

Jahrespressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) in Berlin
Innere Medizin und Klimawandel

Termin: Donnerstag, 13. Februar 2020, 12.00 bis 13.00 Uhr

Ort: Geschäftsräume der DGIM

Anschrift: Oranienburger Straße 22, 10178 Berlin (Mitte)

Themen und Referenten:

Klimawandel, Blutdruck und Flüssigkeitshaushalt: Was muss ich beachten?

Professor Dr. med. Jürgen Floege

Vorsitzender der DGIM 2019/2020 und Direktor der Klinik für Nieren- und Hochdruckkrankheiten, rheumatologische und immunologische Erkrankungen an der Uniklinik der RWTH Aachen

Herzkrank im Klimawandel: Wie schütze ich mich?

Professor Dr. med. Georg Ertl

Generalsekretär der DGIM und Kardiologe aus Würzburg

Lungenkrankheiten, Allergien und Klimaänderungen

Professor Dr. med. Christian Witt

Leiter des Arbeitsbereiches Ambulante Pneumologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Auswirkungen des Klimawandels auf die postoperative Wundheilung

Dr. med. Seven Johannes Sam Aghdassi

Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin

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

Schriftlicher Beitrag: Klimawandel aus der Sicht von hausärztlich tätigen Internisten

Dr. med. Ivo G. Grebe

2. Vizepräsident und Schatzmeister des Berufsverbandes Deutscher Internisten e. V. (BDI), niedergelassener Facharzt für Innere Medizin, Psychotherapie und Ernährungsmedizin, Aachen

Ihr Kontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle – Janina Wetzstein

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-457 / Fax: 0711 8931-167

E-Mail: wetzstein@medizinkommunikation.org

www.dgim.de | www.facebook.com/DGIM.Fanpage/ | www.twitter.com/dgimev | www.dgim2020.de

Twittern Sie mit uns über den Internistenkongress unter **#DGIM2020** – wir freuen uns auf Sie!

Wetter als Gesundheitsrisiko

Wie sich der Klimawandel auf unseren Körper auswirkt

Berlin, 13. Februar 2020 – Im Zuge des Klimawandels nehmen extreme Wetterphänomene überall auf der Welt zu. Auch Deutschland hatte in den vergangenen Jahren auffallend häufig mit Starkregen, Stürmen, Dürre und Hitze zu kämpfen. Neben ökologischen und ökonomischen Folgen bringen solche Extremwetterlagen auch gesundheitliche Auswirkungen mit sich. Eine besondere Belastung geht dabei von Hitzewellen aus. Wie sie sich auf den Körper auswirken und was ältere oder kreislaufflabile Patienten an heißen Tagen beachten müssen, ist eines der Themen, die Experten auf der Jahrespressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) diskutieren. Die Pressekonferenz steht unter dem Motto „Innere Medizin und Klimawandel“.

Bei hohen Temperaturen oder körperlicher Anstrengung muss der Körper vermehrt Wärme abführen, um nicht zu überhitzen: Die Haut produziert Schweiß, der über Verdunstung für Kühlung sorgt, zusätzlich weiten sich die Blutgefäße in der Haut, um die Wärme noch effektiver nach außen zu leiten. „Durch die Weitstellung der Gefäße sinkt bei den meisten Menschen der Blutdruck“, sagt Professor Dr. med. Jürgen Floege, Vorsitzender der DGIM und Direktor der Klinik für Nieren- und Hochdruckkrankheiten, rheumatologische und immunologische Erkrankungen an der Uniklinik der RWTH Aachen. In einer warmen Umgebung sei außerdem der Blutdruckabfall, der beim Wechsel vom Liegen zum Stehen entstehe, ausgeprägter als bei kühlen Temperaturen. Je nachdem, wie stark der Blutdruck sinkt, können Beschwerden wie Schwindel, Müdigkeit oder Übelkeit auftreten. Gerade bei Senioren häufen sich an heißen Tagen aber auch schwerwiegendere Zwischenfälle wie Schwächeanfälle, Stürze oder Ohnmachten.

Lassen sich Todesfälle durch Hitze nachweisen?

Verschiedene Datenerhebungen zeigen, dass an besonders heißen Tagen mehr Menschen sterben. Hitze allein ist allerdings selten dafür verantwortlich – Betroffene leiden in der Regel an Vorerkrankungen wie einer Herzschwäche oder Bluthochdruck. So ermittelten etwa Wissenschaftler, welchen Effekt besonders heiße und kalte Tage auf die Sterberate und die Zahl Krankenhauseinlieferungen von 1999 bis 2009 in Deutschland hatten. Demnach stieg die Sterbequote an heißen Tagen mit mehr als 30 Grad Celsius um etwa zehn und die Krankenhauseinlieferungen um fünf Prozent. Der Effekt steigerte sich deutlich, wenn es mehrere Hitzetage in Folge gab.

Für wen ist Hitze besonders gefährlich und was können Betroffene vorbeugend tun?

Besonders gefährdet sind Patienten, die ohnehin einen sehr niedrigen Blutdruck haben. Sie sollten es vermeiden, an heißen Tagen zu rasch aufzustehen oder zu lange zu stehen. Außerdem ist es ratsam, sich nach dem Aufstehen noch kurz – etwa an der Stuhllehne – festzuhalten, um dem Körper Zeit für die Blutdruckanpassung zu geben. Doch auch wer eigentlich einen zu hohen Blutdruck hat, diesen aber medikamentös kontrolliert, kann bei hohen Temperaturen Kreislaufprobleme bekommen. „Wer Blutdrucksenker einnimmt, sollte in Hitzeperioden seinen Blutdruck täglich überwachen“, rät Floege. Wenn der obere, systolische Wert immer wieder oder gar dauerhaft unter 120 mmHg sinke, solle Rücksprache mit dem Arzt gehalten werden. Eventuell sei es dann ratsam, die Tablettendosis zu reduzieren oder die Einnahme ganz auszusetzen.

Neben dem Blutdruck kann an Hitzetagen auch der Flüssigkeitshaushalt in Schieflage geraten, denn durch das Schwitzen gehen dem Körper Flüssigkeit und Salze verloren. Besonders Menschen, deren Durstempfinden gestört ist oder die nicht oder nur eingeschränkt selbstständig trinken können, laufen Gefahr, einen ausgeprägten Flüssigkeitsmangel zu erleiden, der zu Kopfschmerzen, Verwirrtheit, Krampfanfällen und Bewusstseinsstörungen bis hin zur Bewusstlosigkeit führen kann. „Gerade ältere Menschen haben oft nur ein gedämpftes Durstgefühl“, sagt Floege. Vor allem in den Sommermonaten sollten sie daher bewusst „über den Durst trinken“. Bei Pflegebedürftigen, Heimbewohnern und auch bei Neugeborenen sollten Angehörige und Betreuer darauf achten, dass die Flüssigkeitsversorgung auch in Hitzephasen gewährleistet ist. Ein erhöhtes Risiko besteht auch bei Bluthochdruckpatienten, die entwässernde Substanzen zur Blutdrucksenkung einnehmen. Diese sogenannten Diuretika verstärken den Wasser- und Salzverlust zusätzlich. Auch hier kann daher – in Absprache mit dem Arzt – eine Dosisanpassung sinnvoll sein.

Quellen:

Martin Karlsson, Nicolas R. Ziebarth: Population health effects and health-related costs of extreme temperatures: Comprehensive evidence from Germany. Journal of Environmental Economics and Management 91, 2018.

Dandan Xu et. al.: Acute effects of temperature exposure on blood pressure: An hourly level panel study. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0160412018319366>

Anja Stotz et. al.: Effect of a Brief Heat Exposure on Blood Pressure and Physical Performance of Older Women Living in the Community—A Pilot-Study. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4276636/>

Ihr Kontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle

Janina Wetzstein

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-457

Fax: 0711 8931-167

E-Mail: wetzstein@medizinkommunikation.org

www.dgim.de | www.facebook.com/DGIM.Fanpage/ | www.twitter.com/dgimev | www.dgim2020.de

Wundkeime: leichteres Spiel bei höheren Temperaturen Infektionen sind in warmen Monaten häufiger

Berlin, 13. Februar 2020 – Nach durchschnittlich 1,6 Prozent der operativen Eingriffe kommt es zu Infektionen der Wunde. In den letzten Jahrzehnten ist es zwar gelungen, dieses Risiko durch Hygienemaßnahmen und vorbeugende Medikamentengabe deutlich zu senken. Mediziner der Berliner Charité haben nun jedoch einen Faktor identifiziert, den Ärzte und Klinikpersonal nicht beeinflussen können: das Wetter. Wie sie in einer Studie mit Daten aus 17 Jahren zeigen konnten, treten Wundinfektionen in wärmeren Monaten häufiger auf als in kühleren. Die Ergebnisse erläutert der Studienleiter auf der heutigen Jahrespressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM), die dem Thema „Innere Medizin und Klimawandel“ gewidmet ist.

In den Jahren 2000 bis 2016 wurden über das Krankenhaus-Infektions-Surveillance-Systems (KISS) zwei Millionen Operationen dokumentiert. In deren Folge ist es zu mehr als 32.000 postoperativen Wundinfektionen gekommen. An KISS sind Krankenhäuser aus ganz Deutschland angeschlossen – verwaltet wird das System über die Charité, wo Dr. med. Seven Johannes Sam Aghdassi und seine Kollegen die Daten auswerteten.

Die Angaben zur Wundheilung aus dem KISS verknüpften die Mediziner mit meteorologischen Messdaten des Deutschen Wetterdienstes, wie etwa der Außentemperatur, dem Niederschlag und der Luftfeuchtigkeit. Da diese Parameter stark miteinander korrelierten, konzentrierten sich die Studienautoren bei der Analyse letztlich auf die monatliche Durchschnittstemperatur. Wie sich zeigte, stand diese in einem deutlichen Zusammenhang mit der Zahl der dokumentierten Wundinfektionen: „Grob gesagt nahm mit jedem Grad, um das die Außentemperatur anstieg, das Risiko für eine postoperative Wundinfektion um ein Prozent zu“, erklärt Aghdassi. Bei der Analyse definierter Temperaturbereiche ergab sich zwischen der kältesten Kategorie (weniger als 5 Grad Außentemperatur) und der wärmsten (20 Grad oder mehr) ein Risikozuwachs von 13 Prozent. Dabei schienen manche Bakterientypen stärker auf die Außentemperatur zu reagieren als andere. Während sich die Zahl der Infektionen mit grampositiven Erregern nur wenig änderte, nahmen Infektionen mit gramnegativen Keimen – wie etwa E.coli-Bakterien – mit steigenden Temperaturen deutlich zu. Auch waren oberflächliche Wundinfektionen deutlich stärker temperaturabhängig als Infektionen in tieferliegenden Wundbereichen.

Die Analyse, an der auch Wissenschaftler des Potsdam Instituts für Klimafolgenforschung beteiligt waren, hat Aghdassi zufolge einen rein explorativen Charakter. „Es handelt sich lediglich um einen ersten Schritt in die Thematik hinein“, betont der Berliner Studienleiter. Entsprechend möchte er die Schlussfolgerungen aus seiner Analyse zunächst nur als Hypothese verstanden wissen. Eine Hypothese allerdings, die es angesichts der im Zuge des Klimawandels zu erwartenden Temperatursteigerung weiter zu untersuchen lohnt.

Quelle:

Aghdassi, S J S; Schwab, F; Hoffmann, P; Gastmeier, P: The Association of Climatic Factors with Rates of Surgical Site Infections: 17 years' data from hospital infection surveillance.

Dtsch Arztebl Int 2019; 116: 529-36. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0529

<https://www.aerzteblatt.de/int/archive/article/209077/The-association-of-climatic-factors-with-rates-of-surgical-site-infections-17-years-data-from-hospital-infection-surveillance>

– Bei Abdruck Beleg erbeten

Ihr Kontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle

Janina Wetzstein

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-457

Fax: 0711 8931-167

E-Mail: wetzstein@medizinkommunikation.org

www.dgim.de | www.facebook.com/DGIM.Fanpage/ | www.twitter.com/dgimev

www.dgim2020.de

REDEMANUSKRIFT

Klimawandel, Blutdruck und Flüssigkeitshaushalt: Was muss ich beachten?

Professor Dr. med. Jürgen Floege, Vorsitzender der DGIM 2019/2020 und Direktor der Klinik für Nieren- und Hochdruckkrankheiten, rheumatologische und immunologische Erkrankungen an der Uniklinik der RWTH Aachen

Hitze und Schwitzen erweitern die Blutgefäße und bei den meisten Menschen sinkt damit auch der Blutdruck. Zusätzlich wird der Blutdruckabfall beim Wechseln vom Liegen zum Stehen ausgeprägter (siehe zum Beispiel die Studie auf der dritten Seite). Je nach Ausprägung des Blutdruckabfalls kann es dann zu Beschwerden wie Schwindel, Müdigkeit, Übelkeit und Schwächeanfällen bis hin zu Stürzen und Ohnmachten kommen.

Damit haben Hitzewellen mehrere Konsequenzen für Menschen, die an zu niedrigem oder zu hohem Blutdruck leiden:

- Patienten mit sehr niedrigem Blutdruck sind gefährdeter für Ohnmachtsanfälle, insbesondere wenn sie bei Hitze schnell aufstehen.
- Patienten mit zu hohem Blutdruck, die Medikamente dagegen einnehmen, sollten die Dosierung von ihrem Arzt / ihrer Ärztin überprüfen lassen. Bei kurzen Hitzeperioden, die nur wenige Tage dauern, muss die Tablettendosis normalerweise nicht reduziert werden. Bei längeren Hitzeperioden oder Aufenthalt in sehr warmen Regionen kann es jedoch sinnvoll sein, die Medikamente niedriger zu dosieren oder eventuell zu pausieren.
- Patienten mit zu hohem Blutdruck, die Medikamente dagegen einnehmen, sollten gerade bei heißem Wetter ihren Blutdruck täglich überwachen. Sinkt der Oberwert (systolischer Blutdruck) immer wieder oder dauerhaft unter 120 oder sogar unter 100 mmHg, sollte rasch Rücksprache mit dem Arzt gehalten werden.
- Besonders gefährdet sind Patienten, bei denen die Blutdruck-Regulation nicht mehr normal ist, zum Beispiel Diabetiker mit autonomer Polyneuropathie.
- In keinem Fall darf ohne Rücksprache mit dem Arzt die Dosis verringert oder das Medikament abgesetzt werden.

Durch vermehrtes Schwitzen an heißen Tagen verliert der Körper viel Flüssigkeit und oft auch Salz. Dies bringt Menschen in Gefahr, deren Durstempfinden gestört ist oder die unzureichend trinken können, insbesondere:

- alte Menschen
- Heimbewohner
- Pflegebedürftige
- Neugeborene

Ein ganz besonders hohes „Austrocknungs“- (Exsikkose-) Risiko besteht, wenn solche Patienten neben der Hitze noch weitere Erkrankungen (vor allem Infektionen, Pneumonien, Harnwegsinfekte ...) entwickeln. Auch Bluthochdruck-Patienten sind bei Hitze eventuell gefährdet, in eine Exsikkose zu rutschen, da viele Patienten sogenannte Diuretika zur Blutdrucksenkung einnehmen. Diuretika („Wasser-Tabletten“) entwässern den Körper und können somit eine Exsikkose beziehungsweise den Salzverlust verstärken. Dies kann besonders bei älteren Patienten zu Kopfschmerzen, Verwirrtheit, Krampfanfällen und zu einer Eintrübung des Bewusstseins bis zur Bewusstlosigkeit führen.

Es gilt das gesprochene Wort!

Berlin, Februar 2020

Weiterführende Literatur:

Int. J. Environ. Res. Public Health 2014, 11, 12623-12631; doi:10.3390/ijerph111212623
 Effect of a Brief Heat Exposure on Blood Pressure and Physical Performance of Older Women Living in the Community – A Pilot-Study

Daraus:

Table 2. Differences between 20 °C and 30 °C room temperature of all 26 older women in physiological parameters and aerobic capacity.

Variables	20 °C room Temperature		30 °C room Temperature		p
	Median	IQR	Median	IQR	
Sys. BP at rest (mmHg)	143.5	135.3–158.5	133.5	121.5–140.0	<0.001
Dias. BP at rest (mmHg)	88.0	80.0–93.5	80.0	72.3–91.0	<0.001
Heart rate at rest (bpm)	65	61–68	68	64–77	0.016
Core temperature at rest (°C)	36.5	36.0–36.7	36.8	36.6–36.9	<0.001
Calf skin temperature at rest (°C)	31.9	30.7–32.5	34.2	33.7–34.4	<0.001
Sys. BP change (mmHg)	-14	-27–-5	-17	-23–-9	Ns
Dias. BP change (mmHg)	-4	-10–-5	-2	-8–-9	Ns
Heart rate change (bpm)	13	6–17	18	10–21	<0.001
6-Minute-Walk (m)	602.1	540.2–635.8	572.8	533.8–641.8	0.008

IQR = inter-quartile range; Sys. = systolic; Dias. = diastolic; BP = blood pressure; change = change from lying to standing position; ns = not significant; negative values indicate a decrease.

REDEMANUSKRIFT

Herzkrank im Klimawandel: Wie schütze ich mich?

Professor Dr. med. Georg Ertl, Generalsekretär der DGIM und Kardiologe aus Würzburg

So beeinflusst das Klima unser Herz

Wir wissen seit längerem, dass bei Kälte mehr Herzinfarkte auftreten. Für heißes Wetter sind die Zusammenhänge nicht so eindeutig gewesen. Zum Beispiel ist die Häufigkeit von Herzinfarkten in mediterranen Ländern geringer, was man auf die mediterrane Ernährung und Lebensweise zurückgeführt hat.

Eine Deutsche Studie aus dem Augsburger MONIKA-Register hat nun im letzten Jahr gezeigt, dass im letzten Jahrzehnt mehr Herzinfarkte im Zusammenhang mit hohen Außentemperaturen aufgetreten sind, was auf einen möglichen Effekt des Klimawandels auf das Auftreten von Herzkrankheiten hinweist. Die Studie beruht auf der Analyse von Registerdaten der Region Augsburg zwischen 1987 und 2014. In der Zeit sind insgesamt 27 310 Herzinfarkte aufgetreten. Die Korrelation dieser Daten mit täglichen meteorologischen Aufzeichnungen ergab nach Korrektur für eine Reihe von anderen möglichen ursächlichen Faktoren (Wochentag, sozioökonomischer Status et cetera) in der gesamten 28-Jahres-Periode Effekte von kaltem Wetter, jedoch keine Effekte von heißen Temperaturen.

In einer separaten Analyse für zwei Perioden ergab sich eine mittlere tägliche Maximaltemperatur von 14,5 Grad Celsius für die Jahre 1987 bis 2000 und keine Assoziation der Herzinfarkthäufigkeit. Für die Jahre 2001 bis 2014 fand sich eine mittlere tägliche Maximaltemperatur von 15,1 Grad Celsius und ein Anstieg der Hitze-assoziierten Herzinfarktrate besonders bei Patienten mit vorbestehenden Herzkrankheiten, Diabetes, hohem Cholesterin (Risikofaktoren). Allerdings hatten diese Risikofaktoren in derselben Zeit ebenfalls zugenommen. Das bedeutet, Klimaveränderungen können nicht isoliert betrachtet werden, Risikoveränderungen aufgrund gesellschaftlicher Veränderungen müssen in Betracht gezogen werden.

Es fanden sich noch einige interessante Beobachtungen. Es gab nicht weniger Kälte-assoziierte Herzinfarkte. Entgegen den Erwartungen fand sich auf dem Land sogar ein höheres Hitze-assoziiertes Risiko als in der Stadt, was möglicherweise auf mehr oder andere Risikofaktoren auf dem Lande zurückzuführen ist. Offen bleibt, ob die Ergebnisse auf außerhalb der Region übertragen werden können. Eine interessante Frage ist auch, was passieren wird, wenn das Übereinkommen von Paris zur Begrenzung der globalen Erwärmung auf deutlich unter zwei Grad Celsius gegenüber vorindustriellen Werten eingehalten wird oder auch nicht?

Temperatur ist nicht gleich Temperatur

Die relative Luftfeuchtigkeit beeinflusst wesentlich die gefühlte Temperatur: Bei 29 Grad Celsius und null Prozent Luftfeuchtigkeit ist die gefühlte Temperatur 26 Grad Celsius. Bei 29 Grad Celsius und 80 Prozent Luftfeuchtigkeit ist die gefühlte Temperatur 36 Grad Celsius!

Gründe für ein besonders hohes Risiko

Menschen, die jünger als vier oder älter als 65 Jahre alt oder übergewichtig sind, haben ein höheres Risiko. Patienten mit Erkrankungen, zum Beispiel von Niere, Lunge oder Herz, haben ein besonders hohes Risiko, schon durch die Erkrankung selbst, aber auch durch die Medikamente (zum Beispiel Entwässerung ...), die sie einnehmen. Drogen, auch Alkohol, können das Risiko steigern.

Auch äußere Umstände können eine besondere Risikolage herstellen, wie zum Beispiel plötzliche Wetteränderungen oder Wetterlagen mit besonders hoher Luftfeuchtigkeit.

Hitze, Herz und Kreislauf

Auch wenn prinzipiell lebensbedrohliche Herzinfarkte, Schlaganfälle oder Lungenprobleme bei Hitzewellen häufiger auftreten, sind vergleichsweise harmlosere Kreislaufstörungen das bei Weitem häufigere Problem. Die Symptome Hitze-induzierter Störungen und Krankheiten hängen vom Typ und der Schwere des Hitzeschadens ab. Häufige Symptome sind Schweißausbrüche (kalter Schweiß), Erschöpfung, Müdigkeit, Schwindel, zunächst nur beim Aufstehen, dann Benommenheit bis zur Ohnmacht, ein schwacher schneller Puls, Übelkeit, Erbrechen. All diese Symptome können allerdings bei harmloseren Störungen, beim Hitzschlag und auch beim Herzinfarkt auftreten, sodass im Zweifelsfall die Notnummer gerufen werden sollte.

Wie vorbeugen?

- Ausreichend trinken, der Urin sollte klar sein.
- Durst alleine kann besonders bei älteren Patienten nicht das alleinige Maß sein.
- Alkohol stellt eine zusätzliche Kreislaufbelastung dar.
- Bei Flüssigkeitsverlust müssen auch Elektrolyte ersetzt werden.
- Die Bilanz ist allerdings bei Patienten mit Herz-/Kreislauf-Erkrankungen schwierig.
- Patienten mit Herzschwäche zum Beispiel fühlen sich „trocken“ häufig besser.
- Passende Kleidung tragen (siehe Beduinen), Schatten aufsuchen.

- Überhitzung auf jeden Fall vermeiden.
- Risikofaktoren für Herzkrankheiten (Rauchen, Übergewicht, hoher Blutdruck, Diabetes ...) vermeiden oder behandeln.

Was tun, wenn Symptome auftreten?

- Bei Bewusstlosigkeit und Symptomen des Sonnenstichs oder Hitzschlags die Notnummer rufen.
- Kühl halten, Kleidung befeuchten, langsam kleine Schlucke Wasser (nicht erzwingen), eventuell kühles Bad.
- Hitze meiden. Gekühlte Räumlichkeiten aufsuchen. Hinlegen.

Es gilt das gesprochene Wort!
Berlin, Februar 2020

REDEMANUSKRIFT

Lungenkrankheiten, Allergien und Klimaänderungen

Professor Dr. med. Christian Witt, Leiter des Arbeitsbereiches Ambulante Pneumologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Klinische Klimafolgenforschung – Betroffenheit vulnerabler Patientengruppen in einer sich verändernden Umwelt durch Erwärmung und urbane Luftbelastung („hot and dirty“)

Wir Klinikärzte wissen seit der Veröffentlichung des Weltklimarates 2007 (IPCC-Report), dass bei einer globalen Erwärmung von durchschnittlich zwei Grad Celsius nicht nur Schwellen- und Entwicklungsländer komplex durch Landwirtschaft/Ernährung, die Küsten/Meeresspiegelanstiege und anderes mehr betroffen sein werden. Sondern auch, dass in den gemäßigten Breiten – also bei uns auf der Nordhalbkugel – die Folgen der Erwärmung zu einer Morbiditätssteigerung von Krankheitsverläufen, besonders chronischer kardiorespiratorischer Krankheiten, führen werden. Als Grenzorgan zur Umwelt kommt in diesem Kontext der Lunge eine Portalfunktion zu. Bei der Annahme einer Erwärmung von nur einem Grad Celsius steigt die Mortalität in Regionen oberhalb der Alpen bei respiratorischen Erkrankungen um drei bis sechs Prozent, Letztere bei älteren Menschen, die älter als 80 Jahre sind, in der Regel multimorbiden Patienten. Eine Untersuchung in den USA dazu zeigt, dass bei einem Temperaturanstieg von zehn Grad Fahrenheit die Hospitalisierungsrate bei respiratorischen Patienten um 4,3 Prozent zunimmt. Diese Zahl ist klinisch griffig, also circa fünf Prozent, doch im kälteren Alaska ist die sogenannte Resilienz für Hitze schwächer ausgeprägt als im wärmeren Texas, wo mehr Adaptation erworben werden konnte. Folglich sind Vulnerabilitäten eine evidente Steuergröße der klinischen Betroffenheit und damit ein Maß der adaptiven Kapazität unserer chronisch kranken Patienten, die bei dieser Gruppe aus zwei Gründen vermindert ist: zum einen wegen der chronischen Krankheit, gegebenenfalls verbunden mit hohem Alter und Multimorbidität, und zum anderen durch die Therapie derselben, beispielsweise eine Bluthochdruckbehandlung, die auch adaptive Regulationen bei Hitze beeinträchtigen kann.

Zu der allgemeinen Erwärmung, die auch in der kalten Jahreszeit circa zwei bis drei Grad Celsius beträgt, kommt in Metropolen – am ausgeprägtesten in Megacitys (mehr als zehn Millionen Einwohner), aber auch in deutschen Großstädten, zum Beispiel Berlin – ein sogenannter Heat-Island-Effekt, also innerstädtische Wärmeinseln, hinzu. Am Beispiel Berlin kann ein Temperaturgradient bei Hitze von bis zu acht Grad Celsius zwischen dem kühleren Stadtrand und

dem Stadtzentrum (Alexanderplatz) auftreten. Folglich ergibt die Translation dieser geoklimatischen Erkenntnisse für die klinische Medizin dreierlei: Zum einen, dass der Wohn- und Aufenthaltsort des Großstadt-Patienten in die klinische Medizin mit einzubeziehen ist. Zum zweiten sollten bei vulnerablen Patienten die klinischen Verläufe effizienter erfasst werden (neue Medien/Telemonitoring, künstliche Intelligenz) und drittens sollte durch konsequente Patientenführung und medikamentöse Therapie präventiv das gestiegene Exazerbations- beziehungsweise Dekompensationsrisiko, das zum Teil lebensbedrohlich sein kann, gemindert werden.

Ein weiterer Punkt ist die lokale Umwelt-Atemluft-Belastung (Urban Air Pollution), die auch am Ort der höchsten Temperaturen auftritt. Feinstaub, Stickoxide und Ozon führen zusätzlich zu mehr Mortalität (vorzeitigen Todesfällen) und Morbidität, das heißt, dass bei chronisch Kranken das Risiko einer Zunahme von Beschwerden, Symptomen und Belastungsintoleranz steigen kann [1, 2, 3]. Wie auch immer, nun kommen zwei Umweltänderungen simultan zusammen, die besonders die vulnerablen Patientengruppen belasten (circa 370 000 Einwohner, auch unsere Patienten, leben an belasteten Hauptstraßen). Klinisch führt die Risikosteigerung zu mehr Instabilität des Krankheitsverlaufes, auf die Ärzte in Ambulanzen und Kliniken mit mehr Medikamentenverordnungen, mehr Krankschriften, mehr Arztkonsultationen beziehungsweise Notfallrettungseinsätzen und mehr nachfolgenden Hospitalisierungen reagieren. Aktuelle Forschungsansätze betrachten beides: den globalen Treibhauseffekt mit Erwärmung und Extremen und die steigende lokale, besonders urbane Luftbelastung. Sie kommen zu dem Schluss, dass der fortschreitende Klimawandel inklusive Wetterextremen, wie Hitzewellen, das Risiko schwerer Luftbelastungsphasen erhöhen wird.

Was bedeutet dieser Erkenntnisstand für Klinikärzte im Herbst 2019, einer Zeit mit großen globalen Klimabewegungen, wie „Fridays for future“, und Zeiten einer sogenannten gesellschaftlichen Transformationsphase? Meine Haltung umreißt grob folgende Vorschläge und Empfehlungen:

1. Selber als Klinikarzt Vorbild sein in der Verminderung der Kohlendioxidemission (Treibhausgase – global) und von Feinstaub, NO₂ und Ozon (Air Pollution lokal).
2. Mehr Aus- und Fortbildung zu klinischen Folgen des Klimawandels und Air Pollution.
3. Mehr Forschung zur Identifikation vulnerabler Gruppen (Patienten).
4. Mehr Entwicklung von Adaptationsstrategien (neue Medien/Telemonitoring/künstliche Intelligenz/Konzept des klimaadaptierten Krankenhauses/Klimatisierung sowie der klimaadaptierten Arzneimitteltherapie).

Literatur

- [1] Landrigan PJ, Fuller R, Acosta NJR et al. The Lancet Commission on pollution and health. doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32345-0 (zuletzt abgerufen: 20.01.2020)
- [2] Schulz H, Karrasch S, Bölke G, Cyrus J, Hornberg C, Pickford R, Schneider A, Witt C, Hoffmann B. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin. Atmen: Luftschadstoffe und Gesundheit, 2018
- [3] Lelieveld J. Schlechte Luft durch Verkehr, Industrie und Landwirtschaft – Auswirkung der Luftqualität auf die Volksgesundheit. *kliniker* 2020; 49: 22–25

Es gilt das gesprochene Wort!
Berlin, Februar 2020

REDEMANUSKRIFT

Auswirkungen des Klimawandels auf die postoperative Wundheilung

Dr. med. Seven Johannes Sam Aghdassi, Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Charité –
Universitätsmedizin Berlin

Postoperative Wundinfektionen gehören zu den häufigsten nosokomialen Infektionen in Deutschland. Nosokomiale Infektionen sind Infektionen, die im Krankenhaus auftreten oder mit einer medizinischen Behandlung im Zusammenhang stehen. In Deutschland ist die Überwachung (genannt Surveillance) von nosokomialen Infektionen gesetzlich verpflichtend. Eine große Zahl von Krankenhäusern in Deutschland führt eine Surveillance von postoperativen Wundinfektionen im sogenannten „Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System“ (abgekürzt: KISS) durch. KISS wird vom Nationalen Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen verwaltet, welches an der Charité ansässig ist.

Dort hat unser Team im vergangenen Jahr die KISS-Datenbank genutzt, um die Assoziation von meteorologischen Faktoren und postoperativen Wundinfektionen zu untersuchen. Diese Analyse fand mit Unterstützung der Kolleginnen und Kollegen vom Potsdamer Institut für Klimafolgenforschung statt. Neben den Daten des KISS nutzten wir meteorologische Messdaten des Deutschen Wetterdiensts. Darunter fielen beispielsweise Außentemperatur, Niederschlag und Luftfeuchtigkeit. Da sich eine hohe Korrelation zwischen den unterschiedlichen Parametern zeigte, konzentrierten wir uns auf die Außentemperatur als monatlichen Mittelwert.

Um eine möglichst aussagekräftige Analyse zu ermöglichen, untersuchten wir Daten im Zeitraum der Jahre 2000 bis 2016, was 17 Jahren entspricht. In dieser Zeit sind in der KISS-Datenbank über zwei Millionen Operationen dokumentiert worden, nach denen sich mehr als 32 000 postoperative Wundinfektionen ereigneten. Die Operationen verteilen sich auf über 1400 operative Abteilungen in Deutschland. Diese Abteilungen können über ihre Postleitzahl einem Ort zugeordnet werden. In Verbindung mit der Information, wann eine Operation durchgeführt wurde, verknüpften wir über „Zeit und Ort“ die KISS-Daten mit den Daten des Deutschen Wetterdiensts.

Insgesamt zeigten sich bei wärmeren Temperaturen im Operationsmonat höhere postoperative Wundinfektionsraten. Beispielsweise lag die gepoolte Wundinfektionsrate pro 100 Operationen bei Temperaturen unter fünf Grad Celsius bei 1,5, während sie für Temperaturen über 20 Grad Celsius bei 1,8 lag.

Um diese Assoziation besser abschätzen zu können, berechneten wir in einer multivariablen logistischen Regressionsanalyse Odds Ratios. Dabei handelt es sich um das Verhältnis von Wahrscheinlichkeiten. In unserem Fall die Wahrscheinlichkeit, dass im postoperativen Verlauf eine Wundinfektion auftritt. Hierbei zeigte sich pro zusätzlichem Grad Celsius Temperatur ein Anstieg von einem Prozent hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit für eine Wundinfektion. Vergleicht man definierte Temperaturbereiche, so ist das Risiko für eine Wundinfektion bei Temperaturen über 20 Grad Celsius circa 13 Prozent höher als bei unter fünf Grad Celsius. Besonders ausgeprägt war diese Assoziation bei oberflächlichen Wundinfektionen und bei Wundinfektionen durch gramnegative Bakterien.

Unsere Analyse stellte eine explorative Beobachtungsstudie dar, also einen ersten Schritt in die Thematik hinein. Die Hypothese, die wir aus unserer Arbeit ableiten, lautet, dass wärmere Außentemperaturen das Auftreten von postoperativen Wundinfektionen begünstigen. Wir vermuten außerdem, dass bestimmte Erreger mehr als andere auf wärmere Temperaturen reagieren. Bedingt durch den Klimawandel ist mit längeren Phasen von Hitze und allgemein mit höheren Durchschnittstemperaturen zu rechnen. Unsere Daten legen nahe, dass sich der Klimawandel negativ auf die postoperative Wundheilung und Genesung auswirkt.

Es gilt das gesprochene Wort!
Berlin, Februar 2020

REDEMANUSKRIFT

Klimawandel aus Sicht der hausärztlich tätigen Internisten

Dr. med. Ivo G. Grebe, 2. Vizepräsident und Schatzmeister des Berufsverbandes Deutscher Internisten e. V. (BDI), niedergelassener Facharzt für Innere Medizin, Psychotherapie und Ernährungsmedizin, Aachen

Spätestens seit den Hitzerekorden der letzten Sommer, den Protesten rund um die Gewinnung und Verstromung fossiler Brennstoffe, dem Dieselskandal und der Diskussion um Feinstaubbelastung in unseren Städten ist die Ärzteschaft alarmiert. Vertreter großer Verbände, der Hochschulen und Kammern warnen seit Langem, dass unser Gesundheitssystem wegen des Klimawandels vor großen Herausforderungen steht und wir uns mit den **Auswirkungen des Klimawandels** für den Einzelnen, aber auch mit den indirekten Folgen für die globale Gesundheit beschäftigen müssen. Der diesjährige 123. **Ärztetag in Mainz** wird sich ausführlich dieser Thematik widmen unter dem Motto: Klimaschutz ist Gesundheitsschutz.

Laut „Lancet Countdown“ ist der **Klimawandel die größte Bedrohung** für die Gesundheit in diesem Jahrhundert. Wie lässt sich diese sehr allgemeine Behauptung in die **Versorgungsrealität des Internisten** in der ambulanten, speziell der hausärztlichen Versorgung umsetzen?

- Wetterextreme wie beispielsweise die Hitzewellen der vergangenen Jahre führen zu vermehrten Herz-Kreislauf-Dekompensationen, Nierenversagen durch Flüssigkeitsmangel und erhöhter Stressanfälligkeit – darauf müssen wir vorbereitet sein.
- Durch Mücken oder Zecken übertragbare Krankheiten nehmen zu, neue Infektionskrankheiten aus dem asiatischen oder afrikanischen Raum treten in Mitteleuropa auf (West-Nil-Fieber, Dengue, Zika, Malaria und andere).
- Die Luftverschmutzung durch Verbrennung fossiler Brennstoffe führt über die Feinstaubbelastung und die Inhalation von Stickoxiden in den Ballungs- und Industriezentren zu einer erhöhten Inzidenz von Lungenerkrankungen und einer allgemeinen Zunahme der Mortalität.

Ziel nationaler und internationaler Abkommen ist es, gemäß des Pariser Abkommens bis 2050 eine neutrale Treibhausbilanz zu erreichen. Wir als Internisten können im Verbund mit der gesamten Ärzteschaft dazu beitragen, **dieses Ziel zu erreichen**, indem wir

- bei uns selbst und bei unseren Patienten gesundheitsbewusstes Verhalten fördern,
- uns für klimafreundliche Aktionen wie den fahrradfreundlichen Ausbau von Innenstädten einsetzen und damit zur Reduktion des Autoverkehrs und der Feinstaubbelastung beitragen,
- klimafreundliche Mobilität bei unseren Patienten fördern und auf den besonderen gesundheitlichen Nutzen von Sport und Bewegung hinweisen,
- die Gefahren von Über- und Fehlernährung aufzeigen, die Reduktion des Fleischkonsums anstreben und auf die ökologischen Gefahren der Massentierhaltung hinweisen,
- eine restriktive Verordnung von Antibiotika und Analgetika betreiben, eine „greenline production“ von Arzneimitteln unterstützen, um damit die Rückführung toxischer Medikamentenrückstände in das Trinkwasser zu reduzieren,
- in unseren Praxen oder anderen Tätigkeitsfeldern den Klimawandel und seine globalen Folgen für die physische und psychische Gesundheit thematisieren und damit zur Aufklärung und kritischen Auseinandersetzung beitragen.

Es gilt das gesprochene Wort!
Berlin, Februar 2020

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 sämtlicher internistischen Schwerpunkte: Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Geriatrie, Hämatookologie, 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 sind 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 über 27.000 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. Jürgen Floege
Vorsitzender der DGIM 2019/2020 und Direktor der Klinik für
Nieren- und Hochdruckkrankheiten, rheumatologische und
immunologische Erkrankungen an der Uniklinik der RWTH Aachen



Beruflicher Werdegang:

Professor Dr. Jürgen Floege ist seit 1999 Direktor der Abteilung für Nephrologie und Immunologie der RWTH Aachen und seit April 2019 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM). Zusätzlich ist er Gründungsmitglied und Past-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie (DGfN). 2018 wurde er von der *European Renal Association* mit dem *Award for Outstanding Clinical Contributions to Nephrology* geehrt. Er ist Herausgeber des Bestseller-Lehrbuchs „*Comprehensive Clinical Nephrology*“, Mitherausgeber der weltweit führenden Nephrologie-Zeitschrift *Kidney International* und Mitglied des Editorial Board von *Journal of the American Society of Nephrology*, *Journal of Nephrology*, *Der Nephrologe* und andere.

Seine Forschungsinteressen umfassen immunologische Nierenerkrankungen, insbesondere die IgA-Nephropathie, Mechanismen der Progression von Nierenerkrankungen und assoziierte Störungen im Knochen sowie assoziierte kardiovaskuläre Störungen, vor allem die Mechanismen von Herz-Kreislauf-Verkalkungen. Seine wissenschaftliche Arbeit umfasst nahezu 600 Original- und Übersichtsarbeiten.

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Georg Ertl
Generalsekretär der DGIM und Kardiologe aus Würzburg



Akademischer und beruflicher Werdegang

- | | |
|-----------|---|
| Seit 2016 | Ärztlicher Direktor, ab 2017 hauptamtlich, des Universitätsklinikums Würzburg |
| 1999–2017 | Lehrstuhl für Innere Medizin und Direktor der Medizinischen Klinik I, Universität Würzburg |
| 1995–1998 | Lehrstuhl Kardiologie, Universität Heidelberg; Direktor der II. Medizinischen Klinik am Klinikum Mannheim |
| 1986 | Habilitation für das Fach Innere Medizin, Medizinische Fakultät der Universität Würzburg |
| 1979–1980 | Forschungsstipendium der DFG, Harvard University, Peter Bent Brigham Hospital, Boston, USA |
| 1977–1979 | Wissenschaftlicher Assistent am Physiologischen Institut I, Universität Düsseldorf |
| 1975 | Promotion im Fach Innere Medizin / Kardiologie an der Medizinischen Fakultät, Universität Mainz |
| 1968–1974 | Studium Humanmedizin in Mainz und Graz |

Auszeichnungen und verliehene Mitgliedschaften (Auswahl)

- Mitglied der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina
- Fellow American College of Cardiology
- Fellow European Society of Cardiology
- Council of Basic Science American Heart Association
- Franz-Loogen-Preis
- Fritz-Acker-Preis
- Ehrennadel in Gold der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie

Ehrenamtliche Aufgaben in Gesellschaften und Gremien (Auswahl)

- 2014, 2017, 2018/19 Sachverständiger für den Medizinausschuss des Wissenschaftsrates
- 2015–2017 Vorstand der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, AWMF
- Seit 2002 Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina
- Kommissionen
 - Personalisierte Medizin
 - Medizinische Versorgung bei älteren Menschen
 - Palliativmedizin
- 2011–2013 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz-Kreislauf-Forschung (DGK)
- Projekt: Kardiologie im Nationalsozialismus. Die Deutsche Gesellschaft für Kreislaufforschung 1933 bis 1945
 - Gründer der Projektgruppen
 - Ethik in der Kardiologie
 - Familie in der Kardiologie
- 2008–2012 Sprecher des Fachkollegiums Medizin der Deutschen Forschungsgemeinschaft
- 2008–2018 Bayerischer Landesgesundheitsrat
- 2007–2008 Vorsitzender Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin
- Seit 2005 Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer
- 2004–2008 Sprecher Sektion Herz/Kreislauf, DFG-Fachkollegium Medizin
- 2004–2006 Dekan Medizinische Fakultät der Universität Würzburg
- Seit 1995 Wissenschaftlicher Beirat der Deutschen Herzstiftung

Aufsichtsräte / Beiräte (Auswahl)

- External Scientific Advisory Board LOEWE CGT, Universität Frankfurt
- Aufsichtsrat Universitäts-Herz-Zentrum Freiburg / Bad Krozingen
- Stiftungskuratorium der Universität zu Lübeck

Projektkoordination, Mitgliedschaft in Verbundprojekten (Auswahl)

- Seit 2011 Sprecher des Kompetenznetzes Herzinsuffizienz
- 2010–2017 Sprecher Deutsches Zentrum für Herzinsuffizienz
- 2006–2016 Stellvertretender Sprecher des SFB 688
- 1999–2005 Sprecher des Sonderforschungsbereiches SFB 355 „Pathophysiologie der Herzinsuffizienz“, Würzburg

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Christian Witt
Leiter des Arbeitsbereiches Ambulante
Pneumologie, Charité – Universitätsmedizin
Berlin



1974–1979 Studium der Zahnmedizin an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald (EMAU), Zahnärztliches Staatsexamen und Approbation als Zahnarzt

1980–1983 Humanmedizin-Studium an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität, Ärztliches Staatsexamen und Approbation als Arzt

Beruflicher Werdegang:

1979–1984 Assistenzarzt in der Abteilung für Kieferchirurgie der EMAU Greifswald

1983 Promotion zum Dr. med. an der EMAU Greifswald

1984–1988 Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin an der Universitätsklinik für Innere Medizin (Direktor: Prof. Dr. med. H. Berndt) der Medizinischen Fakultät (Charité) der Humboldt-Universität zu Berlin

1988/1990 Anerkennung als Facharzt für Innere Medizin/Spezialisierung im Fach Pneumologie

1992 Leitender Oberarzt der I. Medizinischen Klinik (Charité) für Pneumologie

1993 Habilitation, Lehrbefugnis im Fach Innere Medizin

1994 Befugnis zur Leitung der Weiterbildung im Teilgebiet Pneumologie

1998 Berufung zum Universitätsprofessor für Pneumologie der Medizinischen Fakultät (Charité) der Humboldt-Universität zu Berlin

2001 Stellvertretender Direktor der Klinik für Kardiologie, Pneumologie und Angiologie

2005 Stellvertretender Direktor der Klinik für Infektiologie und Pneumologie, Leiter des Arbeitsbereiches Ambulante Pneumologie (Transplantationsmedizin)

2005 Kongresspräsident des 46. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie

2008–2011 Sprecher des Lungenkrebszentrums der Charité

- 2010 Vorstandsmitglied der Arbeitsgemeinschaft Pneumologische Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft
- 2011 Mitglied der Transplantationskommission für thorakale Organe des Deutschen Herzzentrums zu Berlin
- 2011 Mitglied des German Review Board bei Eurotransplant, Leiden, NL
- Seit 2014 Pneumologischer Fachgutachter der Prüfungs- und Überwachungskommission der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer
Fachgutachter und kooperierendes Mitglied der Prüfungs- und Überwachungskommission (PÜK)
- Seit 2014 Beauftragter des Präsidenten des Europäischen Parlamentes als International Medical Consultant

Wissenschaftlicher Werdegang:

- Seit 2010 Mitautor der Nationalen S3-Leitlinien: Pulmonale Hypertonie, Lungenkrebs und Lungenfibrose
- 2009–2014 BMBF-Förderung Projekt „Warn- und Interventionssysteme für klimaadaptive Gesundheitsvorsorge und Krankheitsmanagement“ im Projekt Innovationsnetzwerk Klimaanpassung Brandenburg Berlin (INKA BB) (BMBF: NCT01LR0803L)
- 2012 Verfasser der acatech-Position „Anpassungsstrategien in der Klimapolitik“, Thema Gesundheit
- 2012–2016 DFG Research Unit 1736 „Urban Climate and Heat Stress in Mid-Latitude Cities in View of Climate Change“ (UCaHS), WI-1516/2-1
- 2016–2019 EU-Grant, 730381 – H2020 Insurance
- 2016 Studie: SchießExpoBerlin mit der Senatsverwaltung für Inneres, Berlin
- Seit 1982 Zahlreiche Publikationen mit Erst-, Letzt und Mitautorenschaft zu pneumologischen Themen, zuletzt zum Impact des Klimawandels für vulnerable Patientengruppen

Curriculum Vitae

Dr. med. Seven Johannes Sam Aghdassi
Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Charité –
Universitätsmedizin Berlin



Akademischer und beruflicher Werdegang

Seit 1/2016	Assistenzarzt im Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin
11/2014–10/2015	Assistenzarzt in der Klinik mit Schwerpunkt Nephrologie und Internistische Intensivmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin
4/2008–6/2014	Medizinstudent der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Curriculum Vitae

Dr. med. Ivo G. Grebe
2. Vizepräsident und Schatzmeister des Berufsverbandes
Deutscher Internisten e. V. (BDI), niedergelassener Facharzt für
Innere Medizin, Psychotherapie und Ernährungsmedizin,
Aachen



Akademischer und beruflicher Werdegang

Studium der Medizin in Bochum und Aachen, Facharztausbildung zum Internisten im Universitätsklinikum Aachen und in den Krankenhäusern Eschweiler und Düren. Seit 1989 in eigener Praxis niedergelassen, seit 1993 in Kooperation mit einem fachärztlichen Kollegen (Rheumatologie) als BAG, seit 2015 mit Weiterbildungsassistentin. Mitglied in verschiedenen Verbänden und Fachgesellschaften unter anderem für Ultraschall in der Medizin. Mitbegründer des Gesundheitsnetzes Aachen. Mitglied im Vorstand der Kreisstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, Vorsitzender der Ärztekammer Nordrhein in Aachen Stadt, Mitglied der Kammerversammlung. Kandidatur bei den KV-Wahlen in Nordrhein. Seit April 2016 2. Vizepräsident und Schatzmeister im BDI e. V.

Ausschreibung

DGIM Medienpreise 2020

für herausragende Berichterstattung zur „Forschung in der Inneren Medizin“

In Zeiten von Fake News und sich unkontrolliert verbreitendem (Pseudo-)Wissen im Internet sind gute, fundierte Quellen unerlässlich. Dies betrifft jede Veröffentlichung aber auch ganz besonders medizinische Informationen, auf die Patienten – aber auch Ärztinnen und Ärzte – im Zuge ihrer Recherchen stoßen. Umso wichtiger ist eine zuverlässige, neutrale und faktentreue Berichterstattung. Medien haben daher eine besondere Verantwortung gegenüber ihren Lesern: Sie müssen umfangreiche und komplexe Sachverhalte verständlich und unterhaltsam aufbereiten und dürfen dabei die Fakten nicht aus dem Blick verlieren. Insbesondere bei Berichterstattungen über Forschungsarbeiten und neue wissenschaftliche Erkenntnisse in der Medizin ist dies eine große Herausforderung.

Für 2020 stellt die DGIM die Medienpreise unter das Motto „**Forschung in der Inneren Medizin**“. Sie möchte damit informative, verständliche aber faktentreue Berichterstattungen unterstützen. Sie vergibt drei Preise: Der Autor des erstplatzierten Beitrags erhält 5.000 Euro. Der zweitplatzierte Beitrag ist auf 2.000 Euro und der dritte Platz auf 1.000 Euro dotiert.

Bewerben können sich Journalistinnen und Journalisten, die für Publikumsmedien schreiben und denen es in ihren Beiträgen gelingt, „Forschung in der Inneren Medizin“ für die Bevölkerung verständlich aufzubereiten und über komplexe wissenschaftliche Themenstellungen aufzuklären.

Der Preis wird für medizinjournalistische Arbeiten ausgeschrieben, die in einer der folgenden Kategorien in deutscher Sprache veröffentlicht wurden:

- Print-Medien
- Online-Medien
- TV-Beiträge
- Hörfunkbeiträge

In das Auswahlverfahren werden Presseveröffentlichungen (print und online) und Beiträge aus Hörfunk und Fernsehen einbezogen, die im Zeitraum **vom 1. März 2019 bis zum 29. Februar 2020** publiziert wurden und bisher nicht prämiert sind.

Bewerbungsunterlagen:

Bitte reichen Sie Ihren Wettbewerbsbeitrag sowie einen kurzen tabellarischen Lebenslauf nebst Foto (bitte Copyright angeben) bis zum **29. Februar 2020** online unter www.dgim.de/medienpreis ein.

Bitte beachten Sie:

Autoren können sich jeweils nur mit **einem Beitrag** bewerben. Serienbeiträge können aufgrund des Umfangs leider nicht angenommen werden.

Für die Bewerbung benötigen Sie:

- Kurzer Lebenslauf mit Foto (650 x 370 px und Angabe zum Copyright) des Bewerbers als Word- oder PDF-Datei
- Print-Beitrag als PDF
- Audiobeitrag mp3- oder mp4-Datei, inkl. Sendemanuskript als PDF
- Beiträge/Artikel, die im Internet veröffentlicht wurden, mit Link und Textfassung als PDF
- TV-Beiträge als mp3- oder mp4-Datei, inkl. Sendemanuskript als PDF

Über die Preisvergabe entscheidet eine Jury unter Leitung der DGIM. Die Preisvergabe erfolgt während des 126. Internistenkongresses in Wiesbaden. Die persönliche Teilnahme der Preisträger ist ausdrücklich erwünscht. Die Anreise zur Verleihung ist von der DGIM gegen Vorlage entsprechender Belege bis zu einem Betrag von 250 Euro gedeckt, die Unterbringung in Wiesbaden organisiert bei Bedarf ebenfalls die DGIM.

Die Entscheidung der Jury ist endgültig und nicht anfechtbar. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Mit der Annahme des Preises erklärt der Preisträger/die Preisträgerin sein/ihr Einverständnis mit der Wiedergabe der ausgezeichneten Publikation auf der Website der DGIM und ggf. in anderen Publikationen der Fachgesellschaft.

Übersicht:

Zielgruppe:	Journalistinnen und Journalisten
Fachgebiet:	Gesundheit und Medizin
Medium:	Print-, Hörfunk-, Fernseh-, Online-Publikumsmedien, veröffentlicht im Zeitraum vom 1. März 2019 bis zum 29. Februar 2020 publiziert wurden und bisher nicht prämiert sind.
Dotierung:	Insgesamt 8.000 Euro
Einsendeschluss:	29. Februar 2020
Kontakt:	Pressestelle der DGIM Christina Seddig/Janina Wetzstein Postfach 30 11 20 70451 Stuttgart Tel.: 0711 8931-652/-457 Fax: 0711 8931-167 E-Mail: seddig@medizinkommunikation.org /