

Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM) im Rahmen des 127. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V.

Termin: Montag, 19. April 2021, 12.00 bis 13.00 Uhr (in der Kongress-Mittagspause)

Ort: Online

Anmeldung unter: <https://attendee.gotowebinar.com/register/2652068639247241995>

Klimawandel – was sich jetzt ändern muss!

Themen und Referenten:

Klimawandel – ein Auftrag für die Ärzteschaft:

Was müssen Medizinerinnen und Mediziner wissen, was können sie tun?

Professor Dr. med. Sebastian Schellong

Vorsitzender der DGIM 2020/2021 und Präsident des 127. Internistenkongresses, Chefarzt II. Medizinische Klinik, Städtisches Klinikum Dresden

“Research shows that showing people research doesn’t work”:

Wie Gesundheitskommunikation gegen den Klimawandel hilft

Dr. med. Eckart von Hirschhausen

Moderator, Wissenschaftsjournalist, Gründer der Stiftung Gesunde Erde – Gesunde Menschen

Klimawandel als Gesundheitsrisiko: Welche Erkenntnisse sind gesichert?

Professor Dr. Lothar H. Wieler

Präsident des Robert Koch-Instituts

Wie weit geht die ethische Verantwortung der Ärzteschaft?

Müssen Ärztinnen und Ärzte sich mit dem Klimawandel beschäftigen?

Professor Dr. med. Verina Wild

Inhaberin der Professur für Ethik der Medizin an der Universität Augsburg

Handeln hilft: Wie Ärztinnen und Ärzte den Klimawandel bekämpfen können

Sylvia Hartmann

Ärztin, stellvertretende Vorsitzende von KLUG e. V., Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit

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

Ihr Kontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle – Juliane Pfeiffer

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-693 / Fax: 0711 8931-167

E-Mail: pfeiffer@medizinkommunikation.org

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

Pressemitteilung

127. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin: „Von der Krise lernen“

Präventionspreis geht an Tübinger Mediziner Identifizierung von Diabetes-Risikogruppen eröffnet Chancen für frühzeitige Therapie

Wiesbaden, 19. April 2021 – Rund sieben Millionen Menschen in Deutschland leiden an einem Typ-2-Diabetes mellitus. Viele weitere haben Risikofaktoren für einen Typ-2-Diabetes, etwa Übergewicht. Die Identifizierung von noch nicht erkrankten Personen, die ein hohes Erkrankungsrisiko aufweisen und von spezifischen Präventionsmaßnahmen und einer frühen Therapie besonders profitieren würden, könnte viel persönliches Leid ersparen und enorme Kosten für das Gesundheitssystem verhindern. Professor Dr. med. Robert Wagner, Leiter der Endokrinologischen Ambulanz der Universitätsklinik Tübingen konnte entsprechende Typ-2-Diabetes-Risikogruppen festlegen und hat diese Ergebnisse im renommierten Fachblatt *Nature Medicine* publiziert. Für seine Erkenntnisse erhält er den Präventionspreis 2021. Den mit 10.000 Euro dotierten Preis verleiht die Deutsche Stiftung Innere Medizin (DSIM) gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) alljährlich im Rahmen des Internistenkongresses.

Diabetes mellitus ist nicht nur in Deutschland, sondern mit fast 500 Millionen Betroffenen weltweit eine sehr häufige Erkrankung. Während es sich bei Typ-1-Diabetes um eine Autoimmunerkrankung handelt, ist Typ-2-Diabetes häufig eine Folge von Übergewicht und sich daraus ergebenden Stoffwechselproblemen, und oft begleitet von Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen. Doch nicht jeder Mensch, der diese Risiken aufweist, erkrankt zwingend auch an einem Typ-2-Diabetes. Denn viele verschiedene Mechanismen wirken bei der Entstehung der Erkrankung zusammen.

Um Menschen frühzeitig zu identifizieren, die zum einen ein hohes Risiko aufweisen, an einem Typ-2-Diabetes zu erkranken, und zum anderen mit einer hohen Wahrscheinlichkeit schwere, komplikationsträchtige Verläufe entwickeln, untersuchte Professor Dr. med. Robert Wagner, Facharzt für Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie und Leiter der Endokrinologischen Ambulanz der Universität Tübingen, die Daten von diabetesgefährdeten, aber noch nicht erkrankten Personen, die in den vergangenen 20 Jahren an der Universität

Tübingen erfasst wurden. Anhand von Parametern wie dem oralen Glucose-Toleranztest, Magnetresonanz-Messungen des Körper- und Leberfetts sowie genetischen Testungen konnte sein Team sechs unterschiedliche Cluster identifizieren: In drei Patienten-Clustern war die Wahrscheinlichkeit zu erkranken über die Jahre eher gering, die drei anderen Patientengruppen jedoch zeigten ein hohes Erkrankungsrisiko für Typ-2-Diabetes, inklusive schwerwiegenderer Verläufe und Krankheitsmanifestationen vor allem an Niere und Herz. Ein Cluster stach besonders heraus: Diese Patienten entwickelten trotz Risikofaktoren über viele Jahre zunächst keinen Diabetes. Als dieser jedoch eintrat, wiesen die Patienten schon früh nach der Diagnose, und teilweise auch schon vor der Diagnose, schwere und chronische Nierenschäden auf.

Die Cluster-Einteilung konnte in einer britischen Studie mit mehreren tausend Teilnehmern bestätigt werden.

„Die Erkenntnisse von Professor Wagner sind von großem Wert, weil sie zukünftig die Möglichkeit eröffnen könnten, individuelle Risiken und Verläufe des Typ-2-Diabetes besser und frühzeitiger einzuschätzen“, sagt Professor Dr. med. Stefan Frantz, der Vorsitzende der Deutschen Stiftung Innere Medizin. „Sie könnten es beispielsweise möglich machen, auf einzelne Subtypen spezifisch zugeschnittene Überwachungs-, Präventions- und Therapieregime zu etablieren“, ergänzt Professor Dr. med. Georg Ertl, Generalsekretär der DGIM. „Aufgrund dieser wichtigen Arbeit zeichnen wir Professor Dr. med. Robert Wagner mit dem diesjährigen Präventionspreis aus.“

Die Deutsche Stiftung Innere Medizin verleiht gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin den Präventionspreis für die beste aus dem deutschsprachigen Raum vorgelegte Arbeit in deutscher oder englischer Sprache auf dem Gebiet der Primär- und Sekundärprävention innerer Erkrankungen. Der Preis ist mit 10.000 Euro dotiert.

Pressekontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle

Juliane Pfeiffer

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-457

Fax: 0711 8931-167

E-Mail: pfeiffer@medizinkommunikation.org

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

Pressemitteilung

127. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin: „Von der Krise lernen“

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. verleiht Theodor-Frerichs-Preis 2021 Wissenschaftler der Uniklinik der RWTH Aachen gelingt wichtiger Erfolg in der Nieren- und Fibroseforschung

Wiesbaden, 19. April 2021 – Mithilfe modernster molekularbiologischer Methoden haben Professor Dr. med. Rafael Kramann und sein Team vom Institut für Experimentelle Innere Medizin und Systembiologie der Uniklinik der RWTH Aachen die zellulären Grundlagen der Nierenfibrose entschlüsselt sowie das Protein Nkd2 als Ziel für eine potentielle Medikamentenentwicklung identifiziert. Für seine Forschungen erhält Professor Kramann den Theodor-Frerichs-Preis 2021. Der mit 30.000 Euro dotierte Preis wird von der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM) für die beste vorgelegte klinisch-experimentelle Arbeit auf dem Gebiet der Inneren Medizin verliehen.

Weltweit leiden etwa zehn Prozent der Menschen an einer Niereninsuffizienz, einer Krankheit, bei der die Nieren ihre Aufgaben nur noch teilweise oder gar nicht mehr erfüllen können. Da die Nieren lebenswichtige Funktionen wie zum Beispiel den Wasser- und Salzhushalt oder den Blutdruck regulieren, ist eine chronische Niereninsuffizienz eine ernste, auch lebensbedrohliche Krankheit, die mangels medikamentöser Therapiemöglichkeiten im fortgeschrittenen Stadium oft mit Dialyse oder sogar einer Nierentransplantation behandelt werden muss.

Eine gesunde Niere enthält Bindegewebszellen, zum Beispiel Fibroblasten. Durch chronische Nierenerkrankungen kann es zu einer Vernarbung mit Vermehrung des Bindegewebes – zur Nierenfibrose – kommen, und die Niere kann ihre Funktion nicht mehr ausüben. Professor Dr. Rafael Kramann, Leiter des Instituts für Experimentelle Innere Medizin und Systembiologie und Oberarzt an der Klinik für Nieren- und Hochdruckkrankheiten des Universitätsklinikums der RWTH Aachen, erforscht die narbenbildenden Zellen und sucht nach Ansatzpunkten für eine Therapie. Er analysierte deshalb die zellulären Unterschiede zwischen gesunden und fibrotischen Nieren. Mittels Einzelzell-RNA-Sequenzierungen konnte Professor Kramann mit seinem Team eine genaue Karte der gesunden menschlichen Niere und der Niere mit einer

chronischen Niereninsuffizienz erstellen, die Zellen identifizieren, die eine Nierenfibrose verursachen, und ihre Regulation charakterisieren: Es handelt sich um fehlgesteuerte Perizyten (kontraktile Bindegewebszellen) und spezifische Fibroblasten. Die exakte Kartierung der Niere machte zudem möglich, auf molekularer Ebene Strukturen für mögliche zukünftige Therapieansätze zu bestimmen. So konnten die Wissenschaftler das Protein Nkd2 als einen Ansatzpunkt für die Entwicklung von Medikamenten gegen eine Nierenfibrose identifizieren. Die Forschungsergebnisse publizierte Kramann kürzlich im renommierten Wissenschaftsjournal „Nature“. Die Erkenntnisse sollen nun auch unmittelbar zur Entwicklung neuer Therapien genutzt werden. Hierfür initiierte Professor Kramann zusammen mit einem internationalen Team der RWTH Aachen und der University of Edinburgh die Ausgründung einer Firma, die innovative antifibrotische Medikamente entwickeln soll.

„Ich kenne und schätze Professor Kramann als außerordentlich engagierten und begabten Kollegen, der eine wichtige Führungsrolle in der nephrologischen Forschung einnimmt und modernste Methoden der Grundlagenforschung mit klinischer Expertise verbindet, um Erkrankungen zu verstehen und zu beeinflussen,“ hebt Professor Dr. med. Jürgen Floege, selbst Nephrologe sowie 1. Stellvertretender Vorsitzender der DGIM, die Leistungen des diesjährigen Preisträgers heraus. Professor Dr. med. Georg Ertl, Generalsekretär der DGIM, ergänzt: „Man kann Professor Kramanns Arbeit sicherlich als Durchbruch in der Nierenforschung bezeichnen, die auch zu Erkenntnissen über Fibrosebildung in anderen Organen beitragen könnte, weshalb die Auszeichnung mit dem diesjährigen Theodor-Frerichs-Preis der DGIM hochverdient ist.“

Der renommierte Theodor-Frerichs-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.

Pressekontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle

Juliane Pfeiffer

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-457

Fax: 0711 8931-167

E-Mail: pfeiffer@medizinkommunikation.org

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

REFERENTENSTATEMENT

Klimawandel – ein Auftrag für die Ärzteschaft:

Was müssen Medizinerinnen und Mediziner wissen, was können sie tun?

Professor Dr. med. Sebastian Schellong, Vorsitzender der DGIM 2020/2021 und Präsident des 127. Kongresses, Chefarzt II. Medizinische Klinik, Städtisches Klinikum Dresden

Im Kern definiert sich von alters her die Rolle von Ärztinnen und Ärzten aus dem Gegenüber oder dem Miteinander mit und zu den Patientinnen und Patienten, die sich ihnen anvertrauen. Der Bereich ärztlicher Verantwortung ist daher zunächst auf dieses Binnenverhältnis begrenzt. Wenn Krankheitskonzepte aber die äußeren Umstände und Lebensverhältnisse als Ursachen benennen, kann es Teil des ärztlichen Auftrags werden, sich auch damit auseinanderzusetzen. Aus dieser Sichtweise heraus ist in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts aus dem neuen Wissen der Bakteriologie und dem Verständnis der Lebensbedingungen des Industrieproletariats schließlich die Sozialhygiene entstanden. Sie definierte die Bewertung und Veränderung von Wohn-, Ernährungs- und Arbeitsbedingungen ausdrücklich als Teil der ärztlichen Verantwortung. Eine wiederum neue Dimension ist hinzugekommen mit der globalen Bedrohung durch die Atombewaffnung. In den Achtzigerjahren des vergangenen Jahrhunderts formierte sich auf Betreiben eines sowjetischen und eines US-amerikanischen Kardiologen die IPPNW. Sie betrachtete und betrachtet vor dem Hintergrund der möglichen Zerstörung menschlicher Lebensgrundlagen durch die Anwendung von Atomwaffen das politische Eintreten für Frieden und Abrüstung auch als spezifisch ärztliche Aufgabe.

Eine gleichermaßen globale Bedrohung stellt heute der Klimawandel dar. Im Unterschied zum Atomkrieg geht es allerdings nicht um die Verhinderung einer möglichen Katastrophe, sondern um die Verlangsamung einer sich bereits seit Jahren tatsächlich entwickelnden Katastrophe. Wiederum sehen sich Ärztinnen und Ärzte in einer besonderen Rolle und Verantwortung, da sie die zunehmenden Veränderungen der klimatischen Bedingungen als Krankheitsursachen verstehen und belegen und daher quasi mit Expertenwissen darüber aufklären können. Darüber hinaus sehen sie sich in der Verantwortung, da das Eintreten für eine „Lebensstiländerung“ bei vielen Erkrankungen ohnedies Teil der ärztlichen Beratung ist, die angeratenen Veränderungen zum Beispiel von Ernährung und Bewegung aber qua CO₂-Ausstoß in ihrer Gesamtheit auch klimarelevant sind. Ein dritter Aspekt von Verantwortung betrifft die Gestaltung des ärztlichen Arbeitsumfeldes in Praxis und Krankenhaus.

Vor zwei oder drei Jahren hat die DGIM begonnen, sich diese Sichtweise zu eigen zu machen und sich in entsprechende Initiativen einzubringen, sie zu unterstützen und ihre Mitglieder zu sensibilisieren. Bereits im vergangenen Jahr war geplant, den Klimawandel und die ärztliche Verantwortung zu einem

*Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM)
anlässlich des 127. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.
Montag, 19. April 2021, 12.00 bis 13.00 Uhr, online*

gut sichtbaren Thema der Jahrestagung zu machen. Wir haben das Momentum bewahrt und verstärkt und präsentieren in diesem Jahr das Thema in seiner ganzen Breite und Vielfalt.

Es gilt das gesprochene Wort!
Dresden, April 2021

REFERENTENSTATEMENT

“Research shows that showing people research doesn’t work”:

Wie Gesundheitskommunikation gegen den Klimawandel hilft

Dr. med. Eckart von Hirschhausen, Moderator, Wissenschaftsjournalist, Gründer der Stiftung „Gesunde Erde – Gesunde Menschen“

Ich freue mich als Arzt und Wissenschaftsjournalist über die Gelegenheit, Ihren Blick auf die große Bedeutung der Kommunikation zu lenken. Der öffentliche Diskurs wird momentan nahezu komplett von Corona beherrscht und blickt ausschließlich auf die Folgen der Pandemie. Die Tatsache, dass Corona nicht vom Himmel gefallen ist, sondern eng damit zusammenhängt, wie wir mit Tieren und der Natur als ihrem Lebensraum umgehen, kommt in den Diskussionen kaum vor. Dabei könnten wir Wichtiges daraus lernen, denn die größte Gesundheitsbedrohung des 21. Jahrhunderts ist und bleibt die Klimakrise. Das ist nicht meine persönliche Meinung, sondern der Konsens von allen Menschen und Institutionen, die sich intensiv damit beschäftigen: Weltärztebund, Weltgesundheitsorganisation, Lancet Climate Countdown, Leopoldina und vielen anderen. Wie kann es gelingen, die übergeordneten Aspekte all dieser Krisen mit in den Blick zu nehmen? Wie kommen wir zu einer klaren Diagnose dazu, wie die größten Gesundheitsbedrohungen mit der Gesundheit unserer Erde zusammenhängen? Kommunikation ist hier ein wichtiger Schlüssel!

Eines meiner großen Vorbilder für Wissenschaftskommunikation ist George Marshall von Climate Outreach. Seine Kernbotschaft: Statt eines allein wissenschaftlichen Dialogs ist es sehr viel wirksamer, gemeinsame Werte festzustellen und daraus eine Schnittmenge von Veränderungen abzuleiten. Weder „Umwelt“ noch „Klima“ bewegen viele Menschen in ihrem Herzen. Wichtige Werte sind: Gesundheit, Familie, Heimat, Gerechtigkeit, Sicherheit, Arbeit, Gemeinschaft oder auch so basale Dinge wie Essen. Daher bemüht sich Climate Outreach, die moralischen Autoritäten mit in die Führungsrolle für die gesellschaftlichen Veränderungen zu bringen.

Mein Ansatz mit der Stiftung „Gesunde Erde – Gesunde Menschen“ leitet sich daraus ab. Wer sind die Berufsgruppen, denen die Menschen in Krisen vertrauen? Weder Politiker, Journalisten noch Banker. Es sind die Gesundheitsberufe, die weltweit zu den vertrauenswürdigsten gehören: Pflegekräfte, Ärzte, Sanitäter, Wissenschaftler und andere. Dieses Vertrauen muss viel strategischer auch in der öffentlichen Meinungsbildung genutzt werden. Es ist unsere Aufgabe in den Gesundheitsberufen, Leben zu schützen und auf Gesundheitsgefahren hinzuweisen! Dabei gibt es drei Hebel im Bereich der Kommunikation, die wir nutzen können:

1. Aufmerksamkeit, die gerade auf der Corona-Pandemie liegt, erweitern um den Aspekt der „Triple Crisis“: Infektionen, Artensterben und Klimaerwärmung hängen eng zusammen und müssen gemeinsam angegangen werden. Denn gegen Viren kann man impfen, gegen Hitze nicht! Das Thema gehört in alle Parteien, alle gesellschaftlichen Gruppen, alle Generationen. Ein werteorientierter Dialog mit den großen Stakeholdern ist wirkungsvoller als ein konfrontativer rein wissenschaftlicher.
2. Gesundheitsaspekte interessieren Menschen viel stärker als abstrakte Größen wie „Klima“ oder „Umwelt“. Wir müssen nicht das Klima retten, sondern uns! Wir können als Ärzte Fieber senken – aber keine Außentemperaturen. Warum geht ein Fieberthermometer nur bis 42 Grad? Weil wir eine höhere Temperatur nicht aushalten. Wir müssen neu entdecken, dass die Grundlagen für jede gute Medizin nicht in der Medizin begründet sind, sondern in den physiologischen Voraussetzungen, in den natürlichen Lebensgrundlagen, und die sind massiv bedroht. Wir brauchen lange vor Medikamenten, Operationen und Krankenhäusern sobasale Dinge wie saubere Luft zum Atmen, Wasser, etwas zu essen und erträgliche Außentemperaturen. Und all das auf eine Formel gebracht bedeutet „one health“, planetary health oder auf gut Deutsch: Gesunde Erde – Gesunde Menschen! Also brauchen wir Geschichten und anschauliche Beispiele, die den Bezug von den globalen Krisen zum persönlichen Lebensraum auch in Deutschland herstellen. „Global“ heißt nicht mehr „irgendwo anders“, sondern im 21. Jahrhundert: auch hier in Deutschland. Wir müssen uns nicht nur aus Nächstenliebe und Humanität für die Gesundheit überall auf der Welt stark machen – wir können das auch im besten Eigeninteresse tun. Gesundheit ist nicht mehr teilbar. Je mehr gesunde Menschen es auf der Erde gibt, desto besser geht es uns allen.
3. Um dem Gefühl der Hilflosigkeit und der Verdrängung der Probleme etwas entgegenzusetzen, braucht es eine Perspektive, in welcher Welt wir eigentlich leben wollen. Corona ist ein Schuss vor den Bug, ein Weckruf, sich darüber Gedanken zu machen, wie wir weitere Pandemien verhindern wollen, indem wir den „planetary health“-Gedanken ernst nehmen. Wenn wir die Diagnose klar haben, können wir erkennen, dass eine Therapie möglich ist – und dass die langfristigen Lösungen für die Klimakrise nicht nur einer abstrakten „Umwelt“ guttun, sondern auch kurzfristig massive Vorteile für unsere Gesundheit haben.

REFERENTENSTATEMENT

Klimawandel als Gesundheitsrisiko: Welche Erkenntnisse sind gesichert?

Professor Dr. Lothar H. Wieler, Präsident des Robert Koch-Instituts

Die Pandemie hat uns wohl allen gezeigt, dass wir globale Probleme nicht so kontrollieren können, wie wir es gerne tun würden. Im Gegenteil: Menschen sind sowohl Verursacher als auch Treiber der COVID-19-Pandemie: sie dringen in exotische Umwelten ein, reduzieren die Biodiversität, verdichten Ballungsräume, verschmutzen die Luft und globalisieren den Handel von Waren sowie die Mobilität von Menschen. Dies alles erhöht die Wahrscheinlichkeit der Ausbreitung infektiöser Atemwegserkrankungen. Das gilt auch für den Klimawandel. Der menschengemachte Klimawandel ist eine der größten Bedrohungen für unsere Gesundheit, für das Leben auf unserem Planeten wie wir es bisher kennen. Die meisten von uns haben Veränderungen in der Natur bereits wahrgenommen. Der Klimawandel ist erfahrbar geworden durch die Zunahme von zum Beispiel Waldbränden und Waldsterben, extreme Wetterlagen, zum Beispiel Starkregen oder Hitze.

Welche Erkenntnisse sind gesichert?

Die Erderwärmung nimmt zu. Auch in Deutschland. Die Auswirkungen des Klimawandels sind regional sehr unterschiedlich. Während die globale Erderwärmung seit vorindustrieller Zeit 1.2 Grad Celsius beträgt, liegt sie in Deutschland schon bei 1.6 Grad Celsius. Der Trend dabei ist erschreckend. Neun der zehn wärmsten Jahre in Deutschland lagen innerhalb der letzten 20 Jahre! Nicht alle haben dadurch bereits gesundheitliche Schäden davongetragen oder diese bemerkt. Dennoch ist jeder und jede betroffen, direkt oder indirekt.

Hitze: Was früher ungewöhnlich heiße Sommer waren, ist jetzt Normalität. Für vergangenes Jahr schätzt man 4000 hitzebedingte Todesfälle. Betroffen sind insbesondere Ältere, Personen mit Vorerkrankungen, Kleinkinder und Menschen, die bei Hitze arbeiten müssen. Auch das Arbeiten in Schutzausrüstung wird deutlich erschwert. In Städten kommt das Phänomen der Wärmeinseln hinzu. Der Temperaturgradient kann circa 10 Grad Celsius betragen zwischen Stadtzentrum und außerhalb. Es kommt mit den Luftschadstoffen, zum Beispiel Feinstaub, Stickstoffoxide und bodennahes Ozon eine simultane Belastung hinzu, die weitere Todesopfer fordert.

Wie groß die Auswirkungen des Klimawandels sind, hängt vom Verhalten und der Anpassung des Menschen ab. Wärmere Temperaturen erfordern stringenter Hygiene, um Lebensmittel-übertragene Infektionskrankheiten zu vermeiden. Sonnenschutz ist essenziell, wenn sich Menschen mehr im Freien

aufhalten, um UV-bedingte Schädigungen möglichst zu vermeiden. Allergien belasten prädisponierte Menschen zusätzlich durch die verfrühte Pollensaison. Auch neu vorkommende Pflanzen können problematisch sein. Ambrosia ist hierfür ein Beispiel. Der Deutsche Wetterdienst gibt regionale Warnungen zu Hitze und UV-Strahlung heraus sowie Informationen zu Pollenflug. Diese Angebote können helfen, sich vor wetter- und klimabedingten Gesundheitsrisiken zu schützen.

Klimaveränderungen haben Einfluss auf das Vorkommen von Mückenarten, die Tropenkrankheiten übertragen können. *Aedes albopictus*, die Tigermücke, ist bereits heimisch in Gebieten von Deutschland. Bisher sind noch keine Übertragungen von Krankheiten über diese Mücken bekannt geworden. Sie sind aber theoretisch Vektor – also Überträger – für zum Beispiel Dengue, Zika und Chikungunya. Das Vorkommen von Mücken wird daher gemonitort und auch die bestehende Meldepflicht von Stechmücken-übertragenen Erkrankungen ist wichtig, um frühzeitig Ausbruchsgeschehen zu erkennen.

Zu rechnen war auch mit dem Vorkommen von West Nil-Fieber. Dieses Virus findet man seit 2018 auch in Deutschland. Leider gab es bereits einzelne schwer verlaufende Fälle und 2020 einen ersten Todesfall. Das Virus ist vermutlich über Vögel hierhergekommen und wird vor allem über die heimische Mücke *Culex* übertragen. Der Klimawandel kann auch die Etablierung solcher Krankheitserreger begünstigen, also nicht nur die der Vektoren.

Ähnlich wie bei Mücken ist auch eine Veränderung des Vorkommens von Zeckenarten zu beobachten, die verschiedene Krankheiten übertragen können. Bekannt sind vor allem Borreliose und Frühsommer-Meningoenzephalitis – kurz FSME. FSME kann man impfen und man sollte dies in den Risikogebieten auch tun. Wichtig bleibt trotzdem, sich vor Zeckenstichen zu schützen. Übertragen werden können auch andere Erkrankungen, zum Beispiel Rickettsien. Das meist gefürchtetste Pathogen, das Krim-Kongo-viral-hämorrhagische Fiebertypus wurde glücklicherweise bisher noch nicht in Hyalomma-Zecken in Deutschland nachgewiesen.

Was bedeuten diese Erkenntnisse?

Ärzte und Ärztinnen werden zunehmend differentialdiagnostisch Krankheiten in Erwägung ziehen, die wir bisher eher nur aus der Reisemedizin kennen. Bereits bekannte Erkrankungen werden je nach Wetterereignissen zunehmen und auch die mentale Gesundheit kann durch den Klimawandel negativ beeinflusst werden. Wir müssen uns im Klaren sein, dass der Klimawandel bereits jetzt durch Dürre und Überflutungen in anderen Regionen der Welt die Lebensgrundlage vieler Menschen bedroht. Diese Menschen benötigen Unterstützung. Ja, seit über einem Jahr steht Corona im Fokus. Die

Pandemie darf uns aber nicht daran hindern, andere Bedrohungen, sogar noch größere, ebenso entschlossen anzugehen. Weniger Fleischkonsum und aktive Bewegung anstelle motorisierter Fortbewegung, das sind Beispiele dafür, wie wir sogenannte Zivilisationskrankheiten vermeiden können und dabei einen Beitrag leisten, die Klimakatastrophe zu verhindern. Die WHO propagiert dies als Co-Benefits. Artensterben, antimikrobielle Resistenzen, Schadstoffbelastungen, Globalisierung und Klimawandel begünstigen unter anderem Pandemien: Hier gilt es, komplexe Zusammenhänge zu erforschen, aber auch unser Handeln so zu verändern, dass sich die nächsten Generationen – unsere Kinder und Kindeskiner – auf eine lebbare und lebenswerte Zukunft freuen können. Es ist wie bei der Pandemie: Es gibt ein zu spät. Dann hilft auch keine Notbremse mehr.

Es gilt das gesprochene Wort!
Berlin, April 2021

REFERENTENSTATEMENT

Wie weit geht die ethische Verantwortung der Ärzteschaft?

Müssen Ärztinnen und Ärzte sich mit dem Klimawandel beschäftigen?

Professor Dr. med. Verina Wild, Ethik der Medizin, Universität Augsburg

Hauptthese: Um der ärztlichen Verantwortung angesichts des Klimawandels gerecht zu werden, ist eine konstruktive Integration Public-Health-ethischer Dimensionen in das ärztliche Ethos anzustreben.

Ausgangspunkt: Der Klimawandel hat Auswirkungen auf die Gesundheit. Das ist sowohl aus der akutmedizinischen Sicht als auch aus Sicht der Prävention und Gesundheitsförderung als auch der Global-Health-Perspektive relevant. > Auf die empirischen Zusammenhänge, Modellierungen et cetera gehe ich nicht weiter ein.

Zentrale Frage für mich: *Welche Verantwortung haben Ärztinnen und Ärzte angesichts des Klimawandels?*

Beispiel Lancet pledge: „The health of people, their communities, and the planet will be my first consideration and I will maintain the utmost respect for human life, as well as reverence for the diversity of life on Earth.“ (Wabnitz KJ, et al. 2020, Lancet: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32039-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32039-0)).

These 1: Es ist ethisch unkontrovers, dass sich Ärzteschaft und individuelle Ärztinnen/Ärzte verstärkt und proaktiv mit Klimawandel und seinen Auswirkungen auf Gesundheit beschäftigen müssen.

- Aufgrund der Auswirkungen des Klimawandels auf Gesundheit (und Krankheit) sollte sich die Ärzteschaft als Berufsverband in diesem Bereich verstärkt und proaktiv positionieren.
- Aufgrund ihrer definierten Aufgabe, ihrer Rolle und ihres bestehenden Ethos müssen individuelle Ärztinnen und Ärzte über klimabedingte Erkrankungen lernen, um Patientinnen und Patienten professionell behandeln zu können.
- Als verantwortungsvolle und informierte Personen sollten Ärzt*innen in der Ausübung medizinischer Tätigkeiten auf CO₂-Einsparungen hinwirken.

Hier gilt jedoch:

„Medizin & Klimawandel“ ist noch immer ein relativ neuer Bereich, daher:

- mehr Aktivität erforderlich im Bereich Aus-, Fort- und Weiterbildung. Mehr politische Aktivität

erforderlich, um Auswirkungen auf Gesundheit/Krankheit ins Bewusstsein zu rücken. Aufgrund von Stand und Profession sollten Ärzt*innen die Brücke bilden zwischen Forschung, Politik, Gesundheitswesen, Ärzteschaft und Bürger*innen (> die Patient*innen sein können oder es schon sind).

- Beispiele: Einbringen der Thematik in Curricula, Fachtagungen, Fachzeitschriften, Forschungsprojekte et cetera. Hier ist schon viel auf dem Wege (gutes Beispiel: neu gegründete Medizinische Fakultät, Universität Augsburg, mit Schwerpunkt Umwelt und Gesundheit), es muss aber noch mehr werden angesichts massiver Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit.

These 2: Es kann zu Konflikten in der Frage kommen, wie groß das *individuelle* ärztliche Engagement sein sollte.

Sollte das individuelle Engagement der Ärzt*innen über das oben Genannte hinausgehen? Wo könnten hier Konflikte liegen?

- Klimawandel geht weit über die individuelle Perspektive hinaus; ist ein kollektives Problem und ein zukunftsbezogenes Problem. Wie abwägen, wenn Bedürfnisse einzelner Patient*innen mit Klimaschutz im Konflikt stehen (wie zum Beispiel bei klimabelastender Therapie). Ist nicht die Rolle von Ärzt*innen vielmehr, das Individuum zu schützen und zu priorisieren? Gerade *vor* populationsbezogenen Bedürfnissen, gerade *vor* Bedürfnissen zukünftiger Generationen?
- Klimawandel ist ein hoch politisiertes Thema. Ist nicht die Rolle von Ärzt*innen vielmehr, sich neutral zu verhalten und *gerade* und *nur* auf das Individuum und seine akuten Bedürfnisse zu achten?

These 3: Um der ärztlichen Verantwortung angesichts des Klimawandels gerecht zu werden, ist eine konstruktive Integration Public-Health-ethischer Dimensionen in das ärztliche Ethos anzustreben.

Seit einigen Dekaden findet aus verschiedenen Gründen ein Shift statt, der auch für Ärzt*innen relevant ist, die in der individuellen Krankheitsversorgung tätig sind: a) Krankheitsmodell ist nicht mehr primär individualistisch ausgerichtet, sondern es werden soziale und umweltbedingte Determinanten von Gesundheit anerkannt und mit berücksichtigt (zum Beispiel biopsychosoziales Modell von Krankheit); b) Shift von Akutmedizin hin zu Prävention und Gesundheitsförderung (siehe auch zentrale Rolle von Ärzt*innen im deutschen Präventionsgesetz); c) Gesundheit wird zunehmend als „One Health“ verstanden, also als globales Konzept, in dem Mensch, Tier und Umwelt miteinander zusammenhängen (zum Beispiel sehr relevant bei COVID-19-Pandemie, antimikrobieller Resistenz).

Diese Entwicklungen erfordern auch ein Nachdenken über das „klassische“ Ethos in der Medizin: Wie kann diesen Entwicklungen Rechnung getragen werden? Ein Festhalten an der klassisch individualistisch ausgerichteten Medizinethik (individuelle Fürsorge, individuelle Patient*innen-Autonomie, Nichtschaden des individuellen Patienten, eher Ressourcen-orientierte Gerechtigkeitsfragen) scheint nicht mehr angemessen angesichts der oben genannten Entwicklungen. Eine vollständige populationsbezogene Ethik („Public-Health-Ethik“) scheint auch nicht angemessen, denn die individuelle Behandlung steht ja nach wie vor im Fokus und ist der primäre Arbeitsauftrag für Ärzt*innen.

Mein Vorschlag: **Integration populationsbezogener Elemente ins ärztliche Ethos.** A) Kennenlernen der Public-Health-Ethik, die auf die Gesunderhaltung *aller*, die Schadensminimierung *für alle* ausgerichtet ist und die Fragen der gesundheitlichen und sozialen Ungleichheit zentral in den Blick nimmt. Sie schafft es, einem biopsychosozialen Modell von Krankheit, den sozialen und umweltbedingten Determinanten von Gesundheit, dem Shift hin zu Prävention, dem Verständnis von Gesundheit als „One Health“ Rechnung zu tragen. B) Eine konstruktive Integration bedeutet, die Möglichkeiten der ärztlichen Rolle auszuloten und auszuschöpfen (was angesichts des Klimawandels von größter Dringlichkeit wäre), anstatt an dem Bedürfnis festzuhalten, die individualistische Ebene und ein „klassisches“ Ethos verteidigen zu müssen. C) Kritisches Diskutieren möglicher Konflikte zwischen populationsbezogener und individueller Ebene ist notwendig, um das Bewusstsein für die eigene Rolle zu schärfen und den Bedürfnissen der individuellen Patient*innen *als Teil* einer komplexen, globalen, kollektiven Herausforderung nach wie vor gerecht zu werden.

Frage der Politisierung und Neutralität? > Wenn ein biopsychosoziales Krankheitsmodell anerkannt ist, wenn anerkannt ist, dass auch Prävention und Gesundheitsförderung zum ärztlichen Aufgabenbereich gehören (und gegebenenfalls, wenn One Health sich verstärkt durchsetzt), dann kann und muss die proaktive Beschäftigung mit dem Thema Klimawandel und seinen Auswirkungen nicht als Verletzung des Neutralitätsgebots gesehen werden. Stattdessen ist es sogar *geboten*, dass sich die Ärzteschaft, die individuellen Ärzt*innen und die Studierenden mit diesem Bereich proaktiv auseinandersetzen – unabhängig von ihrer grundsätzlichen politischen Positionierung (als Privatperson).

Zusatzposition: Diese Ausführungen sind nicht nur für das Thema Klimawandel relevant, sondern auch für Pandemien, antimikrobielle Resistenz, weitere Fragen der Gesundheitsförderung und Prävention

*Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM)
anlässlich des 127. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.
Montag, 19. April 2021, 12.00 bis 13.00 Uhr, online*

insgesamt (zum Beispiel auch im Zusammenhang mit Digitalisierung/Big Data). Das ärztliche Ethos muss diesen Elementen insgesamt Rechnung tragen (und sollte so vermittelt und unterrichtet werden), nicht nur in Bezug auf den Klimawandel.

Es gilt das gesprochene Wort!
Augsburg, April 2021

REFERENTENSTATEMENT

Handeln hilft: Wie Ärztinnen und Ärzte den Klimawandel bekämpfen können

Sylvia Hartmann, Stellvertretende Vorsitzende von KLUG e. V., Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit

Die Klimakrise ist die größte Bedrohung für Gesundheit in unserem Jahrhundert (Lancet 2009). Und schon heute ein medizinischer Notfall, der Millionen von Menschen weltweit aber auch in Deutschland betrifft. Hitzewellen, Luftverschmutzung, die Ausbreitung neuer Infektionskrankheiten, die Verlängerung der Allergie-Perioden sind nur einige der Auswirkungen, die zusätzlich zu körperlichen Gefahren durch Extremwetterlagen, Nahrungsunsicherheit und Kriege um die knapper werdenden Ressourcen entstehen.

Mit dem Gesundheitsbezug in der Klimadebatte schaffen wir ein neues Narrativ. Denn wir können und müssen Gesundheit neu denken. Wir Menschen sind auf eine intakte Umwelt angewiesen. Dass das Verständnis dafür steigt, zeigt das zunehmende Interesse an der Disziplin „Planetary Health“. „Planetary Health“ heißt soviel wie „gesunde Menschen gibt es nur auf einem gesunden Planeten“. Klimaschutz ist damit auch immer Gesundheitsschutz. Daher sollten wir aufhören von Verzicht zu sprechen, wenn wir eigentlich nur gewinnen können. Lebensfreude, sozialen Zusammenhalt, ruhige und sichere Städte und Gesundheit beispielsweise.

Als Ärzt*innen geht es uns darum, Gesundheit zu schützen. Daher setzen wir uns für ambitionierten Klimaschutz ein. Denn damit geben wir auch kommenden Generationen und der jungen Generation die Möglichkeit, hoffnungsvoll in die Zukunft zu blicken. Wir können Ihnen die Hoffnung geben auf eine gesunde Zukunft.

Weshalb sind wir über diese ethische Verpflichtung hinaus als Ärzteschaft dafür in einer besonderen Rolle?

1. Neben Pfleger*innen und Apotheker*innen genießen Ärzte mit das höchste Vertrauen in der Gesellschaft. Unsere Einschätzungen und Aussagen zählen.
2. Ärztinnen und Ärzte sprechen tagtäglich mit verschiedensten Menschen und haben damit täglich viele Gesprächskontakte, bei denen sie das Thema einbringen können, beispielsweise im Rahmen einer Klimasprechstunde.
3. Ärzt*innen arbeiten an der Schnittstelle zwischen Forschung und Praxis sowie an der Schnittstelle zwischen der individuellen Gesundheit und der Bevölkerungsgesundheit. Wir

schrecken nicht vor schwierigen Aufgaben oder Gesprächen zurück. Daher können wir sowohl individuelle als auch systemische Veränderungen anstoßen.

Ärzt*innen sind Forscher*innen, Multiplikator*innen, Vorbilder und können selbst zu Change Agents werden. Neben der gesellschaftlichen Rolle geht es aber auch um die Verantwortung für den eigenen Bereich. Wenn wir „Primum non nocere“ ernstnehmen, muss der deutsche Gesundheitssektor selbst klimaneutral werden. Denn 5 Prozent der Emissionen Deutschlands stammen daher. Das NHS macht es vor. Bis spätestens 2040 sollen dort alle internen Emissionen auf null reduziert werden. Dazu zählt unter anderem auch die reduzierte oder effizientere Nutzung von Anästhesiegasen oder Dosieraerosolen, welche Treibhausgase enthalten. Darüber hinaus muss das Thema weiter in die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen integriert werden.

Der Gesundheitssektor kann einen Unterschied machen!

Daher starten wir die Kampagne Gesundheit braucht Klimaschutz. In dieser setzen sich Praxen, Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser, Apotheken, Krankenkassen und weitere Einrichtungen zusammen für eine klimaneutrale Gesundheitsversorgung bis 2035 ein!

Mehr Informationen dazu finden Sie auf <https://gesundheit-braucht-klimaschutz.de/>.

Zusätzlich möchte ich sie gerne zu unserer dritten Vorlesungsreihe der Planetary Health Academy einladen. Diese beginnt am 12. Mai und mehr Informationen finden Sie unter www.planetary-health-academy.de.

Wir befinden uns an einem Punkt in der Geschichte der Menschheit, an dem unser Handeln mehr als jemals zählt. Daran entscheidet sich die Gesundheit und das Leben von Millionen Menschen jetzt und in Zukunft. Lassen Sie uns gemeinsam die Gesundheit der Menschen schützen und für mehr Klimaschutz eintreten.

Es gilt das gesprochene Wort!

Berlin, April 2021

Literatur:

Howard, C (2020) 'Targeted change making for a healthy recovery', *The Lancet Planetary Health*, 4(9), pp. e372–e374. doi: 10.1016/S2542-5196(20)30200-X.

Costello, A et al. (2009) 'Managing the health effects of climate change. Lancet and University College London Institute for Global Health Commission', *The Lancet*, 373(9676), pp. 1693–1733. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60935-1.

Wabnitz K, Galle S, Hegge L et al. Planetare Gesundheit – transformative Lehr- und Lernformate zur Klima- und Nachhaltigkeitskrise für Gesundheitsberufe. Bundesgesundheitsblatt 2021 doi: 10.1007/s00103-021-03289-x

Frumkin, H and Myers, S S. (2020) 'Planetary health and the 2020 US election', *The Lancet*. Elsevier Ltd, 396(10257), pp. 1048–1050. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32038-9.

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.

Pressekonferenz der Korporativen Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM) im Rahmen des 127. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V.

Termin: Montag, 19. April 2021, 13.30 bis 14.30 Uhr

Ort: Online

Anmeldung unter: <https://attendee.gotowebinar.com/register/1889510046384734987>

Fachzeitschrift - oder Preprint, Dr. Google und Podcast? Verlässliche medizinische Information im Spagat zwischen rasantem Wissenszuwachs, Zeitdruck und Digitalisierung: Wie informieren sich Ärztinnen und Ärzte heute und wo geht die Reise hin?

Themen und Referenten:

Entwicklungen von Wissenschaftspublikationen

Dr. Max Vögler

Vice President Global Strategic Networks – DACH, Elsevier, Berlin

Wandel der Rolle und Funktion von Fachzeitschriften

Professor Dr. med. Christopher Baethge

Leiter der Medizinisch-Wissenschaftlichen Redaktion des Deutschen Ärzteblatts, Köln

Digitaler Content für Ärztinnen und Ärzte: Der Mix macht's

Dr. Cécile Mack

Director Digital Products & Marketing, Springer Medizin, Berlin

Wie verändern sich ärztliche Berufsbilder durch die digitale Transformation? Beispiele aus der Praxis

Dr. med. Dierk Heimann

Facharzt für Allgemeinmedizin, Moderator, Autor und Medizinjournalist, Mainz

Digitale Transformation der Inneren Medizin. Ein Weg aus dem Spagat zwischen Wissenszuwachs und Spezialisierung?

Professor Dr. med. Georg Ertl

Generalsekretär der DGIM und Kardiologe, Würzburg

Moderation: Pressestelle der DGIM, Stuttgart

Ihr Kontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle

Dr. Adelheid Liebendörfer

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-173 / Fax: 0711 8931-167

E-Mail: liebendoerfer@medizinkommunikation.org

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

www.dgim2021.de

Twittern Sie mit uns über den Internistenkongress unter **#DGIM2021** – wir freuen uns auf Sie!

Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM) anlässlich des 127. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V.

Termin: Dienstag, 20. April 2021, 12.00 bis 13.00 Uhr (in der Kongress-Mittagspause)

Ort: Online

Anmeldung unter: <https://attendee.gotowebinar.com/register/6217003095357505547>

Der Patient im Mittelpunkt der Inneren Medizin

Themen und Referenten:

Hochleistungsmedizin trifft auf alternde Bevölkerung:

Klare Therapie-Ziele im Sinne des Patienten definieren

Professor Dr. med. Sebastian Schellong

Vorsitzender der DGIM 2020/2021 und Präsident des 127. Internistenkongresses, Chefarzt II. Medizinische Klinik, Städtisches Klinikum Dresden

Gendermedizin – es geht um mehr als unterschiedliche Krankheitsverläufe:

Geschlechterungleichheit am Beispiel der koronaren Herzkrankheit

Professor Dr. med. Dr. h.c. Vera Regitz-Zagrosek

Internistin und Kardiologin, Seniorprofessorin an der Charité–Universitätsmedizin Berlin

Alltag zwischen Arbeitsverdichtung, Lernstofffülle und Patientenversorgung –

Wie wird man heute eine gute Ärztin/ein guter Arzt?

Dr. med. Anahita Fathi

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

Bedeutendste Ursache für Morbidität und Mortalität:

Warum Gefäßerkrankungen mehr Aufmerksamkeit brauchen

Professor Dr. med. Viola Hach-Wunderle

Fachärztin für Innere Medizin, Fachärztin für Angiologie, Phlebologie, Hämostaseologie, Krankenhaus Nordwest Frankfurt

Ankündigung des 128. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V.

Professor Dr. med. Markus Lerch

Vorsitzender der DGIM 2021/2022 und Präsident des 128. Internistenkongresses, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des LMU Klinikums München

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

Ihr Kontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle – Juliane Pfeiffer

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-693 / Fax: 0711 8931-167

E-Mail: pfeiffer@medizinkommunikation.org

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