



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

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

Ist Sport die beste Medizin? Bewegung gegen unsere Volkskrankheiten

Termin: Montag, 11. April 2016, 12.30 bis 13.30 Uhr

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

Zugang über: Congress Center Rosengarten

Adresse: Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim

Themen und Referenten:

Ist Sport Mord?

Professor Dr. med. Gerd Hasenfuß

Vorsitzender der DGIM 2015/2016, Direktor der Klinik für Kardiologie und Pneumologie,
Vorsitzender des Herzzentrums an der UMG, Universitätsmedizin Göttingen

Bewegung oder Schonung: Was braucht ein schwaches Herz?

Professor Dr. med. Martin Halle

Leiter des Zentrums für Prävention und Sportmedizin am Klinikum rechts der Isar,
TU Technische Universität München

Sport auf Rezept: Wer bezahlt?

Klaus Rupp

Leiter des Fachbereichs Versorgungsmanagement der Techniker Krankenkasse, Hamburg

Vorbeugung und Therapie: Wie wir mit Sport den Krebs bekämpfen können

Professor Dr. rer. nat. Karen Steindorf

Leiterin der Abteilung „Bewegung, Präventionsforschung und Krebs“ am Deutschen
Krebsforschungszentrum (DKFZ), Heidelberg

Training gegen altersbedingten Muskelschwund: Kann Bewegung das Altern aufhalten?

Professor Dr. med. Cornel C. Sieber

Chefarzt der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Geriatrie am Krankenhaus Barmherzige
Brüder Regensburg, Direktor des Instituts für Biomedizin des Alterns

sowie

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

Generalsekretär der DGIM, Kiel

Moderation: Pressestelle der DGIM

Pressekontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle

Janina Wetzstein/Corinna Spirgat

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-457

Fax: 0711 8931-167

E-Mail: wetzstein@medizinkommunikation.org

Homepage: www.dgim.de; www.dgim2016.de

Pressebüro im Congress Center Rosengarten

vom 9. bis 12. April 2016

Raum Richard Strauss

Tel.: 0621 4106-5005

Fax: 0621 4106-5905



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

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

Ist Sport die beste Medizin? Bewegung gegen unsere Volkskrankheiten

Termin: Montag, 11. April 2016, 12.30 bis 13.30 Uhr

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

Zugang über: Congress Center Rosengarten

Adresse: Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim

Inhalt:

Pressemeldungen

Redemanuskripte

Selbstdarstellung der DGIM

Lebensläufe der Referenten

Bestellformular für Fotos

Falls Sie das Material in digitaler Form wünschen, stellen wir Ihnen dieses gerne zur Verfügung. Bitte kontaktieren Sie uns unter: spirgat@medizinkommunikation.org.

Pressekontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle

Janina Wetzstein/Corinna Spirgat

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-457

Fax: 0711 8931-167

E-Mail: wetzstein@medizinkommunikation.org

Homepage: www.dgim.de; www.dgim2016.de

Pressebüro im Congress Center Rosengarten

vom 9. bis 12. April 2016

Raum Richard Strauss

Tel.: 0621 4106-5005

Fax: 0621 4106-5905



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

122. Internistenkongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)
9. bis 12. April 2016, Congress Center Rosengaten in Mannheim

Bewegung statt Schonung

Wie Sport dabei hilft, Krebs zu bekämpfen

Mannheim, 11. April 2016 – Während fast jeder weiß, dass Sport sich positiv auf Herz und Kreislauf auswirkt, ist bisher kaum bekannt, dass er der Entstehung von Krebs entgegenwirkt und sogar das Befinden von krebskranken Patienten während einer Strahlentherapie verbessert. Aktuelle Studienergebnisse zur Rolle körperlicher Aktivität bei der Therapie von Krebserkrankungen stellen Experten auf der heutigen Pressekonferenz zum Thema „Ist Sport die beste Medizin? Bewegung gegen unsere Volkskrankheiten“ auf dem 122. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM) in Mannheim vor.

„In Europa lassen sich rund 15 Prozent aller Krebserkrankungen auf mangelnde Bewegung zurückführen“, sagt Professor Dr. rer. nat. Karen Steindorf, Leiterin der Abteilung „Bewegung, Präventionsforschung und Krebs“ am Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) in Heidelberg. Damit sei der Krebschutz durch Sport sogar größer als der durch den Verzicht auf Alkohol. Eine Reihe von Studien hat in den letzten Jahren gezeigt, dass Sport das Risiko für so unterschiedliche Krebsarten wie Brust- und Darmkrebs, Lungen-, Bauchspeicheldrüsen- und Prostatakrebs deutlich senken kann. „Die mögliche relative Risikoreduktion liegt dabei je nach Krebsart zwischen 20 und 40 Prozent“, sagt Steindorf. Der World Cancer Research Fund (WCRF) empfiehlt daher, täglich mindestens 30 Minuten moderat körperlich aktiv zu sein. Wer kann, sollte sich auf 60 Minuten moderate oder 30 Minuten anstrengend körperliche Aktivität täglich steigern. Dabei muss es nicht immer der gezielte Sport im Verein oder im Fitnessstudio sein – in den Alltag integrierte Aktivitäten wie etwa das Radfahren zur Arbeit oder das Treppensteigen zählen ebenso.

Über die vorbeugende Wirkung hinaus hat Sport auch dann noch eine wichtige Funktion, wenn Krebs bereits diagnostiziert wurde. „Die Bedeutung von Sport als begleitende Therapiemaßnahme während und nach einer Krebserkrankung wird immer deutlicher“, sagt Steindorf. Systematisches körperliches Training könne therapie- und krankheitsbedingte Beschwerden lindern und so die Lebensqualität der Patienten verbessern. In zwei Studien,



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

die Steindorf auf dem 122. Internistenkongress vorstellen wird, konnte ihre Arbeitsgruppe zeigen, dass ein 12-wöchiges Krafttraining die krebsbedingte Fatigue – eine chronische Erschöpfung – bei Brustkrebspatientinnen stark verringern kann. „Das Training fand parallel zur Chemo- oder Strahlentherapie statt – also in einer Phase, in der den Patientinnen vor wenigen Jahren noch zu maximaler Schonung geraten wurde“, sagt Steindorf. Weitere Studien deuteten darauf hin, dass ein körperlich aktiver Lebensstil sowohl die Überlebenszeit von Krebspatienten positiv beeinflusst, als auch das Risiko eines Rezidivs.

Diese Erkenntnisse werden nach und nach auch in die Praxis übertragen: Analog zu Herz- oder Lungensportgruppen werden zunehmend auch spezifische Sportangebote für onkologische Patienten entwickelt. „Die positiven Effekte der körperlichen Bewegung beschränken sich dabei nicht allein auf die physische Gesundheit“, betont Professor Dr. med. Gerd Hasenfuß, Vorsitzender der DGIM und Präsident des 122. Internistenkongresses. Die Patienten – wie Gesunde übrigens auch – profitierten auch im Hinblick auf die Lebensqualität auf kognitiver und sozialer Ebene. Gerade bei älteren Menschen sei der positive Einfluss eines körperlich aktiven Lebensstils auf den Erhalt der Selbstständigkeit und der Mobilität vielfach nachgewiesen.

Bei der heutigen Pressekonferenz zum Thema „Ist Sport die beste Medizin? Bewegung gegen unsere Volkskrankheiten“ erläutern Experten der DGIM die positiven Effekte von Sport auf verschiedene internistische Erkrankungen.

Bei Abdruck Beleg erbeten.

Pressekontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle
Janina Wetzstein/Corinna Spirgat
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-457
Fax: 0711 8931-167
E-Mail: wetzstein@medizinkommunikation.org
Homepage: www.dgim.de; www.dgim2016.de

Pressebüro im Congress Center Rosengarten

vom 9. bis 12. April 2016
Raum Richard Strauss
Tel.: 0621 4106-5005
Fax: 0621 4106-5905



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

122. Internistenkongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)
9. bis 12. April 2016, Congress Center Rosengaten in Mannheim

Präventionspreis der DGIM:

Wie sich Antibiotika-Resistenzen und Typ-2-Diabetes vermeiden lassen

Mannheim, 11. April 2016 – Der Darm von Fernreisenden ist eine bisher unterschätzte Eintrittspforte für Bakterien, gegen die viele Antibiotika nicht mehr wirken. Dies zeigt eine Studie, für die Privatdozent Dr. Christoph Lübbert vom Universitätsklinikum Leipzig in diesem Jahr den Präventionspreis der Deutschen Stiftung Innere Medizin (DSIM) und der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM) erhält. Er teilt sich den mit 10 000 Euro dotierten Preis mit dem ebenfalls ausgezeichneten Tübinger Diabetologen Professor Dr. med. Norbert Stefan, dessen Arbeit erklärt, warum Diabetesprävention einigen Menschen schwerer fällt als anderen.

Fernreisende bringen immer häufiger „Souvenirs“ mit, die ihnen gesundheitliche Probleme bereiten: fremde Krankheitserreger, gegen die Medikamente nicht wirken. In seiner prämierten Arbeit untersuchte Dr. Lübbert die Stuhlproben von 225 gesunden Touristen vor und nach einer Fernreise. Das Ergebnis: Etwa 30 Prozent der Touristen waren bei der Rückkehr mit sogenannten ESBL-bildenden Enterobacteriaceae besiedelt. Diese Darmbakterien produzieren das Enzym Extended-Spectrum-Betalaktamasen, kurz ESBL. Das versetzt sie in die Lage, Antibiotika abzubauen, und es macht sie unempfindlich gegen Medikamente, die bei schweren Infektionen lebensrettend sein können. Besonders häufig betroffen waren Reisende, die aus Indien zurückkehrten. Auch fast jeder zweite Südostasien-Reisende erwarb den „Problemkeim“.

Bei über 70 Prozent der Touristen waren die ESBL-Bakterien sechs Monate nach Reiseende wieder aus dem Darm verschwunden. Gründliche Händehygiene bietet jedoch keinen sicheren Schutz, und die Träger der Erreger können andere anstecken. Reisende sollten rohe Nahrungsmittel meiden, empfiehlt Dr. Lübbert. Zudem sollten Ärzte hierzulande ihre Patienten bei der Aufnahme in Kliniken nach Reisen in den letzten sechs Monaten fragen. Nach einem Aufenthalt in Indien und Fernost könnte ein Stuhltest und die Isolation von



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Keimträgern sinnvoll sein, um andere Patienten zu schützen. „Die Arbeit macht deutlich, dass weltweite Anstrengungen notwendig sind, um die weitere Ausbreitung derartiger Keime zu kontrollieren, und dass eine ausführliche Reiseanamnese notwendig ist, wenn Fernreisende eine Aufnahme in einer medizinischen Einrichtung benötigen“, sagt Professor Dr. med. Manfred Weber, Vorsitzender der Deutschen Stiftung Innere Medizin (DSIM).

Die zweite prämierte Arbeit hinterfragt, warum sich eine drohende Diabeteserkrankung nicht immer wirksam verhindern lässt. Denn das Tübinger Lebensstil-Interventionsprogramm „TULIP“ hat sich bei vielen Menschen mit erhöhtem Diabetesrisiko als erfolgreich erwiesen. Gewichtsverlust senkt das Risiko, tatsächlich zu erkranken. Doch bei etwa 40 Prozent der Studien-Teilnehmer bessern sich trotz Abnahme von Körpergewicht und Fettmasse die Blutzuckerwerte nicht. In seiner Studie zeigte Professor Stefan, dass diese Teilnehmer schon vor Beginn der Studie eine Fettleber hatten. Sie sezernierten deshalb das blutzuckersenkende Hormon Insulin in geringerem Maße. Damit war die Chance, unter Diät normale Blutzuckerwerte zu erreichen, um das 4,5-Fache geringer. Professor Stefan legt nahe, dass Menschen mit einer Insulinsekretionsstörung oder einer Fettleber eine intensiviertere Lebensstil-Änderung brauchen, um einen Diabetes zu verhindern. „Die Arbeit ermöglicht eine frühe Identifizierung der Risikogruppe jener Menschen, die eher einen Diabetes entwickeln. Außerdem erhalten wir durch die Ergebnisse ein besseres Verständnis diabetischer Komplikationen“, sagt Professor Dr. med. Dr. h. c. Ulrich R. Fölsch, Generalsekretär der DGIM aus Kiel.

Die Deutsche Stiftung Innere Medizin zeichnet gemeinsam mit der DGIM mit dem Präventionspreis jährlich die beste aus dem deutschsprachigen Raum vorgelegte Arbeit auf dem Gebiet der Primär- und Sekundärprävention innerer Erkrankungen aus. Sowohl experimentelle Ergebnisse als auch epidemiologisch interessante Fragestellungen kommen für die Preisverleihung in Betracht. Die Jury überreicht den Preis im Rahmen ihres Jahreskongresses der DGIM in Mannheim.



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Literatur:

Lübbert C, Straube L, Stein C, Makarewicz O, Schubert S, Mössner J, Pletz MW, Rodloff AC. Colonization with extended-spectrum beta-lactamase-producing and carbapenemase-producing Enterobacteriaceae in international travelers returning to Germany. *Int J Med Microbiol* 2015; 305: 148–56
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25547265>

Stefan N, Staiger H, Wagner R, Machann J, Schick F, Häring HU, Fritsche A. A high-risk phenotype associates with reduced improvement in glycaemia during a lifestyle intervention in prediabetes. *Diabetologia* 2015; 58: 2877–84
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26404062>

Bei Abdruck Beleg erbeten.

Pressekontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle
Janina Wetzstein/Corinna Spirgat
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-457
Fax: 0711 8931-167
E-Mail: wetzstein@medizinkommunikation.org
Homepage: www.dgim.de; www.dgim2016.de

Pressebüro im Congress Center Rosengarten

vom 9. bis 12. April 2016
Raum Richard Strauss
Tel.: 0621 4106-5005
Fax: 0621 4106-5905



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

122. Internistenkongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM)
9. bis 12. April 2016, Congress Center Rosengarten in Mannheim

Mitotische Katastrophe: Ein neuer Ansatz in der Krebstherapie Theodor-Frerichs-Preis der DGIM geht an Kölner Wissenschaftler

Mannheim, 10. April 2016 – Enzyme, die in Krebszellen die Zellteilung sicherstellen, sind ein neuer Ansatz in der Krebstherapie. Für die Entwicklung einer Kombinationsbehandlung, die auf verschiedenen Ebenen den Tumor angreift und die Zellteilung verlangsamt, zeichnet die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) Professor Dr. med. Hans Christian Reinhardt von der Universität Köln mit dem Theodor-Frerichs-Preis aus. Der Preis ist mit 30 000 Euro dotiert.

Fehler in der Erbsubstanz, so genannte Mutationen, treiben das unkontrollierte Wachstum von Krebszellen voran. Bei bis zu 30 Prozent aller Krebserkrankungen ist dabei das sogenannte KRAS-Gen (**K**irsten **R**at **S**arcoma-Gen) beteiligt. Eine dauerhafte Aktivierung von KRAS führt zudem zu genotoxischem Stress für die Zelle, ist also potenziell schädlich – auch für Krebszellen. Krebszellen neutralisieren diesen Stress oft durch bestimmte Enzyme – den sogenannten Checkpoint-Kinasen, um eine „mitotische Katastrophe“ und damit den Untergang der Zelle zu verhindern. Checkpoint-Kinasen bessern Fehler im Zellteilungsapparat aus und stellen sicher, dass die Mitosen für die Zellteilung trotz Stress reibungslos ablaufen. Die Kinasen sind damit ein guter Ansatzpunkt für Krebstherapien. Denn ihre Hemmung könnte die mitotische Katastrophe, also den Untergang von Krebszellen auslösen.

Medikamente, die Checkpoint-Kinasen angreifen, waren bislang jedoch wenig erfolgreich. Professor Reinhardt beschritt deshalb einen neuen Weg und hemmte nicht nur eine, sondern mehrere Checkpoint-Kinasen mit Medikamenten. Um die geeigneten Wirkstoffe zu finden, untersuchte er zahlreiche Krebszellen im Labor und analysierte die Ergebnisse mit einer eigens entwickelten Software. „Die Untersuchungen haben gezeigt, dass speziell in von KRAS angetriebenen Krebszelllinien Hemmstoffe verschiedener Checkpoint-Kinasen zusammenwirken und dazu führen, dass die Zellteilung verhindert wird“, zeigt sich Professor Dr. med. Dr. h.c. Ulrich R. Fölsch, Generalsekretär der DGIM aus Kiel, von den Ergebnissen beeindruckt.



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Die in der Fachzeitschrift *Cell* publizierte Arbeit belegt nach Ansicht des Preiskomitees der DGIM „in hervorragender Weise, dass stark grundlagenbezogene Untersuchungen einen wesentlichen Beitrag zum Krankheitsverständnis leisten und greifbares Potential zur Translation aufbieten“. Besonders zu betonen sei, dass die Studie in einem klinischen Umfeld entstanden ist und auf konsequente Vorarbeiten des Preisträgers aufbaue. Noch wurde die Kombination nicht an Krebspatienten erprobt. „Die Studienergebnisse liefern aber gute Argumente für eine klinische Prüfung der kombinierten Hemmung der Checkpoint-Kinasen“, sagt Professor Fölsch. „Da KRAS bei vielen Krebserkrankungen mutiert ist, bietet der neue Ansatz eine therapeutische Perspektive, die mittelfristig für viele Tumorpatienten nutzbringend sein könnte.“

Der DGIM-Preis ist nach dem Internisten Friedrich Theodor von Frerichs benannt, dem Präsidenten des ersten Deutschen Kongresses für Innere Medizin im Jahr 1882. Mit dem Preis würdigt die DGIM die beste zur Bewerbung eingereichte, möglichst klinisch-experimentelle Arbeit auf dem Gebiet der Inneren Medizin im deutschsprachigen Raum. Die Fachgesellschaft verleiht die Auszeichnung jährlich im Rahmen der Festlichen Abendveranstaltung ihrer Jahrestagung.

Abstract der Studie: [http://www.cell.com/cell/abstract/S0092-8674\(15\)00643-1](http://www.cell.com/cell/abstract/S0092-8674(15)00643-1)

-Bei Abdruck Beleg erbeten.-

Pressekontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle
Janina Wetzstein/Corinna Spirgat
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-457
Fax: 0711 8931-167
E-Mail: wetzstein@medizinkommunikation.org
Homepage: www.dgim.de; www.dgim2016.de

**Pressebüro im Congress Center
Rosengarten**
vom 9. bis 12. April 2016
Raum Richard Strauss
Tel.: 0621 4106-5005
Fax: 0621 4106-5905

Ist Sport Mord?

Professor Dr. med. Gerd Hasenfuß, Vorsitzender der DGIM 2015/2016, Direktor der Klinik für Kardiologie und Pneumologie, Vorsitzender des Herzzentrums an der UMG, Universitätsmedizin Göttingen

Bis vor wenigen Jahren galt körperliche Belastung bei vielen internistischen Erkrankungen als kontraindiziert. Hier hat ein Paradigmenwechsel stattgefunden.

Zunächst aber zu dem Thema plötzlicher Herztod. Bei sportlicher Betätigung gibt es hier ein Risiko. Wenn Sie den Ausdruck „Sport ist Mord“ bei Google eingeben, finden Sie circa 400 000 Einträge. Dabei wird der Ausdruck häufig als Übersetzung des Churchill-Zitats „No sports“ angegeben. Churchill soll das übrigens zu einem Reporter gesagt haben auf die Frage, wie man ein so hohes Alter erreichen könne. Er wurde bekanntlich 91 Jahre alt. Ob Churchill das überhaupt so gesagt hat, ist aber keineswegs sicher. Denn er war zumindest in seinen jungen Jahren sportlich aktiv und soll auch gesagt haben „keine Stunde, die man mit dem Sport verbringt, ist verloren.“

Auch die altbekannte Geschichte, dass der Bote Pheidippides zusammengebrochen sei, nachdem er die Strecke von Marathon bis Athen zurückgelegt hatte, um die Kunde des Sieges von der Schlacht gegen die Perser zu übermitteln, ist keineswegs wissenschaftlich gesichert. Viele gehen davon aus, dass diese Geschichte des toten Marathonläufers eine attische Propaganda gewesen ist. Die griechischen Läufer waren nämlich sehr gut trainiert, und eine Strecke von 42 Kilometer war tatsächlich keine Herausforderung für sie.

Aber Todesfälle bei intensiver sportlicher Anstrengung kommen vor. Das Risiko wird bei jungen Menschen bei 0,5 bis zwei pro Hunderttausend sportlich Aktiven pro Jahr angegeben. Hier liegt in der Regel eine nicht erkannte Herzerkrankung zugrunde, häufig eine sogenannte hypertrophe Kardiomyopathie. Es wird deshalb auch empfohlen, dass sich alle Personen, die an Sportwettkämpfen teilnehmen, vorher einer Untersuchung unterziehen.

Eine andere Ursache dafür, beim Sport zu versterben, kann eine unerkannte Herzmuskelentzündung sein. Deswegen sollte auch bei fieberhaften Entzündungen auf Sport verzichtet werden. Bei über 60-Jährigen wird das Risiko des plötzlichen Herztodes bei sportlicher Betätigung auf etwa fünf bis zehn pro Hunderttausend sportlich Aktiven pro Jahr angegeben. Zusammenfassend kann es in ganz seltenen Fällen bei stärkeren sportlichen Aktivitäten zum plötzlichen Herztod kommen. Auf der anderen Seite ist gesichert, dass körperliche Inaktivität mit einem deutlich erhöhten Herz-Kreislauf-Risiko verbunden ist, und bei Patienten mit bestehender Herzkranzgefäßerkrankung kann durch körperliche Fitness die Sterblichkeit um 30 bis 40 Prozent reduziert werden. „Sport ist Mord“ kann also keine gute Ausrede für körperliche Inaktivität sein. Sie ist auch keine Ausrede gegen eine vom Arzt verordnete Trainingstherapie.

Bewegung oder Schonung: Was braucht ein schwaches Herz?

Professor Dr. med. Martin Halle, Leiter des Zentrums für Prävention und Sportmedizin am Klinikum rechts der Isar, TU Technische Universität München

Eine Herzmuskelschwäche ist eine der häufigsten Krankheiten in Deutschland überhaupt. Sie kann entweder nach einem Herzinfarkt mit Untergang von Herzmuskelgewebe entstehen, oder aber durch langjährig erhöhten Blutdruck, der über die Zeit zu einer Schwächung der Herzmuskelfasern und damit „Ausleihern“ der linken Herzkammer führt. Darüber hinaus durch Alkohol mit seiner direkten toxischen Wirkung für die Herzmuskelzellen oder auch durch eine Herzmuskelentzündung – vornehmlich durch Viren. Aufgrund der Erweiterung der linken Herzkammer und einer eingeschränkten Pumpfunktion ist insgesamt die Zirkulation des Blutes durch das Herz-Kreislauf-System erniedrigt und wird als Einschränkung der Belastbarkeit mit frühzeitiger Luftnot unter körperlicher Belastung empfunden. Gleichzeitig kommt es zu einem verminderten Rückstrom des Blutes aus der Peripherie, mit Ablagerung von Flüssigkeit vornehmlich in den Unterschenkeln. Im ausgeprägten Fall kann es auch zur Lungenstauung und Ansammlung von Flüssigkeit im Bauchraum kommen.

Diese Herzinsuffizienz muss durch eine medikamentöse Therapie, die auf der einen Seite das Herz entlastet und zum anderen dabei hilft, angesammelte Flüssigkeit im Körper auszuschleiden, behandelt werden. Hierbei ist es wichtig, dass eine optimale Pharmakotherapie die Basis dafür darstellt, dass ein körperliches Training durchgeführt wird. Es hat sich gezeigt, dass ein solches Training die Fälle einer Wiederaufnahme ins Krankenhaus bei chronischer Herzinsuffizienz verringern kann und die Lebensqualität der Patienten eindeutig verbessert.

Ein entsprechendes Training kann aber nur in Abstimmung mit einer optimalen medikamentösen Therapie durchgeführt werden und sollte daraufhin abgestimmt sein. So ist bekannt, dass eine moderate Intensität eines körperlichen Trainings, entsprechend 60 bis 70 Prozent der maximalen Belastbarkeit, ein Optimum darstellt. Neuere Studien zeigen ergänzend, dass auch höhere Belastungsintensitäten möglich sind. Deren Effekte sind möglicherweise auch signifikanter als bei einem moderaten Training. Belastungsintensitäten jenseits von 85 Prozent der maximalen Belastbarkeit sind aber nicht zu empfehlen.

Solch ein körperliches Training sollte täglich durchgeführt werden und zunächst kurze Einheiten, auch von fünf Minuten pro Tag, beinhalten. Optimalerweise sollte nach drei Monaten ein tägliches Training von 30 Minuten mit moderater Belastungsintensität angestrebt werden.

Dieses Konzept in eine ganzheitliche Betreuungstherapie für Patienten mit Herzinsuffizienz zu integrieren, wird die Aufgabe der nächsten Jahre sein. Die Kooperation zwischen Kardiologen, Hausärzten, Internisten und Sportmedizinern ist hierfür Grundvoraussetzung.

Es gilt das gesprochene Wort!
Mannheim, April 2016

Sport auf Rezept: Wer bezahlt?

Klaus Rupp, Leiter des Fachbereichs Versorgungsmanagement der Techniker Krankenkasse, Hamburg

Gemeinsam mit Professor Halle blicken wir jetzt schon auf über sechs Jahre zurück, in denen wir als Krankenkasse den „Sport auf Rezept“ übernehmen. Gestartet sind wir damals mit Indikationen wie Diabetes und koronaren Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Es ist ja allgemein bekannt, dass es hier einen starken Wirkzusammenhang zwischen mangelnder Bewegung und dem Krankheitsverlauf gibt. Aber uns ging und geht es nicht allein darum, mangelnde Bewegung zu bekämpfen. Wir sind der Frage nachgegangen, ob eine individuell verordnete, individuelle Belastung des Patienten durch gezielte Sportmedizin ein wirksamer, integraler Therapiebestandteil werden kann. Und die wissenschaftliche Fünf-Jahres-Betrachtung hat gezeigt, dass unsere Erwartungen erfüllt wurden. Sport in der richtigen Dosis verbessert lebenswichtige Indikatoren wie den Blutsauerstoffgehalt bei Asthmatikern, vermindert den Insulinbedarf bei Diabetikern und unterstützt die Wirksamkeit der Chemotherapie bei Krebspatienten.

Die guten Erfolge, die wir in diesem Angebot sehen, haben wir gerade zum Anlass genommen, das Programm bundesweit auszuweiten – die Telemedizin macht es möglich, medizinische Exzellenz an jeden beliebigen Standort in Deutschland zu bringen. Und repräsentative Umfragen – aber auch unsere eigenen Erfahrungen – zeigen: Die Zeit für solche telemedizinischen Angebote ist reif. Zum einen ist die Akzeptanz bei den digitalen Angeboten bereits jetzt groß: Jeder zweite Versicherte möchte inzwischen online mit seinem Arzt kommunizieren, zwei von drei Patienten wünschen sich eine digitale Plattform für den elektronischen Daten- und Informationsaustausch mit ihrer Arztpraxis. Und jeder Dritte will seinen Arzttermin elektronisch buchen können. Und zum anderen zeigen telemedizinische Programme – wie die Kasseler Stottertherapie oder die Online Sprechstunde patientus – bereits jetzt, dass solche Angebote tatsächlich funktionieren. Auch im Bereich der Prävention und des Gesundheits-Coachings: Hier haben allein im vergangenen Jahr über eine halbe Million Menschen einen unserer Internet-Coaches genutzt.

Auch beim Thema Krebs werden die Telemedizin und das richtige Maß an Bewegung künftig eine wichtige Rolle in der akuten Phase der Therapie einnehmen. Der angeregte Stoffwechsel sorgt dafür, dass die Chemotherapie besser vertragen wird und auch besser wirkt. Und der psychologische Effekt, selbst etwas tun zu können, unterstützt den Therapieerfolg ebenfalls. Wenn kranke Menschen in Bewegung kommen, kann damit die Abwärtsspirale – aus krankheitsbedingtem Bewegungsmangel, der daraus resultierenden Lustlosigkeit und in der Folge immer weniger Bewegung und noch größerer Erschöpfung – durchbrochen werden. Die Studie der Uniklinik Freiburg zu den Fitness-Apps hat vergangenes Jahr gezeigt, dass der Mechanismus auch anders herum wissenschaftlich belegt ist: Schon eine kleine Verhaltensänderung führt – wenn man sie selbst wahrnimmt oder mit einem Tracker sichtbar macht – zu einem Belohnungsempfinden und motiviert zu mehr. Im besten Fall dreht das die

Spirale um. Und zwar unabhängig davon, ob Menschen gesund oder schwer krank sind. Dabei können Patienten jeden Alters ihr Befinden verbessern, wenn sie sich mehr bewegen. Und die Therapietreue nimmt zu.

Aus diesem Grund haben wir uns entschieden, nun auch bei den drei häufigsten Krebsarten mit „Sport als Therapie“ anzufangen: Jede achte Frau muss heute damit rechnen, im Laufe ihres Lebens einmal mit der Diagnose Brustkrebs konfrontiert zu sein, und bei den Männern erhält ebenfalls jeder achte die Diagnose Prostata-Karzinom. Weit verbreitet ist auch der Darmkrebs als häufigste Krebsform, wenn man nicht nach Geschlechtern trennt. Dabei ist der Grund für die leicht steigenden Krebsraten eigentlich ein erfreulicher: Da die Menschen immer älter werden, steigt damit auch automatisch das Krebsrisiko. Das ist auch ein Grund für die steigenden Kosten: Schon heute verursachen diese drei Krebsarten in Deutschland zusammen Kosten in Höhe von über fünf Milliarden Euro. Da ist mehr Bewegung schon in der akuten Phase der Therapie in jedem Fall eine gute Investition.

Es gilt das gesprochene Wort!
Mannheim, April 2016

Vorbeugung und Therapie: Wie wir mit Sport den Krebs bekämpfen können

Professor Dr. rer. nat. Karen Steindorf, Leiterin der Abteilung „Bewegung, Präventionsforschung und Krebs“ am Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ), Heidelberg

Neben den zahlreichen etablierten positiven Effekten von Sport wurde in den letzten Jahrzehnten gezeigt, dass ein körperlich aktiver Lebensstil auch das Erkrankungsrisiko für bestimmte Krebsarten senken kann. Risikoabschätzungen gehen davon aus, dass sich in Europa etwa 15 Prozent aller Krebsfälle auf körperliche Inaktivität zurückführen lassen. Diese Schlussfolgerungen basieren auf Ergebnissen zahlreicher epidemiologischer Studien, die deutliche Zusammenhänge im Hinblick auf Darm-, postmenopausalen Brust- und Gebärmutterkrebs zeigten. Hinweise auf eine vor Krebs schützende Wirkung von Sport und körperlicher Aktivität gibt es zudem für Tumoren der Lunge, der Bauchspeicheldrüse und der Prostata. Die potenziellen relativen Risikoreduktionen durch erhöhte Aktivität liegen, je nach Tumorart, zwischen 20 und 40 Prozent. Die daraus abgeleiteten Empfehlungen vom World Cancer Research Fund (WCRF) lauten, dass man täglich mindestens 30 Minuten lang moderat körperlich aktiv sein sollte, zum Beispiel durch zügiges Gehen. Mit verbesserter Fitness sind täglich 60 Minuten moderate Aktivität oder 30 Minuten anstrengende körperliche Aktivität anzustreben. Wichtig dabei ist, dass die vorgegebene Intensität erreicht wird. Ob dies durch gezielten Sport oder eher durch in den Alltag integrierte Aktivitäten, wie Radfahren zur Arbeit, erfolgt, scheint nach dem derzeitigen Kenntnisstand von nachgeordneter Bedeutung zu sein.

Neben diesem wichtigen primärpräventiven Aspekt der körperlichen Aktivität wird zunehmend auch die Bedeutung von Bewegung und Sport als begleitende Therapiemaßnahme während und nach einer Krebsbehandlung erkannt. Die Zeiten, in denen man Krebspatient/-innen aufgrund der Erkrankung und den nebenwirkungsreichen Therapieformen zur Schonung geraten hat, sollten der Vergangenheit angehören. Vielmehr belegen immer mehr Studien mit Krebspatienten, dass sich gerade durch systematisches körperliches Training therapie- und krankheitsbedingte Nebenwirkungen positiv beeinflussen lassen und somit die Lebensqualität der Betroffenen deutlich verbessert werden kann. So haben wir jüngst in zwei eigenen randomisierten klinischen Studien mit Brustkrebspatientinnen eindeutig belegen können, dass ein 12-wöchiges Krafttraining, das direkt parallel zur Chemo- beziehungsweise Strahlentherapie durchgeführt wurde, die Entstehung der krebisbedingten Fatigue lindern kann. Da Fatigue ein sehr häufiges Begleitsymptom bei Krebsbetroffenen ist, das die Lebensqualität oft massiv beeinträchtigt, das oft über viele Jahre hinweg bestehen bleibt und für das es bislang kaum Behandlungsansätze gibt, besitzen solche wissenschaftlichen Ergebnisse eine hohe und unmittelbare Relevanz für eine Vielzahl von Krebspatienten. Erste beobachtende Studien lassen zudem die Vermutung zu, dass sowohl das Überleben als auch das Wiederauftreten einer Krebserkrankung durch einen körperlich aktiven Lebensstil beeinflusst werden kann.

Insgesamt stellt ein körperlich aktiver Lebensstil somit auch im Kontext von Krebserkrankungen einen zentralen Faktor dar. Es ist sowohl eine individuelle als auch eine gesellschaftliche Aufgabe, ein entsprechendes Gesundheitsverhalten einzunehmen beziehungsweise zu fördern. So sind „bewegungsfreundliche“ Lebenswelten und (therapeutische) Bewegungsangebote zu schaffen, die allen Lebensabschnitten und Generationen gerecht werden.

Es gilt das gesprochene Wort!
Mannheim, April 2016

Ist Bewegung die beste Medizin? Bewegung gegen unsere Volkskrankheiten

Professor Dr. med. Cornel C. Sieber, Chefarzt der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Geriatrie am Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg, Direktor des Instituts für Biomedizin des Alterns

Mit dem Wechsel des Krankheitsparadigma hin zu chronischen Krankheiten wird dem Einfluss der Bewegung eine große Rolle zugeschrieben.

Schon der römische Dichter Juvenal hat davon gesprochen, wie wichtig die Dualität gesunder Körper/gesunder Geist ist („mens sana in corpore sano“). Auf individueller Ebene ist seit Langem unbestritten, dass körperliche Aktivität zu positiven Gesundheitseffekten führt. Diese Gesundheitseffekte sind nicht nur auf die physische, sondern in einer ganzheitlichen Betrachtungsweise auch auf die kognitive und soziale Ebene bezogen (Chodzko-Zajko et al., 2009). Multiple Studien konnten gerade bei älteren Menschen den positiven Einfluss eines körperlich aktiven Lebensstils nachweisen, speziell in Bezug auf den Erhalt der Selbständigkeit und der Mobilität und auf ein reduziertes Mortalitätsrisiko. Eine der ersten Studien zum positiven Einfluss von Bewegung auf das Herz-Kreislauf-Risiko war die Untersuchung von britischen Busschaffner und -fahrern (bessere Gesundheit der Schaffner, die in den doppelstöckigen Bussen viel Bewegung hatten) durch Morris et al. (1953).

Im Kontrast hierzu steht die Zahl der vielen körperlich inaktiven Menschen in den Industrieländern. Studien auf nationaler Ebene zeigen repetitiv, dass der Anteil der aktiven Menschen mit zunehmendem Alter stark zurückgeht und besonders Hochbetagte sich nicht genügend bewegen. Das Forschungsgebiet der körperlichen Aktivität (physical activity) auf Populationsebene ist leider ein noch relativ junges Forschungsgebiet (Martin et al., 2014). Die „Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health“ der WHO im Jahr 2004 enthielt zum ersten Mal die körperliche Aktivität als Strategie für die „Public Health“. 2009 wurde dann von der WHO die Inaktivität als viergrößtes Mortalitätsrisiko genannt, was 2010 die Veröffentlichung von Empfehlungen für körperliche Aktivität in Bezug auf positive Gesundheitseffekte initiierte. In diesen Leitlinien gab die WHO (unterstützt durch das „American College of Sports Medicine“) Empfehlungen ab, mindestens an fünf Tagen pro Woche 30 Minuten lang moderat körperlich aktiv zu sein.

Wie oben schon angemerkt, bezieht sich aber der positive Effekt von körperlicher Bewegung nicht nur auf Gesundheit alleine, sondern auch auf die Lebensqualität und soziale Dimension des Menschen (Das et al., 2012).

Mit Bezug auf häufige Krankheiten ist zu bemerken, dass gerade in der Rehabilitation (Geriatrie, Kardiologie, Orthopädie, aber auch Onkologie) die Bewegungstherapie einen sehr hohen Anteil hat (Brüggemann & Seewöster, 2010). Allerdings gibt es – auch in Deutschland – noch zu wenig Studien, die speziell „Dosis-Wirkungsbeziehungen“ bei unterschiedlichen Krankheiten untersucht haben.

Referenzen:

- Martin BW et al. Physical Activity and Health at the Population Level – the Role of International Networks. *Res Exerc Epidemiol.* 2014;16:1–8.
- WHO. Physical Activity and Older Adults Recommended levels of physical activity for adults aged 65 and above. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health 2011; http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/en/. Accessed 06.08.2014, 2011.
- Bauman AE, et al. Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? *Lancet* 2012;380:258–271.
- Chodzko-Zajko W, et al. Exercise and Physical Activity for Older Adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise.* 2009;41:1510–1530.
- Das P, et al. Rethinking our approach to physical activity. *The Lancet* 2012;380:189–190.
- Morris JN, et al. Coronary heart-disease and physical activity of work. *Lancet* 1953;265:1111-1120.
- Brüggemann, S. & Sewöster, D. Bewegungstherapeutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport* 2010;26:266–269.

Es gilt das gesprochene Wort!
Mannheim, April 2016

Durchatmen statt Schnappatmung: Welcher Sport bei COPD hilft

Dr. Rainer Glöckl, Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Pneumologie an der Schön Klinik Berchtesgadener Land, Schönau am Königssee

COPD

Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) ist nicht nur eine reine Lungenerkrankung, sondern eine Systemerkrankung. Neben ventilatorischen Einschränkungen ist vor allem auch die Skelettmuskulatur beeinträchtigt (Muskelatrophie, Muskeldysfunktion). Deshalb stellt körperliches Training eine der wichtigsten nicht-medikamentösen Therapiemaßnahmen dar.

Ausdauertraining

Ausdauertraining ist als klassische Trainingsform für die oberen und unteren Extremitäten eine wichtige Basiskomponente der Trainingstherapie bei COPD-Patienten. Die meisten Ausdauertrainingsprogramme beruhen auf der Dauerethode, bei der über einen längeren Zeitraum ohne Unterbrechung und meist bei gleich bleibender Intensität trainiert wird. Neuere Daten weisen darauf hin, dass insbesondere bei fortgeschrittener COPD die stark leistungslimitierten Patienten von einem intensiven Intervalltraining profitieren können. Im Vergleich zur Dauerethode verursacht ein Intervalltraining eine signifikant geringere dynamische Lungenüberblähung und führt unter anderem dadurch zu einer deutlich länger tolerierten Trainingsdauer bei gleichzeitig geringerer subjektiver Belastungsdyspnoe.

Krafttraining

Ein gezieltes und intensives Krafttraining der großen Muskelgruppen ist die effektivste Methode, um der muskulären Atrophie und Dysfunktion bei COPD-Patienten entgegenzuwirken. Durch ein mehrwöchiges Krafttrainingsprogramm lässt sich eine Steigerung der Maximalkraft von bis zu 30 Prozent erreichen. Da Krafttraining im Vergleich zu Ausdauertraining mit einer deutlich geringeren ventilatorischen Belastung einhergeht, wird ein Krafttraining von den meisten Patienten sehr gut toleriert. Zudem kann ein lokales Krafttraining sogar während einer Exazerbations-Phase eine effektive Methode darstellen, den immobilisationsbedingten zusätzlichen Leistungsabbau zu verhindern.

Atemmuskeltraining

Patienten mit fortgeschrittener COPD weisen begleitend häufig eine Schwäche der Atemmuskulatur auf. Hierbei ist die Balance zwischen Belastung und Kapazität der Atempumpe beeinträchtigt. Ein spezifisches Atemmuskeltraining kann die Kapazität der inspiratorischen Atemmuskulatur erhöhen, wodurch diese die akut zunehmende Last bei körperlicher Aktivität, unter anderem verursacht durch dynamische Überblähung, besser kompensieren kann. Atemmuskeltraining als alleinige Intervention

führt zu einer signifikanten Verbesserung der Atemmuskulatur, der körperlichen Leistungsfähigkeit und der Belastungsdyspnoe.

Vibrationstraining

Generell ist Vibrationstraining durch eine externe Stimulation eines oszillierenden Vibrationsreizes zumeist durch Stehen auf einer Vibrationsplatte charakterisiert. Es wird angenommen, dass ein Großteil der Effekte des Vibrationstrainings durch neurophysiologische Adaptationen erklärt werden kann. In ersten Studien mit COPD-Patienten konnte gezeigt werden, dass Vibrationstraining als alleinige Intervention die körperliche Leistungsfähigkeit steigern kann. Zudem kam eine deutsche Studie zu dem Ergebnis, dass ein konventionelles Ausdauer- und Krafttraining die körperliche Leistungsfähigkeit signifikant mehr steigert, wenn zusätzlich ein Vibrationstraining integriert wird.

Es gilt das gesprochene Wort!
Mannheim, April 2016



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

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

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

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

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

Die DGIM hat zurzeit mehr als 24 000 Mitglieder. Sie ist damit eine der größten wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften Deutschlands. Innerhalb der vergangenen Jahre hat sich die Zahl ihrer Mitglieder mehr als verdoppelt. Der Zuspruch insbesondere junger Ärzte bestärkt die DGIM einmal mehr in ihrem Anliegen, eine modern ausgerichtete Fachgesellschaft auf traditioneller Basis zu sein.

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Gerd Hasenfuß
Vorsitzender der DGIM 2015/2016, Direktor der Klinik für Kardiologie
und Pneumologie, Vorsitzender des Herzzentrums an der UMG,
Universitätsmedizin Göttingen



Beruflicher Werdegang:

Studium und Examina:

4/1975–5/1981 Staatsexamen Medizin, Universität Freiburg
1981 Promotion: Medizin, Universität Freiburg
1989 Habilitation: Innere Medizin, Universität Freiburg

Beruflicher Werdegang:

1982–1993 Facharztausbildung Innere Medizin und Kardiologie, Universität Freiburg
1988–1990 Visiting Assistant Professor am College of Medicine, Dept. of Physiology &
Biophysics der University of Vermont, Burlington, Vermont, USA
1993 Oberarzt der Medizinischen Universitätsklinik Freiburg
1994–1998 Heisenberg-Stipendiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft
Seit 1998 Universitätsprofessor (C4) für Innere Medizin, Direktor der Klinik für
Kardiologie und Pneumologie, Georg-August-Universität Göttingen
Seit 2001 Vorsitzender des Herzzentrums Göttingen
Seit 2010 Vorsitzender des Heart Research Centers Göttingen
Seit 2011 Vorstandsmitglied des Deutschen Zentrums für Herz-Kreislauf-Forschung
e. V. (DZHK)
Seit 2013 Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V.
(DGIM)

Auszeichnungen und Preise:

1991 Theodor-Frerichs-Preis der DGIM
1991 Europäischer Preis für Alternativ-Methoden zum Tierversuch
1991 Young Investigators Award der Society for Cardiovascular Pharmacotherapy
2001 Fellow der American Heart Association, F.A.H.A.
2002 Ordentliches Mitglied der Akademie der Wissenschaften zu Göttingen
2002 Fellow der European Society of Cardiology

- | | |
|------|---|
| 2003 | Deutscher Gründerpreis (Konzepte) für die Ausgründung der Firma Avontec |
| 2004 | Dr. Léon Dumont Preis der Belgischen Gesellschaft für Kardiologie |
| 2005 | Preis für gute Lehre der Medizinischen Fakultät Göttingen |
| 2008 | Distinguished Lecture Award, International Society of Heart Research,
Japanese Section |
| 2011 | William Harvey Basic Science Lecture Award der European Society of
Cardiology |

Wissenschaftliche Aktivitäten:

- | | |
|----------------|---|
| 2001–2005 | Sprecher des DFG-Sonderforschungsbereichs SFB Transregio 2 |
| 2001–2013 | Sprecher des Standorts Göttingen, Nationales Genomforschungsnetz Herz-
Kreislauf |
| 1/2006–12/2010 | Sprecher des EU-Integrated Project EUGeneHeart |
| 7/2006–8/2012 | Sprecher der Klinischen Forschergruppe KFO 155 „Die Bedeutung von
Biomechanik und Calcium-Stoffwechsel bei Herzinsuffizienz und
Regeneration“ |
| Seit 2012 | Sprecher des DFG-Sonderforschungsbereichs SFB 1002 „Modulatorische
Einheiten bei Herzinsuffizienz“ |

Editorial Board – Mitgliedschaften:

European Heart Journal, Circulation (1996–2008), Circulation Research (1998–2014),
Cardiovascular Research, Journal of Molecular and Cellular Cardiology,
Basic Research in Cardiology, Clinical Cardiology, Current Heart Failure Reports,
European Journal of Heart Failure, Der Internist

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Martin Halle

Leiter des Zentrums für Prävention und Sportmedizin am Klinikum
rechts der Isar, TU Technische Universität München

* 1962



Beruflicher Werdegang:

1982–1989	Studium der Humanmedizin an den Universitäten Kiel und Freiburg Auslandssemester in London/GB und Gainesville/USA
1989–1999	Universitätsklinik Freiburg, Abteilung Radiologie Medizinische Universitätsklinik Freiburg, Abteilung Prävention, Rehabilitation und Sportmedizin
1999–2001	Medizinische Universitätsklinik Göttingen, Kardiologie und Pneumologie
2001–2003	Oberarzt an der Medizinischen Universitätsklinik Göttingen, Kardiologie und Pneumologie
Seit 2003	Ordinarius und Ärztlicher Direktor des Lehrstuhls für Präventive und Rehabilitative Sportmedizin an der Medizinischen Universitätsklinik, Klinikum rechts der Isar, TU München
Seit 2011	Zusätzlich Ärztlicher Direktor des Medizinischen Präventionszentrums am Klinikum rechts der Isar, TU München
Seit 2013	Prodekan Sport und Gesundheitsfakultät, TU München

Facharzt: Innere Medizin (1998), Sportmedizin (1998), Kardiologie (2002)

Promotion: Doktor der Medizin (1992), Albert-Ludwig-Universität, Freiburg i.Br.

Habilitation: Medizinische Fakultät (1999), Albert-Ludwig-Universität, Freiburg i.Br.

Wissenschaftliche Schwerpunkte:

- Lebensstilintervention, insbesondere körperliches Training, in der Primär- und Sekundärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen
- Lebensstilintervention bei Kinder-Adipositas
- Körperliches Training bei diastolischer und systolischer Herzinsuffizienz
- Körperliches Training in der Onkologie (Trainingsintervention bei Mamma-Ca und Colon-Ca)

Curriculum Vitae

Klaus Rupp
Leiter des Fachbereichs Versorgungsmanagement der Techniker
Krankenkasse, Hamburg



Beruflicher Werdegang:

Seit 2008	Leitung des Fachbereichs Versorgungsmanagement
2003–2008	Fachreferatsleitung Versorgungsmanagement Projekte
1997–2002	Projektleitungen im Leistungsmanagement und im operativen Geschäft der Geldleistungen der TK

Projekte:

- Leitung des ersten Projektes Krankenhausfallmanagement und Aufbau eines geregelten Beziehungsmanagement mit Krankenhäusern
- Leitung Projekt Integrierte Versorgung
- Leitung Projekt Qualitätstransparenz
- Leitung des Projektes Krankenhausfallmanagement unter DRG
- Verantwortliche Umsetzung für das Fallmanagement der Reha-Beratung
- Leitung Projekt Integrierte Versorgung

Nebenberufliche Weiterbildung:

1999–2002 Kontaktstudiengang Sozial- und Gesundheitsmanagement an der Universität Hamburg

Curriculum Vitae

Professor Dr. rer. nat. Karen Steindorf
Leiterin der Abteilung „Bewegung, Präventionsforschung und Krebs“ am
Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ), Heidelberg



Beruflicher Werdegang:

Professor Dr. rer. nat. Karen Steindorf leitet die Abteilung „Bewegung, Präventionsforschung und Krebs“ am Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) und am Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) in Heidelberg.

Nach ihrem Studium der Statistik und theoretischen Medizin an den Universitäten Dortmund, Bochum und Sheffield/Großbritannien, setzte sie ihre wissenschaftliche Tätigkeit als Epidemiologin am Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg und am National Cancer Institute in den USA fort.

Seit 1999 beschäftigt sich Karen Steindorf mit dem Bereich Körperliche Aktivität und Krebs und entwickelte sich zu einer international ausgewiesenen Expertin. Im Jahr 2011 erschien das Buch „Exercise, Energy Balance and Cancer“ im Springer Verlag unter ihrer Herausgeberschaft. Neben ihren zahlreichen Publikationen im Bereich der Primärprävention zu den krebsrisiko-senkenden Effekten von körperlicher Aktivität und den zugrunde liegenden biologischen Mechanismen führt sie seit mehreren Jahren auch randomisierte, klinische Interventionsstudien zur Erforschung der positiven Effekte von Bewegungstherapien für Krebspatienten durch, für die sie kürzlich mit mehreren Preisen ausgezeichnet wurde.

Ihr Engagement in Fachgesellschaften reicht von ihrer Tätigkeit als Gründungs- und Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie bis zu Leitungsfunktionen verschiedener Arbeitsgruppen in der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS) sowie der Biometrischen Gesellschaft (IBS-DR). In diesem Jahr wurde sie zudem zur DFG-Fachkollegiatin gewählt.

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Cornel C. Sieber
Chefarzt der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Geriatrie am
Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg, Direktor des Instituts für
Biomedizin des Alterns

* 1959



Beruflicher Werdegang:

1978–1984	Medical School an der Universität Basel (Studienaufenthalte in Wien und London)
1984	Approbation als Arzt
1985	Dissertation Universität Basel
1990	Prüfung durch die Kommission für „Foreign Medical Graduates Examinations in the Medical Sciences“ (FMGEMS Examination)
1994	Habilitation Universität Basel

Forschung und Lehre:

1995	Medizinische Fakultät der Universität Basel
1999	Medizinische Fakultät der Universität Genf
Seit 2001	Lehrstuhlinhaber und Professor für Innere Medizin und Geriatrie an der Friedrich-Alexander-Universität (FAU) Erlangen-Nürnberg, Direktor des Instituts für Biomedizin des Alterns in Nürnberg
2001–2013	Chefarzt der Abteilung Innere Medizin 2 (Geriatrie) am Klinikum Nürnberg
Seit 04/2013	Chefarzt der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Geriatrie am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Regensburg

Mitgliedschaften:

- Schweizerische Gesellschaft für Geriatrie (SGG)
- Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) (2005–2008 Präsident)
- Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG)
- Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (ÖGGG)
- Honorary member of the Italian Society of Geriatric (SIG)
- Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) (Präsident 2010–2012)
- European Academy for Medicine of Ageing (EAMA) (2007–2015 Präsident)
- European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS) (Academic Board)
- Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin (SGIM)
- Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) (Vorstandsmitglied)
- European Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN)
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)
- Interdisziplinäres Zentrum für Gerontologie an der FAU (Vize-Präsident)
- Institut für Qualitäts-Management in der Geriatrie FAU (IQG) (Präsident)
- Ständige Kommission „Demographischer Wandel“ Leopoldina (Mitglied)

Curriculum Vitae

Dr. Rainer Glöckl

Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Pneumologie an der
Schön Klinik Berchtesgadener Land, Schönau am Königssee

* 1981



Beruflicher Werdegang:

Studium:

9/2002–12/2006 TU München, Fakultät Sport- und Gesundheitswissenschaft
Diplom-Sportwissenschaft, Fachrichtung Prävention/Rehabilitation

Promotion:

2/2008–7/2014 TU München, Doktorvater: Professor Dr. med. Martin Halle
Thema: „Multimodale Rehabilitation bei Patienten vor Lungentransplantation:
Evaluation von zwei Trainingsformen“

Beruflicher Werdegang:

Seit 12/2006 Diplom-Sportwissenschaftler an der Schön Klinik Berchtesgadener Land

Seit 1/2009 Stellvertretender Fachbereichsleiter Sporttherapie an der Schön Klinik
Berchtesgadener Land

Seit 4/2013 Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Wissenschaft Pneumologie an
der Schön Klinik Berchtesgadener Land

Seit 3/2015 Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Klinikum rechts der Isar, Technische
Universität München, Lehrstuhl für Prävention, Rehabilitation und
Sportmedizin (Direktor: Professor Dr. med. Martin Halle)

Wissenschaftliche Schwerpunkte:

- Trainingstherapie bei Patienten mit COPD oder interstitiellen Lungenerkrankungen (ILD)
- Trainingstherapie bei Patienten vor und nach Lungentransplantation
- Vibrationstraining bei pneumologischen Erkrankungen

Auszeichnungen:

- 2015: Doktorandenpreis der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie
- 2013: Klinischer Forschungspreis der Süddeutschen Gesellschaft für Pneumologie
- 2011: Forschungsstipendium für Klinische Pneumologie der Deutschen Atemwegsliga

Curriculum Vitae

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

* 1943



Beruflicher Werdegang:

Studium:

Medizinstudium in Berlin, Zürich, Heidelberg

Medizinische Ausbildung:

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

Auszeichnungen:

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

Aktivitäten in wissenschaftlichen Gesellschaften:

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

Mitglied der Schriftleitung der folgenden Zeitschrift:

- World Journal of Gastroenterology

Funktionen und Ämter:

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



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Bestellformular Fotos:

**Mittags-Pressekonferenz der
Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)**

Ist Sport die beste Medizin? Bewegung gegen unsere Volkskrankheiten

Termin: Montag, 11. April 2016, 12.30 bis 13.30 Uhr

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

Zugang über: Congress Center Rosengarten

Adresse: Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim

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

- Professor Dr. med. Gerd Hasenfuß
- Professor Dr. med. Martin Halle
- Klaus Rupp
- Professor Dr. rer. nat. Karen Steindorf
- Professor Dr. med. Cornel C. Sieber
- Dr. Rainer Glöckl
- Professor Dr. med. Dr. h. c. Ulrich R. Fölsch

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

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

Pressekontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle
Janina Wetzstein/Corinna Spirgat
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-457
Fax: 0711 8931-167
E-Mail: wetzstein@medizinkommunikation.org
Homepage: www.dgim.de; www.dgim2016.de

Pressebüro im Congress Center Rosengarten
vom 9. bis 12. April 2016
Raum Richard Strauss
Tel.: 0621 4106-5005
Fax: 0621 4106-5905