin oder Generalist in der Primärversorgung, als Spezialistin oder Spezialist in Praxis oder Klinik, als Clinician Scientist in der universitären Forschung oder als Expertin bzw. Experte in Wissenschaftsmanagement, Gesundheitswesen, Industrie oder Politik. Diese Vielfalt ist nicht nur Ausdruck einer lebendigen Disziplin – sie ist der Schlüssel zu ihrer Zukunftsfähigkeit.

JFR: Was werden aus Ihrer Sicht die Schwerpunkte der DGIM in den nächsten Jahren sein? Wohin und wie muss sich die Gesellschaft weiter entwickeln?

DFS: Im vergangenen Jahr haben wir das Positionspapier „DGIM 2025–2030“ veröffentlicht, in dem wir nicht nur die grundlegenden Aufgaben der DGIM beschreiben, sondern auch die großen Herausforderungen der Inneren Medizin in ihrer ganzen Breite benennen.

Im Vorstand haben wir im Herbst intensiv darüber diskutiert, wie sich die formulierten Ziele konkret umsetzen lassen. Neben der digitalen Transformation rückt dabei ein zentrales Thema immer stärker in den Fokus: die wissensgetriebene Medizin konsequent in den klinischen Alltag zu überführen. Entscheidend ist, dass sich die Ökonomie an wissenschaftlicher Evidenz orientiert – und nicht umgekehrt, wie es gegenwärtig allzu oft geschieht. Nur so können wir eine Medizin gewährleisten, die wissenschaftlich fundiert, patientenzentriert und zugleich zukunftsfähig bleibt.

Dieses Verständnis prägt auch das Motto des kommenden Kongresses und mein Amtsjahr als DGIM-Vorsitzende. Mehr dazu werde ich vom 18. bis 21. April 2026 beim Internistenkongress in Wiesbaden vorstellen – zu dem ich Sie und Ihre Leserinnen und Leser schon heute sehr herzlich einlade.

JFR: Sie haben ein multiprofessionelles Kongress Team berufen, in der auch die Pflegeberufe vertreten sind. Die Pflegeberufe sind ein entscheidender Teil im Team der Patientenversorgung. Das ist eigentlich nicht neu. Was hat Sie zu diesem sicher wichtigen und richtigen Schritt gerade jetzt veranlasst?

DFS: Innere Medizin ohne Pflegeexpertinnen und -experten, ohne Diabetes- und Ernährungsberatung, ohne Physiotherapie zu denken, wäre – wie Sie treffend formulieren – nicht lebensnah. Ein modernes Versorgungskonzept erfordert ein interprofessionelles Selbstverständnis, das alle Gesundheitsberufe einschließt. Ein neues und zunehmend bedeutsames Berufsbild sind dabei die „Physician Assistants“. Entscheidend ist, dass Interprofessionalität nicht zufällig entsteht, sondern klar strukturiert und abgestimmt wird – mit eindeutiger Definition dessen, wer welche Aufgaben übernehmen kann, soll und muss.

Gerade in der ambulanten Versorgung braucht es nicht immer und überall zwingend eine Ärztin oder einen Arzt. Was wir benötigen, sind qualifizierte Fachpersonen, die in klar definierten Rollen agieren, Verantwortung übernehmen und so zu einer verlässlichen, patientenzentrierten Versorgung beitragen.

Während meiner Aus- und Weiterbildung konnte ich mehrere Jahre in Großbritannien verbringen – ein Land, in dem Interprofessionalität bereits selbstverständlich gelebte Praxis ist, insbesondere in der onkologischen Versorgung. Dieses Modell funktioniert hervorragend und zeigt zugleich, wie sehr patientenzentrierte Medizin von der Zusammenarbeit vielfältiger Kompetenzen profitiert.

Mir war es ein Anliegen, diesen Denkprozess nicht nur innerhalb der DGIM anzuregen, sondern auch konkret vorzuleben. In meiner Klinik folgen wir diesem Ansatz seit langer Zeit sehr konsequent. Daher habe ich für den Internistenkongress 2026 auch ein interprofessionelles Team aus der Universitätsmedizin Essen zusammengestellt, inklusive einer Pflegewissenschaftlerin. Wir profitieren von unseren verschiedenen Expertisen und lernen voneinander. Mein Wunsch ist, dass dies eine Initialzündung dafür wird, dass sich die

DGIM künftig auch strategisch noch stärker mit Interprofessionalität und neuen Versorgungsstrukturen auseinandersetzt.

JFR: Die Stiftung LebensBlicke hat vor einigen Jahren ein MFA-Projekt aufgelegt. In vielen Diskussionen mit gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern aus Krankenkassen, Ärzteverbänden und Patientenvertretern wurde ein Modul entwickelt, das die Medizinischen Fachangestellten in der Haus- wie Facharztpraxis qualifizieren soll, z. B. auch für die Darmkrebsprävention aufzuklären und zu werben. Geht das in die gleiche Richtung?

DFS: Das ist ein hervorragendes Beispiel für das Entwicklungspotenzial, das in interprofessionellen Versorgungsstrukturen liegt. In meinem eigenen Arbeitsbereich kooperieren wir eng mit Diabetes- und Ernährungsberaterinnen, mit onkologisch spezialisierten Pflegekräften sowie mit sogenannten „Endocrine Nurses“. Gerade bei Patientinnen und Patienten mit seltenen Erkrankungen – etwa endokrinen Tumoren – übernehmen sie einen wesentlichen Teil des Coachings, der kontinuierlichen Begleitung und der Verlaufskontrollen.

Solche Modelle lassen sich auf viele Bereiche der Inneren Medizin übertragen. Entscheidend ist, dass wir sie künftig systematisch weiterentwickeln und wissenschaftlich validieren – nicht mit dem Ziel, Ärztinnen und Ärzte zu ersetzen, sondern um Strukturen zu optimieren, die Effizienz zu erhöhen und die Versorgungsqualität nachhaltig zu verbessern.

JFR: Die gesundheitspolitische Landschaft ist nach dem Übergang von Professor Lauterbach zu Frau Warken sehr ins Schlingern geraten. Der Bundes-Klinik-Atlas über die Krankenhäuser der Republik wurde nach heftiger Kritik eingestellt, das Primärarztsystem schwankt und die elektronische Patientenakte ist am 1. Oktober endgültig (mit Pannen) in Kraft getreten. Was bedeutet das für die Krankenhäuser?

DFS: Ich kann hier nur für die DGIM sprechen – und doch ist klar: Wir stehen als Fachgesellschaft und als Teil des Gesundheitssystems vor gewaltigen Herausforderungen. Entscheidend ist, dass das, was dringend geboten ist – nämlich eine klare Priorisierung und Neuausrichtung unseres Gesundheitssystems –, auch konsequent umgesetzt und nicht durch Kompromisse verwässert wird. Denn das bestehende System ist in seiner derzeitigen Form weder dauerhaft finanzierbar noch durch seine Ergebnisse hinreichend gerechtfertigt, um unverändert fortgeführt zu werden.

Man kann nur hoffen, dass diese Einsicht auch auf politischer Ebene Bestand hat – unabhängig von Wahlzyklen und tagespolitischen Interessen. Zugleich wird sich auch die Bevölkerung auf Veränderungen einstellen müssen: Prävention, Gesundheitskompetenz und individuelle Eigenverantwortung werden künftig deutlich stärker in den Vordergrund rücken müssen. Das mag unbequem sein, ist aber langfristig unvermeidlich, wenn wir ein leistungsfähiges Gesundheitssystem erhalten wollen.

Gerade deshalb sollten wir uns bewusst machen, was für ein Privileg es ist, in einem Land zu leben, das die Möglichkeit besitzt, über neue Versorgungsstrukturen zu reflektieren, Reformen zu gestalten und Spitzenmedizin aktiv weiterzuentwickeln. Dieses Privileg verpflichtet – und sollte zugleich Motivation sein, diesen Gestaltungsprozess mit Überzeugung, Verantwortung und Tatkraft voranzubringen.

JFR: Die DGIM ist seit vielen Jahren Schirmherrin der Stiftung LebensBlicke, um zu unterstreichen, wie wichtig solche Organisationen sind. Wir sind auch bei Ihren Kongress wieder mit einem eigenen Symposium vertreten. Was bedeutet für Sie Prävention im allgemeinen und Darmkrebsprävention im Besonderen?

DFS: Prävention bedeutet für mich, dass jede und jeder die Maßnahmen kennt – und im besten Fall auch konsequent umsetzt –, die nachweislich der eigenen Gesundheit dienen: ausgewogene Ernährung, regelmäßige Bewegung, ausreichender Schlaf und die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen. Als Ärztin sehe ich darin eine zentrale Verantwortung, Menschen aufzuklären, zu ermutigen und kontinuierlich zu begleiten.

Ein besonders eindrucksvolles Beispiel ist die von Ihnen genannte Darmkrebsprävention. Ihre Wirksamkeit ist wissenschaftlich eindeutig belegt – und dennoch muß regelmäßig in Kampagnen daran erinnert werden... Dabei sollte diese Form der Gesundheitsvorsorge doch inzwischen selbstverständlich sein. Vielleicht müssen wir künftig stärker darüber nachdenken, wie Prävention noch natürlicher, lebensnaher und weniger mit erhobenem Zeigefinger vermittelt werden kann – als integraler Bestandteil eines gesunden Lebensstils, nicht als medizinische Pflichtübung. Dafür sind Organisationen und Stiftungen, wie auch Ihre, elementar und wir freuen uns natürlich auch, dass Sie auch bei der DGIM 2026 wieder aktiv dabei sein werden.

Prävention heißt letztlich, Erkrankungen zu verhindern, hinauszuzögern oder ihr Fortschreiten zu bremsen. In meinem Fachgebiet, der Endokrinologie und Diabetologie, zählt dies zu den zentralen Aufgaben: Adipositas, Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie, Fettstoffwechselstörungen und Osteoporose – diese „Big Five“ der Volkskrankheiten bergen ein enormes Präventionspotenzial. Ihre frühzeitige und konsequente Behandlung kann nicht nur individuelles Leid verringern, sondern auch die langfristige Stabilität unseres Gesundheitssystems sichern.

JFR: Mit großer Besorgnis registrieren wir, dass das Übergewicht in der Bevölkerung in den letzten Jahren deutlich zugenommen und sich zu einem relevanten auch gesundheitspolitischen Problem entwickelt hat. Die Vereinigten Staaten von Amerika sollten uns ein warnendes Beispiel sein. Übergewicht und Fettleibigkeit bedeuten nicht nur eine Zunahme des Diabetes mellitus Typ-2, sondern auch die Zunahme weiterer Erkrankungen wie zum Beispiel Karzinome des Verdauungstraktes. Welche Bedeutung messen Sie dieser Entwicklung bei und wie könnten wir gegensteuern?

DFS: Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Adipositas – ihren genetischen Grundlagen und den komplexen hormonellen Regelkreisen – hat seit Mitte der 1990er-Jahre zu bahnbrechenden Erkenntnissen geführt, die weit über die Grenzen der Inneren Medizin hinausreichen. Diese Forschung hat unser Verständnis von Energiehaushalt, Stoffwechselregulation und Krankheitsentstehung grundlegend verändert.

Mit den heute verfügbaren inkretinbasierten Hormontherapien eröffnen sich nun völlig neue Perspektiven in der Behandlung zahlreicher internistischer Erkrankungen. Sie ermöglichen nicht nur eine gezielte und wirksame Therapie der Adipositas selbst, sondern auch die Prävention und Verlangsamung ihrer vielfältigen Folgeerkrankungen. Damit markiert diese Entwicklung einen echten Paradigmenwechsel: von der symptomorientierten Behandlung hin zu einer tiefgreifend pathophysiologisch fundierten Prävention und Therapie.

JFR: Mit den GLP-1-Rezeptor-Agonisten stehen derzeit für den Diabetes mellitus Typ-2 und die Adipositas weitere wirksame medikamentöse Optionen zur Verfügung, die sowohl therapeutisch als auch präventiv genutzt werden können. Wie sehen Sie das? Könnte die „Abnehmspritze“ eine präventive Hilfe sein?

DFS: Für mich zählen die inkretinbasierten Hormontherapien zu den bedeutendsten medikamentösen „Gamechangern“ dieser Dekade. Warum? Weil wir ihre physiologischen Grundlagen inzwischen präzise verstehen, ihre gezielte Wirkweise kennen – und zugleich in klinischer Praxis beobachten können, wie sie metabolische Komplikationen verhindern oder eindrucksvoll verbessern: von Fettleber und Herzinsuffizienz über die Verzögerung der Nierenfunktionsstörung bis hin zur Reduktion des Schlafapnoe-Syndroms und der echten Prävention des Typ-2-Diabetes.

Diese Therapien verdeutlichen zweierlei: zum einen die zentrale Rolle des Stoffwechsels für Gesundheit und Krankheit, zum anderen die außergewöhnliche Wirkkraft von Hormonen – in einer Dimension, deren volle Tragweite wir vermutlich erst zu erahnen beginnen. Besonders erfreulich: Viele dieser Erkenntnisse basieren auf deutscher Forschung und Entwicklung.

Aus diesem Grund haben wir das Thema auch bewusst in den Mittelpunkt der „Plenary Session“ des Internistenkongresses 2026 gestellt – mit international herausragenden Referenten, aus dem neu eingerichteten Exzellenzcluster Adipositas der Universität Leipzig, dem Medical Research Council der Universität Cambridge (UK) und von Helmholtz München. Ein weiterer guter Grund also, im April 2026 nach Wiesbaden zu kommen – dorthin, wo sich Wissenschaft, klinische Praxis und Zukunftsmedizin begegnen.

JFR: Ist es denkbar, dass die Inkretinmimetika die bariatrische Chirurgie beeinflussen werden und auch mittel- bis langfristig zu einer Senkung des Risikos zum Beispiel für Karzinome des Verdauungstraktes senken können?

DFS: Der erste Teil Ihrer Frage wird derzeit in der Fachwelt sehr intensiv diskutiert. Grundsätzlich können inkretinbasierte Therapien frühzeitig eingesetzt werden, um die

Entwicklung einer manifesten Adipositas zu verhindern – ein präventiver Ansatz, der zunehmend an Bedeutung gewinnt. Liegt jedoch bereits eine schwere, therapieresistente Adipositas vor, bleibt die bariatrische Chirurgie weiterhin die wirksamste Option. Interessanterweise beruht auch sie in ihren biologischen Grundlagen auf der Aktivierung intestinaler Metaboliten und Hormone – einschließlich der Inkretine.

Aktuell gehen wir davon aus, dass beide Ansätze – pharmakologisch und chirurgisch – komplementär sind und je nach Schweregrad sowie individueller Konstellation einzeln oder sequenziell eingesetzt werden sollten, um optimale Ergebnisse zu erzielen.

Zur Frage der Darmkrebsentstehung: Das ist in der Tat eine interessante Hypothese. Ich halte eine Verbindung für plausibel, aber letztlich wird nur eine klinische Studie zeigen können, ob sich dieser Zusammenhang tatsächlich kausal besteht.

JFR: Wie groß ist die Gefahr, dass solche grundsätzlich wichtigen Therapeutika missbräuchlich eingesetzt werden und damit und damit ihre Akzeptanz verlieren?

DFS: Die Wirksamkeit der Inkretin-Therapie ist so überzeugend, dass ich mir um ihre Akzeptanz in der klinischen Praxis keine großen Sorgen mache – vorausgesetzt, es zeigen sich keine bislang unbekannten schwerwiegenden Nebenwirkungen, wenn diese Medikamentengruppe über längere Zeit und in sehr großem Maßstab eingesetzt wird.

Die eigentlichen Herausforderungen liegen aus meiner Sicht an anderer Stelle. Zum einen sind die Therapiekosten erheblich – in ihrer derzeitigen Höhe lässt sich ein flächendeckender Einsatz kaum finanzieren. Hier sind die Hersteller gefordert, Lösungen zu entwickeln, die eine langfristige, wirtschaftlich tragfähige Anwendung ermöglichen. Zum anderen werden viele Patientinnen und Patienten diese Medikamente voraussichtlich über lange Zeit, vielleicht sogar lebenslang, benötigen. Hinzu kommt, dass ein Teil der Betroffenen nicht oder nur unzureichend anspricht, weshalb wir dringend alternative oder komplementäre Strategien benötigen. Ein weiteres wichtiges Thema ist die Sarkopenie, insbesondere bei älteren Menschen. Aber auch hier arbeitet man an alternativen neuen Therapieansätzen.

Dennoch bleibt entscheidend: Eine Inkretin-basierte Therapie ohne begleitende Lebensstilmodifikation – ohne Bewegung, Ernährungsanpassung und Verhaltensänderung – kann nicht als verantwortungsvoll angesehen werden. Medikamente allein können lebenslange Gewohnheiten nicht ersetzen; sie entfalten ihr volles Potenzial nur im Zusammenspiel mit aktiver Gesundheitskompetenz und Selbstverantwortung.

JFR: Abschließend erlaube ich mir die Frage, was die Präsidenschaft der DGIM für Sie und Ihr Team bedeutet und wie sie Ihre Wahrnehmung dieser traditionsreichen Fachgesellschaft beeinflusst hat?

DFS: Die Planung des Internistenkongresses hat unser Kongressteam – bestehend aus jungen und erfahrenen Medizinern, Pflege- und Naturwissenschaftlern – in enger Zusammenarbeit

mit der DGIM, insbesondere ihrer Geschäftsstelle, und dem M:Con-Kongressteam zusammengeführt. Dabei war großartig zu erleben, wieviel Neugier und kreative Energie in die Gestaltung des wissenschaftlichen Programms, des Rahmenprogramms und die Zusammenarbeit mit den Mitgliedern der Programmkommission – also den Delegierten der einzelnen internistischen Schwerpunktgesellschaften – einfließen. Ich bin sehr gespannt, wie sich die Ergebnisse dieser intensiven Arbeit auf dem Kongress präsentieren werden und wie die Teilnehmenden unsere Ideen zum diesjährigen Motto aufnehmen.

Die Präsidentschaft der DGIM ist für mich eine zeitlich herausfordernde und gleichzeitig sehr bereichernde Erfahrung – nicht zuletzt, weil ich als erst dritte Frau und als erste Ordinaria in der über 140-jährigen Geschichte der Gesellschaft diese Rolle übernehmen darf - und neben meinen regulären Verpflichtungen Klinik und Wissenschaft mit dem Motto „Paradigmenwandel in der Inneren Medizin – die Zukunft gestalten“ auch einen grundsätzlichen Wandel anstoßen möchte. Ich erinnere mich noch genau an meinen ersten Internistenkongress im April 1997: An einem Samstag Nachmittag saß ich als junge Assistenzärztin in einem Symposium in Wiesbaden und war tief beeindruckt von der Praxisnähe sowie der Bandbreite an Themen, die der Kongress abdeckte. Später wurde ich begeisterte Leserin des „Internisten“, der mich bis zur Facharztprüfung bei der LÄK Sachsen begleitete – und heute darf ich „Die Innere Medizin“ als Mitglied des Herausgeberboards aktiv mitgestalten. In all den Jahren habe ich mich mit großer Freude als Referentin und in der Gremienarbeit der DGIM engagiert.

Mit über 30.000 Mitgliedern ist die DGIM eine beeindruckend große Gemeinschaft, getragen von engagierten Menschen, die die Innere Medizin mit Leidenschaft vertreten – in allen ihren Facetten und Schwerpunktbereichen. Besonders wertvoll ist für mich der interdisziplinäre Geist dieser Gesellschaft: Hier denkt man über den eigenen Schwerpunkt hinaus, erkennt, dass alle Teilgebiete unverzichtbar sind – keines mehr und keines weniger.

Die DGIM steht für Kontinuität und Tradition, zugleich aber auch für Aufbruch und Innovation. Unser gemeinsames Ziel ist es, die Innere Medizin von morgen aktiv mitzugestalten. Das ist das zentrale Anliegen meiner Präsidentschaft – und im April 2026 werden wir sehen, wie weit wir auf dem Weg zu einem echten Paradigmenwechsel bereits gekommen sind.

Herzlichen Dank für dieses sehr persönliche und konstruktive Interview!

Ludwigshafen, 20.01.2026