

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/ |

Pressemitteilung

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

Gefäßerkrankung PAVK: Oft nicht leitliniengerecht behandelt

Wiesbaden, 20. April 2021 – Die Waden beginnen selbst bei normalem Gehtempo rasch zu schmerzen, immer wieder müssen Gehpausen eingelegt werden – diese Beschwerden müssen als Warnsignale ernst genommen werden, da sie auf eine periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) hindeuten können. Diese schwerwiegende Durchblutungsstörung der Beine wird durch eine Verkalkung und Verengung der Beinarterien verursacht und kann im schlimmsten Fall zu Gefäßverschlüssen führen und Amputationen notwendig machen; auch das Risiko für einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall ist bei den Betroffenen deutlich erhöht. Trotz dieser Risiken wird die PAVK noch immer unterschätzt und oft nicht leitliniengerecht behandelt, kritisiert die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM). Vor allem die Gabe von Statinen bleibe weit hinter dem Bedarf zurück, so die Fachgesellschaft, die die PAVK und andere Gefäßerkrankungen beim 127. Internistenkongress als ein Schwerpunktthema behandelt.

Die Häufigkeit der PAVK nimmt mit dem Alter deutlich zu und liegt bei Menschen über 65 Jahren bei rund 20 Prozent. Die Mehrzahl der Betroffenen weiß jedoch nichts von den krankhaften Gefäßveränderungen, denn in einem frühen Stadium machen sie sich noch nicht durch Schmerzen bemerkbar. „Auch ohne die charakteristischen Symptome ist eine PAVK jedoch leicht zu diagnostizieren – Hausärztinnen und -ärzte sollten ältere Patienten aktiv auf diese Erkrankung hin untersuchen“, sagt Professor Dr. med. Viola Hach-Wunderle, Fachärztin für Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie, Phlebologie und Hämostaseologie am Krankenhaus Nordwest in Frankfurt am Main. Aufschlussreich sei dabei zunächst die Überprüfung der Fußpulse; sind diese nicht tastbar, wird der sogenannte Knöchel-Arm-Index (Ankle-Brachial-Index, ABI) bestimmt, also das Verhältnis der am Knöchel und am Oberarm gemessenen Blutdruckwerte. „Diese Messungen sind sehr einfach und können in jeder Hausarztpraxis vorgenommen werden“, so die Frankfurter Angiologin. Auch bei bislang beschwerdefreien Patientinnen und Patienten muss ein auffälliger ABI als Warnsignal ernst genommen werden, denn die Gefäßveränderungen betreffen in der Regel nicht nur die Beine,

sondern auch andere Körperregionen. Besonders kritisch sei dabei die Beteiligung der Herzkranzgefäße und der Gefäße, die das Gehirn versorgen. „Selbst bei beschwerdefreien Patienten geht ein auffälliger ABI mit einer Verdopplung des Herzinfarkt- und Schlaganfallrisikos einher“, erläutert Hach-Wunderle.

Treten bereits belastungsabhängige Schmerzen auf („Schaufensterkrankheit“), liegt das Risiko, in den folgenden fünf Jahren einen Herzinfarkt oder Schlaganfall zu erleiden, bereits bei 20 Prozent; machen sich die schmerzhaften Durchblutungsstörungen in den Beinen selbst in Ruhe bemerkbar, steigt auch das Sterberisiko deutlich an und liegt dann bei 40 bis 60 Prozent innerhalb der nächsten fünf Jahre.

Um diese Risiken zu senken und der Verschlechterung des Gefäßzustands entgegenzuwirken, sieht die PAVK-Leitlinie eine konsequente Therapie mit Lebensstiländerungen und medikamentöser Behandlung vor. Dabei sollte zum einen versucht werden, bekannte Risikofaktoren wie Übergewicht, Bewegungsmangel, Rauchen und ungesunde Ernährung zu vermeiden. Auch ein hoher Blutdruck, hohe Blutfett- und Blutzuckerwerte tragen zu den arteriosklerotischen Veränderungen bei. Eine PAVK sollte daher immer mit Statinen zur Blutfettsenkung behandelt werden – und zwar auch dann, wenn die Erkrankung noch keine Symptome verursacht. In fortgeschritteneren Stadien sollten auch Wirkstoffe zur Gerinnungshemmung hinzukommen, bei Bedarf auch Blutdrucksenker. „Diese Medikamente werden bei PAVK-Patienten jedoch noch immer viel zu selten verschrieben und eingenommen“, sagt Hach-Wunderle. Eine Auswertung von Krankenkassendaten der BARMER aus dem Jahr 2019 zeigte: Nur rund 40 Prozent der PAVK-Patienten erhalten eine leitliniengerechte medikamentöse Therapie. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt eine Auswertung von Sekundärdaten aus den Jahren 2014 bis 2017 der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe: Nur gut jeder zweite PAVK-Patient erhielt mindestens eines der leitliniengerechten Medikamente. Statine erhielten lediglich 29 Prozent dieser Patientengruppe.

Ein Grund könnte womöglich die Angst vor Nebenwirkungen sein, denn Statine können Muskelschmerzen verursachen und in schwereren, aber sehr seltenen Fällen auch zu Muskelschäden oder einem Diabetes führen. „Diesen seltenen Nebenwirkungen, die weniger als einen von 1000 Patienten betreffen, steht jedoch der große therapeutische Nutzen der Statine gegenüber“, betont Hach-Wunderle. So senken die Mittel das Risiko für Amputationen langfristig um mehr als ein Drittel, die Gefahr von kardiovaskulären Ereignissen sinkt um 17 Prozent. „Statine sind häufig angewendete, sichere und günstige Medikamente, die bei

Arteriosklerose der Hirn- oder Herzkranzgefäße regelhaft zum Einsatz kommen – nur in der Sekundärprophylaxe von PAVK-Patienten aus nicht nachvollziehbaren Gründen nicht“, so Hach-Wunderle.

Obwohl krankhafte Veränderungen der Blutgefäße zu den wichtigsten Ursachen für Krankheit und Tod weltweit zählen, werden gerade Erkrankungen der peripheren Gefäße oft nicht ernst genug genommen, betont auch Professor Dr. med. Sebastian Schellong, Vorsitzender der DGIM 2020/2021 und Präsident der 127. Jahrestagung. Hier gebe es noch immer Aufklärungsbedarf. „Um die Bedeutung, die den Gefäßerkrankungen auch jenseits von Herzinfarkt und Schlaganfall zukommt, sowie ihre vielfältigen Ausprägungen und ihre Verflechtungen mit anderen Erkrankungen einmal mehr ins Bewusstsein bringen, haben wir dem Thema beim diesjährigen Kongress einen Schwerpunkt gewidmet“, so Schellong. Denn gerade in der Inneren Medizin gebe es wohl keine Erkrankung, die nicht über ihre Ursachen oder ihre möglichen Folgeschäden eine Verbindung zur Gefäßmedizin aufweist.

Literatur:

-Darius H, Trampisch H, Pittrow D, et al. Vergleich zweier Koronaräquivalente: Risikoerhöhung unter Diabetes mellitus und Peripherer Arterieller Verschlusskrankheit. DMW 2008; 45:2317-2322

-Aboyans V, Ricco JB, Bartelink MLEL et al. Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases. Eur Heart J 2018; 39(9): 763–821. doi: 10.1093/eurheartj/ehx095.

-Reinecke H et al. Peripheral arterial disease and critical limb ischemia: still poor outcomes and lack of guideline adherence. Eur Heart J 2015, online 2. Februar 2015, doi: [10.1093/eurheartj/ehv006](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv006)

-Lawall H, Huppert P, Rümenapf G et al: AWMF S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit, 2015

-Pressemitteilung BARMER vom 29.1.2021:

<https://www.barmer.de/presse/presseinformationen/pressemitteilungen/cholesterinsenker-278296>

-Gebauer, K., Wintersohl, K., Kraska, R. et al. Medikamentöse Sekundärprävention bei Patienten mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit. Herz (2020). <https://doi.org/10.1007/s00059-020-04998-w>

– Bei Abdruck, Beleg erbeten –

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“

DGIM vergibt Medienpreise 2021

Herausragende Beiträge zu „Das Coronavirus als medizinische und wissenschaftliche Herausforderung“ prämiert

Wiesbaden, 20. April 2021 – Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) hat zum dritten Mal ihre Medienpreise für herausragende journalistische Veröffentlichungen vergeben. Die Ausschreibung richtete sich an Journalistinnen und Journalisten, die das Thema „Das Coronavirus als medizinische und wissenschaftliche Herausforderung“ für die Bevölkerung verständlich aufbereitet und zu einer gesellschaftlichen Aufklärung dieses komplexen Themas beigetragen haben. Eingereicht werden konnten Hörfunk- und Fernsehbeiträge sowie Artikel aus Print- und Online Medien. Die vierköpfige Jury wählte vier Veröffentlichungen aus. Den ersten Platz erhält eine Recherchekooperation von WDR, NDR und Süddeutscher Zeitung bestehend aus Arnd Henze, Sonja Kättner-Neumann sowie Lena Kampf und Rainer Stadler. Der zweite Platz geht an Swen Gummich für einen Beitrag im ARTE-Magazin Xenius und der dritte Platz geht an Maria Mast (ZEIT ONLINE). Die Preise sind insgesamt mit 8.000 Euro dotiert und wurden am Samstag, den 17. April 2021, im Rahmen des 127. Internistenkongresses in Wiesbaden verliehen. Auch für das kommende Jahr schreibt die DGIM die Medienpreise wieder aus.

Das vergangene Jahr war geprägt von der Corona-Pandemie – eine besondere Herausforderung für Mediziner wie auch für die Gesellschaft. „Selten war das Interesse an medizinischen Fakten so groß und der Bedarf, diese Fakten verständlich und interessant aufzuarbeiten, so hoch wie im vergangenen Jahr“, sagt Professor Dr. med. Sebastian Schellong, Vorsitzender der DGIM. „Das Coronavirus hat uns nach wie vor im Griff, wir stehen jetzt jedoch an einem völlig anderen Punkt als vor einem Jahr. Der Erkenntniszugewinn in

Bezug auf die Erkrankung selbst, auf die Übertragung und auch auf die Impfstoffe war und ist enorm – und somit auch der Bedarf an der Aufarbeitung dieser Informationen.“ Schellong freut sich daher über die vielen hochwertigen Beiträge zu dem Thema „Das Coronavirus als medizinische und wissenschaftliche Herausforderung“, die Journalistinnen und Journalisten aus den Bereichen Print, Online, TV und Hörfunk eingereicht haben und anschließend von der interdisziplinär besetzten Jury der DGIM gesichtet und bewertet wurden.

Sars-CoV-2 und die Erkrankung COVID-19 sind komplexe Themen und der Erklärungsbedarf und das Informationsbedürfnis in der Gesellschaft entsprechend groß. Medienvertreter greifen deshalb auf unterschiedliche Formate und Erzählweisen zurück, um abstrakte Sachverhalte, Fakten und Zahlen zu erklären und verständlich zu machen. Die DGIM zeichnet dieses Jahr einen Print-, zwei TV- und einen Online-Beitrag aus. „Die ausgewählten Beiträge sind sehr vielfältig, von sehr emotional über faktisch-wissenschaftlich bis hin zum interaktiven Tool. Sie zeigen wie unterschiedlich Informationen aufgearbeitet werden können und wie wichtig kompetenter Journalismus dafür ist“, erklärt Professor Dr. med. Georg Ertl, DGIM-Generalsekretär und Vorsitzender der Medienpreis-Jury.

Den ersten Platz der Medienpreise 2021 belegt die Recherchekooperation von WDR, NDR und Süddeutscher Zeitung. Der TV- Beitrag **„Ich weiß nicht mal, wie er starb – Wie ein Pflegeheim zur Corona-Falle wurde“** von Arnd Henze und Sonja Kättner-Neumann sowie der Artikel **„In der Falle“** von Lena Kampf und Rainer Stadler vom Süddeutsche Zeitung Magazin. „Beide Formate erzählen die Ereignisse im Hans-Lilje-Heim in Wolfsburg voller Mitgefühl, ohne dabei Partei zu ergreifen oder gar zu verurteilen. Sie lassen alle Beteiligten zu Wort kommen, zeigen aber auch die Probleme auf, die unsere Gesellschaft in dieser Extremsituation hatte und immer noch hat“, resümiert Ertl. „Durch vorurteilsfreie Befragung und stille Beobachtung wird offenbart, warum es epidemiologisch und ethisch unmöglich war, Alten- und Pflegeheime allein zu schützen. Dabei gelingt es den Autorinnen und Autoren, Ambiguität auszuhalten und zu transportieren, kritische Stimmen für sich selbst sprechen und Zweifel stehen zu lassen. Sie verleiht denen eine Stimme, die nur zu Anfang beklatscht, aber nie

ausreichend gewürdigt, entlohnt und anerkannt wurden: den Pflegekräften im Gesundheitswesen,“ so Jurymitglied Corinna Hennig, Hörfunk-Journalistin, NDR Info.

Mit dem zweiten Platz wird Swen Gummich für seinen Beitrag **„Zoonosen – wie das Coronavirus uns Menschen befiel“** für das ARTE Magazin Xenius ausgezeichnet. In dem knapp 26-minütigen Beitrag wird erklärt, was Zoonosen sind, wie sie entstehen und warum sie für den Menschen gefährlich sind. „Komplexe Zusammenhänge werden intelligent und zuschauerfreundlich erklärt: Zoonosen, exponentielles Wachstum, Sars-CoV-2, Viren, Bakterien, Immunologie von Fledertieren, Zirkelkatzen, Basisreproduktionszahl R_0 , Herdenimmunität, Artenvielfalt im Regenwald. Am Ende hat der Zuschauer verstanden, was Tierzucht und Massentierhaltung, Klima und Mobilität mit Sars-CoV-2 zu tun haben. Ein gelungenes leichtes Lehrstück“, so Jurymitglied Dr. med. Anika Geisler, Ressort Wissenschaft, Medizin und Technik beim Stern.

Den dritten Platz belegt die Autorengruppe um Dr. phil. Maria Mast. Das interaktive digitale Tool **„So schnell verbreitet sich das Coronavirus in Innenräumen“**, zeigt auf, welche Faktoren die Aerosolbildung beeinflussen. Der Leser hat selbst die Möglichkeit unterschiedliche Parameter im Modell, wie beispielsweise Raumgröße, Personenzahl oder auch unterschiedliche Maskentypen zu verändern und so die Aerosolbildung und -verbreitung zu simulieren. An dem Projekt beteiligt waren Fabian Dinklage (Programmierung und Design), Annick Ehmman (Illustration), Elena Erdmann (Datenanalyse), Moritz Klack (Programmierung), Maria Mast (Text), Julian Stahnke (Design und Programmierung), Julius Tröger (Projektleitung), Claudia Vallentin (Text), Paul Blickle (Design und Programmierung). „Gemeinsam mit dem Rechner veranschaulichen und erklären die Texte das abstrakte Thema der Ansteckung durch Aerosole. Uns hat dieser Beitrag sehr gut gefallen, denn er fußt auf wissenschaftlichen Fakten und ist relevant für die Gesellschaft. Außerdem zeigt er auf, wie journalistische Beiträge und das Publikum in Zukunft miteinander interagieren können“, erläutert Ertl.

Mitglieder der DGIM-Medienpreis Jury:

- **Professor Dr. med. Georg Ertl**, Generalsekretär der DGIM
- **Dr. med. Oliver Erens**, Vorsitzender des VMWJ - Verband der Medizin- und Wissenschaftsjournalisten e. V.
- **Dr. med. Anika Geisler**, Stern, Ressort Wissenschaft
- **Korinna Hennig**, NDR Info

– Bei Abdruck Beleg erbeten –

Pressekontakt für Rückfragen:

Pressestelle der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM)

Lisa Roth

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-457/-833

Fax: 0711 8931-167

roth@medizinkommunikation.org

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

REFERENTENSTATEMENT

Hochleistungsmedizin trifft auf alternde Bevölkerung: Klare Therapieziele im Sinne des Patienten definieren

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

In den Augen von vielen funktioniert Medizin nach diesem Schema: Patient oder Patientin wird krank, Patient/Patientin geht zum Arzt/zur Ärztin, Arzt oder Ärztin stellt Diagnose und macht Therapie, Patient oder Patientin wird gesund. Paradoxerweise bildet dieses Paradigma gerade in der Inneren Medizin immer weniger die tatsächlichen Verhältnisse ab, je mehr sie kann in Diagnose und Therapie.

Innere Medizin beschäftigt sich heute überwiegend mit langjährigen Verläufen chronischer Erkrankungen, die früher nicht behandelbar zum Tod geführt haben oder in deutlich kürzerer Spanne zum Tod geführt haben. Immer mehr Krankenhausaufnahmen werden von der Frage begleitet, ob es sich dieses Mal um lediglich eine weitere in einer noch langen Folge von Hospitalisierungen handelt oder um die letzte, weil alle körperlichen Reserven erschöpft sind. Viele Krankenhausentlassungen wiederum erfolgen in ein Umfeld, das auf deutlich reduzierte Lebensumstände vorbereitet sein muss. Immer häufiger stellt sich die Frage, welche Maßnahmen tatsächlich noch dem wohlverstandenen Patientenwohl dienen.

Viele Patienten und Patientinnen haben in Vorwegnahme dieser Überlegung heute Patientenverfügungen, die ihr individuelles Verständnis von Patientenwohl ausdrücken sollen. Manche werden auch bei akuter Verschlechterung nicht mehr ins Krankenhaus gebracht, da bereits im Vorfeld eine Therapiebegrenzung festgelegt wurde. Oder sie werden aus demselben Grund nicht mehr auf eine Intensivstation verlegt. In der Intensivmedizin selbst gehören definierte Therapiebegrenzungen inzwischen zum Standard: „do not resuscitate“, „do not intubate“, „do not dialyse“, „allow natural death“. Die Technik der Therapiezieldefinition etabliert sich damit zu einem zentralen Handlungsfeld, insbesondere in der Inneren Medizin. Es berührt grundsätzliche ethische Fragen, individuelle Abwägungen und Entscheidungen, aber auch das Selbstverständnis ärztlichen Handelns, das eigentlich auf Gesundung ausgerichtet ist.

Das Thema Therapiezieldefinition soll auf der Jahrestagung 2021 in eigenen Formaten bearbeitet werden, wie auch bei allen fachspezifischen Veranstaltungen mit berücksichtigt werden, wo dies den behandelten Krankheitsbildern angemessen ist.

*Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM)
anlässlich des 127. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.
Dienstag, 20. April 2021, 12.00 bis 13.00 Uhr, online*

Es gilt das gesprochene Wort!

Dresden, April 2021

REFERENTENSTATEMENT

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

Gendermedizin – es geht um mehr als unterschiedliche Krankheitsverläufe.

Es geht um die Therapie: Ein Beispiel: In dem *Low-dose colchicine* (LoDoCo2, NEJM 2020) Trial reduzierte niedrig dosiertes Colchicin das Risiko kardiovaskulärer Ereignisse, also Herzinfarkt, Schlaganfall, Herzinsuffizienz, Herztod, bei Patienten mit chronischer koronarer Herzerkrankung (KHE) um 31 Prozent. Die Studie bestätigte die Sicherheit und die Wirksamkeit von Colchicin zur Verhinderung kardiovaskulärer Ereignisse nach Herzinfarkt, was bereits im *Colchicine Cardiovascular Outcomes Trial* (COLCOT, NEJM 2019) beobachtet worden war. Leider wies die Studie auch einen ähnlich niedrigen Anteil an Frauen auf: 15,3 Prozent in LoDoCo2, 19 Prozent in COLCOT. In beiden Studien war die Risikoreduktion bei Männern hoch signifikant, aber bei den Frauen nicht signifikant. Die fehlende Wirksamkeit bei Frauen wurde nicht im Hauptteil des Manuskriptes publiziert, sondern lediglich im elektronischen Anhang, ohne weitere Diskussion. Nebenwirkungen wurden nicht nach Geschlecht aufgebrochen.

In Anbetracht der Tatsache, dass Frauen mittlerweile fast 50 Prozent der Patient*innen mit Myokardinfarkt darstellen und dass bekannt ist, dass es pathophysiologische Unterschiede zwischen den Geschlechtern und schlechtere Verläufe bei Frauen gibt, ist der unangemessene Einschluss von Frauen in der Studie und die fehlende Darstellung geschlechtsspezifischer Wirksamkeit beziehungsweise Nicht-Wirksamkeit und von Nebenwirkungen nicht länger akzeptabel.

(Colchicine in Patients with Chronic Coronary Disease. Gebhard C, Regitz-Zagrosek V. N Engl J Med., 2021 Feb 25; 384(8):776-777. doi: 10.1056/NEJMc2034992)

Gendermedizin – es geht um mehr als unterschiedliche Krankheitsverläufe.

Es geht um die Prävention: Eine große aktuelle Studie in der Schweiz untersuchte die Behandlung von Risikofaktoren bei Frauen und Männern in der Primärprävention. Bei Frauen wurde seltener der Risikofaktor LDL-Cholesterol gemessen, und wenn, fanden sich höhere LDL-Werte als bei Männern. LDL-Cholesterol, Blutdruck und HbA1C-Werte in der Studie bestätigen internationale Untersuchungen, die ein schlechteres Risikomanagement bei Frauen in der Primär-, zum Teil auch in der Sekundärprävention zeigen. (Atherosclerosis, 2021 Feb 23; S0021-9150(21)00096-4. doi: 10.1016/j.atherosclerosis.2021.02.024. Online ahead of print. Inferior control of low-density

lipoprotein cholesterol in women is the primary sex difference in modifiable cardiovascular risk: A large-scale, cross-sectional study in primary care. Rachamin Y et al.)

Gendermedizin – es geht um mehr als unterschiedliche Krankheitsverläufe.

Es geht um die Forschung: Frauentypische Krankheitsbilder werden schlechter untersucht – siehe endotheliale Dysfunktion oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der Schwangerschaft. Neu und aktuell: Geschlechterunterschiede im Zusammenhang zwischen Stress, Veränderung des Immunsystems und Durchblutungsstörung des Herzens. (Front Neurosci, 2020 Dec 9; doi: 10.3389/fnins.2020.614345. The Neuro-Inflammatory-Vascular Circuit: Evidence for a Sex-Dependent Interrelation?)

Gendermedizin – es geht um mehr als unterschiedliche Krankheitsverläufe.

Und: Gender, die soziokulturelle Dimension von Geschlecht, wird messbar gemacht. Nachdem eine kanadische Gruppe gezeigt hat, dass Gender den Verlauf nach Herzinfarkt stärker beeinflusst als das biologische Geschlecht, Sex, untersuchen wir nun auch in Europa den Einfluss von Gender, zuerst einmal auf gesundes Altern. (Biol Sex Differ, 2021 Jan 18; 12(1):15. doi: 10.1186/s13293-020-00351-2. Gender score development in the Berlin Aging Study II: a retrospective approach)

Gendermedizin – es geht um mehr als unterschiedliche Krankheitsverläufe.

Es geht um die Ausbildung der Kardiologinnen und Kardiologen: Frauen in der Kardiologie haben weniger Unterstützung, ihre Ausbildung dauert länger, sie verdienen für die gleiche Vollzeittätigkeit weniger Geld als die Männer und sie werden zu 30 Prozent sexuell belästigt. Dies und ein permanent hoch kompetitives Arbeitsklima und unflexible Arbeitszeiten verdrängen sie aus dem Wettbewerb für Leitungspositionen an den Universitäten. (Gender and career in cardiology – a cross-sectional study. Dettmer S, Wenzel A, Trenkwald T, Tiefenbacher C, Regitz-Zagrosek V. Herz, 2021 Mar; 46(2):150-157. doi: 10.1007/s00059-021-05027-0. Epub 2021)

Es gilt das gesprochene Wort!

Berlin, April 2021

REFERENTENSTATEMENT

Alltag zwischen Arbeitsverdichtung, Lernstofffülle und Patientenversorgung – Wie wird man heute eine gute Ärztin/ein guter Arzt?

Dr. med. Anahita Fathi, Universitätsklinik Eppendorf (UKE), Arbeitsgemeinschaft Junge Internisten der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Was bedeutet es, eine gute Ärztin oder ein guter Arzt zu sein? In einem Perspektivartikel des New England Journal of Medicine stellt sich die Assistenzärztin Meredith Bock genau diese Frage. „Despite the culture of constant, explicit goal setting in medicine, there’s no obvious introduction to what it means to be a good intern“, (intern: ein(e) Assistenzarzt/-ärztin im ersten Ausbildungsjahr [US-amerikanisches System])¹ konstatiert sie. Vor dem Aneignen von Faktenwissen und der streng getakteten Patientenversorgung tritt die Diskussion dieser Frage tatsächlich manchmal in den Hintergrund, dabei ist sie von so essenzieller Bedeutung.

Über manche Eigenschaften guter Ärzte und Ärztinnen besteht Einigkeit. „Zu ihren Kernqualitäten gehören Empathie, Verantwortungsbewusstsein und fachliche Kompetenz“, erklärt beispielsweise der Medizinprofessor Dr. Casalino (Prof. Casalino ist Professor an der Medizinischen Hochschule Weill Cornell in den USA).² Aber auch weniger klar definierte Kompetenzen ergänzen das Portfolio. Dr. Bock führt aus: „Die gute Assistenzärztin hakt die Kästchen [ihrer Arbeitsliste] ab. [...] Sie hat das logistische Geschick einer erfahrenen Ärztin und die Energie einer jungen Medizinstudentin. Sie ist in Details vertieft, ohne von ihnen vereinnahmt zu werden. [...]“¹ (Übersetzung der Autorin. Originaltext: „The good intern checks boxes. [...] She has the logistic prowess of a senior resident and the energy of a new medical student. She is enmeshed in details without being subsumed by them.“) Ärzt*innen sehen sich oft widersprüchlichen Anforderungen gegenübergestellt, welche maßgeblich durch die unterschiedlichen Interessen der einzelnen Akteure im ärztlichen Umfeld beeinflusst werden. So sollte der ideale Arzt sich seinen Patientinnen und Patienten mit Empathie widmen und gleichzeitig seinen Aufgaben ohne zeitlichen Verzug nachkommen; Führungsstärke zeigen und ein guter Teamplayer sein; über sich hinauswachsen können, wenn es die Situation erfordert, aber auch seine Grenzen kennen; jegliche Fehler vermeiden und gleichzeitig menschlich bleiben. Um diesen vermeintlich gegensätzlichen Ansprüchen zu begegnen, müssen wir sie einordnen und die richtigen Prioritäten setzen.

Im Arbeitsalltag werden individuelle Leistungen oft überproportional hervorgehoben:

Wissenschaftlich erfolgreich ist, wer viel publiziert; in der klinischen Arbeit werden Effektivität und Effizienz belohnt. Die relevantesten Qualifikationen guter Ärzt*innen sind jedoch solche, die eine gute

Teamarbeit ermöglichen. Es ist weithin anerkannt, dass eine klare Kommunikation, eine offene Fehlerkultur und flache Hierarchien, in denen die Stimme aller wahrgenommen und respektiert wird, entscheidend zur Patientensicherheit und Behandlungsqualität beitragen. So konnte beispielsweise gezeigt werden, dass ein sogenannter „Time-out“ vor Operationen, eine kurze Auszeit, in der sich die Teammitglieder einander vorstellen und die Prozedur sowie mögliche Probleme durchsprechen, die Rate von Komplikationen und sogar Todesfällen signifikant verringern konnte.³ Diese einfach durchzuführende Maßnahme gehört daher nun zum Standard bei Operationen. Auch sogenannte „Morbidity und Mortality“-Konferenzen, in denen Fehler und ungünstige Verläufe selbstkritisch reflektiert und beleuchtet werden, um Behandlungen und Prozesse zu verbessern, haben sich etabliert. Zum Handwerkszeug einer guten Ärztin oder eines guten Arztes gehört daher zum einen, offen zu kommunizieren und eigene Fehler – die unvermeidbarerweise jedem passieren – anzuerkennen. (Dies ist im Übrigen nicht nur für Patient*innen förderlich, sondern auch für die psychische Gesundheit von Ärzt*innen. Wenn diese durch von ihnen selbst begangene Fehler traumatisiert werden, spricht man von „Second Victims“.) Zum anderen ist es aber auch notwendig, dass Ärzt*innen sich dafür einsetzen, noch bestehende systemische Kommunikationsbarrieren weiter abzubauen und so das medizinische System weiter zu optimieren.

Die Förderung von Teamkompetenzen ist auch deshalb von so herausragender Bedeutung, da Veränderungen und Fortschritt in einer zunehmend anspruchsvollen und komplexen (medizinischen) Welt nur zusammen erreicht werden können. Nur gemeinsam und im konstanten Dialog können wir die Herausforderungen unserer Zeit adressieren. So sind der Klimawandel, die zunehmende Misinformationskultur und der Umgang mit sozialer Ungerechtigkeit gesellschaftliche Fragen, die aber auch beziehungsweise gerade deshalb in der Medizin und daher für das Wohl unserer Patient*innen von großer Bedeutung sind. In die Bearbeitung dieser Themen sollten sich Ärzt*innen aktiv einbringen – sei es durch die Organisation in größeren Verbänden oder durch „Grassroot“-Aktivitäten. Auch Professor Casalino schlussfolgert: „Es reicht heute nicht mehr aus, einfach nur ein guter einzelgängerischer Arzt zu sein.“² (Übersetzung der Autorin, Originaltext: „It isn't enough today to simply be a good solo practitioner.“). Eine gute Ärztin oder ein guter Arzt zu werden oder sie auszubilden, heißt also mehr, als eine zeiteffiziente Patientenversorgung und Faktenwissen zu erlernen beziehungsweise zu vermitteln. Es heißt zu verstehen, dass wir nur zusammen imstande sind, die bestmöglichen Ergebnisse für unsere Patient*innen zu erzielen – und diese sind und bleiben schließlich immer der Mittelpunkt ärztlichen Handelns.

Referenzen:

1. Bock MA. The Ideal Intern. *N Engl J Med* 2020; 383(11): 1006-7.
2. Casalino LL, Thomas. What Does It Mean to Be a Good Physician Today?, 2016.
<https://catalystnejmorg/doi/full/101056/CAT160882>
3. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med* 2009; 360(5): 491-9.

Weiterführende Literatur:

Atul Gawande. „The checklist manifesto“, Picador. New York, USA; 2011
Atul Gawande. „Complications“, Picador. New York, USA; 2002

REFERENTENSTATEMENT

Bedeutendste Ursache für Morbidität und Mortalität: Warum Gefäßkrankungen mehr Aufmerksamkeit brauchen

Prof. Dr. med. Viola Hach-Wunderle

Fachärztin für Innere Medizin, Schwerpunkt Angiologie, Phlebologie, Hämostaseologie
Krankenhaus Nordwest Frankfurt am Main

Die beiden häufigsten und zugleich wichtigsten Gefäßkrankheiten in unserem Land sind die Periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) und die Venöse Thromboembolie (VTE).

Periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK)

Bei der Atherosklerose (Arteriosklerose) handelt es sich um chronisch fortschreitende, komplexe degenerative Veränderungen der arteriellen Gefäßwände im gesamten Körper. Zu den zentralen pathogenetischen Prozessen gehören unter anderem Ablagerungen von Cholesterin, chronische Entzündungsreaktionen und eine Dysfunktion des Endothels. Die Atherosklerose manifestiert sich als Makroangiopathie oder als Mikroangiopathie oder als Kombination beider Formen.

Mikroangiopathische Veränderungen treten bevorzugt bei Diabetikern auf. Meistens wird die Atherosklerose zunächst in einer Gefäßregion diagnostiziert, betrifft zu diesem Zeitpunkt aber bereits andere Gefäßregionen. Eine PAVK ist häufig kombiniert mit einer koronaren Herzkrankheit (KHK) und mit einer zerebralen arteriellen Verschlusskrankheit (CAVK). Kardiovaskuläre Krankheiten steigen mit dem Lebensalter und unter dem Einfluss bestimmter, etablierter Risikofaktoren wie Hypertension, Zigarettenrauchen, Dyslipidämie und Diabetes mellitus an. Ab dem 65. Lebensjahr hat jeder fünfte Einwohner Deutschlands eine asymptomatische oder symptomatische PAVK (1). Bei der erwarteten demografischen Entwicklung stehen wir also vor gewaltigen Herausforderungen (2).

Die Erkennung einer PAVK ist einfach. Sie beginnt mit dem Tasten der Fußpulse. Sind diese nicht tastbar und ergibt die Anamnese den Hinweis auf eine Claudicatio intermittens sollte eine Dopplerverschlussdruckmessung erfolgen. Diese kann bereits in der Hausarztpraxis durchgeführt werden. Ein Dopplerdruckquotient (ABI, Ankle-Brachial-Index) kleiner als 0,9 beweist das Vorliegen einer PAVK und geht mit einer Verdopplung der kardiovaskulären Morbidität und Mortalität innerhalb von zehn Jahren einher. Ein ABI über 1,4 ist ebenfalls pathologisch, spricht für eine Mediasklerose und verschlechtert gleichfalls die Prognose. Bereits im Krankheitsstadium der sogenannten Claudicatio intermittens (= Fontaine-Stadium 2, Schaufensterkrankheit) erleiden 20 Prozent der Patientinnen und Patienten innerhalb von fünf Jahren einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall und die Mortalität

beträgt zehn bis 15 Prozent (3). Mit fortschreitender Krankheit steigt das Risiko, zu versterben weiter an. Bei der sogenannten kritischen Extremitätenischämie klagt der Patient über Ruheschmerzen (= Fontaine-Stadium 3) oder er hat eine Nekrose/Gangrän am Unterschenkel oder am Fuß (= Fontaine-Stadium 4). Die 5-Jahres-Mortalität beträgt dann circa 40 bis 60 Prozent (4).

Bei der Therapie der PAVK steht heute das sogenannte Best Medical Treatment (BMT) an erster Stelle. Es beinhaltet die Optimierung der kardiovaskulären Risikofaktoren, pharmakotherapeutische Maßnahmen und eine regelmäßige körperliche Betätigung. Bei der Pharmakotherapie ist die Gabe eines Statins von sehr großer Bedeutung und zwar bei jedem (!) Patienten mit PAVK. Dabei ist ein LDL-Cholesterin-Wert unter 70 mg/dl anzustreben. Bei einem initialen LDL-Cholesterin zwischen 70 und 135 mg/dl sollte der Wert um 50 Prozent gesenkt werden. Statine senken die Rate an kardiovaskulären Ereignissen um 17 Prozent (5). Die Kombination von Statin mit Ezetimib sowie die Behandlung mit einem monoklonalen Antikörper, einem PCSK9-Inhibitor, zum Beispiel Evolocumab (6), sowie ganz aktuell mit Bempedoinsäure (7) sind ebenfalls effektiv. Patienten mit symptomatischer PAVK (= Fontaine-Stadien 2-4) sollten darüber hinaus einen Thrombozytenfunktionshemmer erhalten. Dabei ist Clopidogrel (75 mg/d) gegenüber ASS (100mg/d) zu bevorzugen (3). Bei hohem kardiovaskulärem Risiko hat sich die Kombination aus dem Faktor Xa-Inhibitor Rivaroxaban (2 x 2,5 mg/d) plus ASS (100 mg/d) gegenüber ASS (100 mg/d) allein als wirksamer erwiesen, allerdings unter Inkaufnahme eines erhöhten Blutungsrisikos (8). Fakt ist, dass die notwendige Sekundärprävention mit Statinen und Thrombozytenfunktionshemmern bei PAVK-Patienten viel seltener erfolgt als bei Patienten mit koronarer oder zerebraler Atherosklerose (9). Hier besteht eindeutig Aufklärungs- und Handlungsbedarf!

Die kritische Extremitätenischämie (= Fontaine-Stadium 3/4) geht mit einem hohen Amputationsrisiko einher und bedarf daher der raschen und umfassenden Abklärung und Behandlung durch Gefäßspezialisten, am besten in einem interdisziplinär besetzten Gefäßzentrum (Angiologen, Radiologen, Gefäßchirurgen, Diabetologen). Die Zahl der Majoramputationen (= oberhalb der Knöchelregion) in Deutschland (aktuell 20 000 pro Jahr) ist durch ein stetig besseres interdisziplinäres Management unter Einbeziehung von bildgebender Diagnostik, endovaskulärer Rekanalisierung und frühzeitiger, gezielter Antibiose bei Weichteilinfekten leicht rückläufig (10,11). Demgegenüber nimmt die Zahl der Minoramputationen (= am Fuß; aktuell 54 000 pro Jahr) zu; davon besonders betroffen sind Männer über 65 Jahren sowie Diabetiker. Auch hier sind optimierende Maßnahmen erforderlich.

Venöse Thromboembolie (VTE)

Die zweite wichtige Gefäßkrankheit ist die venöse Thromboembolie (VTE). Sie tritt in den Industrieländern bei etwa einer von 1000 Personen pro Jahr auf und steigt mit dem Lebensalter kontinuierlich an. Nach Angaben der Deutschen Gefäßliga erkranken in Deutschland jährlich etwa 100 000 Menschen an einer tiefen Venenthrombose (TVT), mehr als 900 000 leiden unter Thrombosefolgen und 40 000 versterben an einer pulmonalen Embolie (PE). Bei Erstmanifestation der Krankheit hat ein Drittel der Patienten eine PE und zwei Drittel eine alleinige TVT. Die Mortalität innerhalb des ersten Monats nach Diagnosestellung beträgt bei alleiniger TVT etwa sechs Prozent und ist bei PE auf zwölf Prozent erhöht. Die Frühsterblichkeit ist neben der Thromboselokalisation (TVT oder PE) assoziiert mit dem fortschreitenden Lebensalter, dem Nachweis eines Malignoms sowie einer gleichzeitig vorliegenden kardiovaskulären Erkrankung (12). Schwere Folgekrankheiten sind das postthrombotische Syndrom und die chronische pulmonale Hypertonie.

Bei bis zu 70 Prozent der betroffenen Patienten findet sich keine eindeutige Erklärung für die VTE (= idiopathische Genese). Zu den Risikofaktoren gehören Malignome, thrombophile Gerinnungsstörungen, Operationen/Traumen, ein hormoneller Einfluss (Schwangerschaft, Kontrazeption) und schwere Entzündungsreaktionen (wie zum Beispiel aktuell die COVID-19-Infektion).

Frauen im gebärfähigen Alter haben mit zwei bis fünf Fällen je 10 000 pro Jahr ein eher geringes Thromboserisiko. Dieses erhöht sich aber unter Hormoneinfluss, und zwar in der Schwangerschaft auf das bis zu 6-Fache und im Wochenbett sogar auf das 22-Fache. Die Einführung der ersten Verhütungspille im Jahr 1960 zählt zu den großen medizinischen Innovationen. Inzwischen ist gut belegt, dass die Einnahme mit einem Thromboserisiko behaftet ist. Dieses ist bei kombinierter Applikation von Östrogen plus Gestagen am höchsten und steigt in Abhängigkeit von der Art des Gestagens auf bis zu zwölf je 10 000 Frauen pro Jahr (13). Das Thema ist insofern weiterhin relevant, als bis zu 72 Prozent der 14 bis 25-jährigen Frauen in Deutschland mit einem kombinierten oralen Kontrazeptivum verhüten (14); bei einer sogenannten Inanspruchnahme-Population in gynäkologischen Praxen waren es bei den 15 bis 19-Jährigen sogar 86 Prozent (15). Erhöhte Vorsicht bei geplanter Einnahme ist geboten, wenn weitere Thromboserisiken bestehen wie Lebensalter über 35 Jahren, erhöhter BMI von mehr als 30 bis 35, Rauchen, eigene oder familiäre Vorgeschichte bezüglich VTE und/oder eine thrombophile Gerinnungsstörung (13). Alle diese Faktoren sind sorgfältig zu erfragen und bei der Wahl des geeigneten Verhütungsmittels zu berücksichtigen. Auch postmenopausale Frauen benötigen eine Hormonsubstitution, dann zur Linderung von

Wechseljahresbeschwerden. Hierbei ist das Thromboserisiko kaum erhöht, da die Hormone in einer anderen Zusammensetzung und vorzugsweise transdermal verabreicht werden (13).

Die Therapie der VTE erfolgt vorzugsweise nicht invasiv mit gerinnungshemmenden Medikamenten (16). Bei einer hämodynamisch instabilen pulmonalen Embolie besteht wegen der hohen Mortalität allerdings die Indikation zur sofortigen Wiedereröffnung der verschlossenen Strombahn, anschließend wird mit einem Gerinnungshemmer weitertherapiert. Unter den gerinnungshemmenden Medikamenten werden heute in den meisten Fällen die direkten oralen Antikoagulanzen (DOACs) den Vitamin-K-Antagonisten vorgezogen (17). Die Behandlungsdauer beträgt mindestens drei bis Monate. Das Rezidivrisiko ist bei der häufigen idiopathischen Thrombose (= Genese unklar; siehe oben) nach Absetzen der Medikation hoch mit bis zu 30 Prozent innerhalb von fünf Jahren, also sechs Prozent pro Jahr. Die Antikoagulationsdauer bedarf dann oft einer Einzelfallentscheidung eines hämostaseologisch und gefäßmedizinisch geschulten Arztes unter Berücksichtigung zahlreicher Begleitumstände.

Neben Herz-Kreislauf-Krankheiten nehmen in unserer immer älter werdenden Bevölkerung auch die Malignome zu. Das rückt Malignompatienten mit VTE in den Fokus. Bis vor Kurzem waren in dieser Situation niedermolekulare Heparine als subkutane Injektion die Therapie der ersten Wahl. Die aktuelle Studienlage lässt nun den Einsatz bestimmter DOACs zu. Voraussetzung dafür sind eine stabile Krankheitssituation und ein niedriges Blutungsrisiko. Es hat sich gezeigt, dass Patienten mit Tumoren im Gastrointestinaltrakt und im Urogenitaltrakt oft ein erhöhtes Blutungsrisiko unter DOACs aufweisen und in der Regel von dieser Therapie auszunehmen sind (18).

Was bleibt uns zu tun?

Appell an uns alle:

1. Gehen wir bei einem reproduzierbaren, belastungsabhängigen Muskelschmerz im Bein zum Arzt; dahinter kann sich eine PAVK verbergen!

Plötzliche Beinschmerzen mit Beinschwellung sowie akute Luftnot und Brustschmerzen können erste Symptome einer venösen Thromboembolie sein und bedürfen der sofortigen Abklärung und Therapie (Heparin bereits bei Verdacht!).

2. Achten wir auf einen gesunden Lebensstil und auf ausreichende Bewegung und lassen wir kardiovaskuläre Risikofaktoren durch regelmäßige Kontrollen beim Hausarzt ausschalten, zumindest aber optimieren!

Appell an behandelnde Ärzte:

1. Bei fehlenden Fußpulsen plus Claudicatio intermittens eine Dopplerverschlussdruckmessung (ABI) durchführen zur Sicherung beziehungsweise zum Ausschluss einer PAVK.
2. Statin für jeden Patienten mit PAVK unabhängig von seinem Cholesterinspiegel! Bei Statin-Unverträglichkeit einen anderen Fettsenker einsetzen. Einen LDL-Cholesterin-Wert um 70 mg/dl anstreben.
3. Thrombozytenfunktionshemmer bei symptomatischer PAVK, vorzugsweise Clopidogrel.
4. Bei kritischer Extremitätenischämie sofortige Bildgebung und Intervention beim Spezialisten in einem Gefäßzentrum wegen hoher Amputationsgefahr.
5. Bei venöser Thromboembolie antikoagulieren, vorzugsweise mit DOACs.
6. Die Dauer der Antikoagulation bei VTE ist von vielen Faktoren abhängig, darunter Genese, Lokalisation und Rezidivneigung. Beurteilung durch einen Gefäßspezialisten einholen!
7. Prä- und postmenopausale Hormontherapie sind häufig erforderlich und erfordern bei erhöhtem Thromboserisiko die sorgfältige Auswahl mit dem geringsten Risiko.

Es gilt das gesprochene Wort!
Frankfurt, April 2021

Referenzen:

1. Darius H, Trampisch H, Pittrow D et al. Vergleich zweier Koronaräquivalente: Risikoerhöhung unter Diabetes mellitus und peripherer arterieller Verschlusskrankheit. *DMW* 2008; 133(45): 2317-2322. doi: 10.1055/s-0028-1100921.
2. Deutsche Gesellschaft für Angiologie, Gesellschaft für Gefäßmedizin e.V.. S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit. AWMF 065/003. Im Internet: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/065-003l_S3_PAVK_periphere_arterielle_Verschlusskrankheit_2020-05.pdf.
3. Aboyans V, Ricco JB, Bartelink MEL et al. Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases. *Eur Heart J* 2018; 39(9): 763–821. doi: 10.1093/eurheartj/ehx095.
4. Reinecke H, Unrath M, Freisinger E et al. Peripheral arterial disease and critical limb ischemia: still poor outcomes and lack of guideline adherence. *Eur Heart J* 2015; 36(15): 932-938. doi:10.1093/eurheartj/ehv006.
5. Kumbhani DJ, Steg PG, Cannon CP et al. Statin therapy and long-term adverse limb outcomes in patients with peripheral artery disease: insights from the REACH registry. *Eur Heart J* 2014; 35(41): 2864-2872. doi: 10.1093/eurheartj/ehu080.

6. Sabatine MS, Giugliano RP, Keech AC et al. Evolocumab and clinical outcomes in patients with cardiovascular disease. *N Engl J Med* 2017; 376(18): 1713-1722. doi: 10.1056/NEJMoa1615664.
7. Goldberg AC, Lawrence A, Stroes ESG et al. Effect of Bempedoic Acid vs Placebo Added to Maximally Tolerated Statins on Low-Density Lipoprotein Cholesterol in Patients at High Risk for Cardiovascular Disease. The CLEAR Wisdom Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2019;322(18):1780-1788. doi:10.1001/jama.2019.16585.
<https://www.wallstreet-online.de/nachricht/11899244-bempedosaeure-ldl-cholesterin-signifikant-ergaenzung-statintherapie-veroeffentlichung-ergebnisse-clear-wisdom-studie-journal-of-the-american-medical-association/all>
8. Anand SS, Bosch J, Eikelboom JW et al. Rivaroxaban with or without aspirin in patients with stable peripheral or carotid artery disease: an international, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2018; 391(10117): 219-29. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32458-3.
9. Subherwal S, Patel MR, Kober L et al. Missed opportunities: despite improvement in use of cardioprotective medications among patients with lower-extremity peripheral artery disease, underuse remains. *Circulation* 2012; 126: 1345–1354. doi: 10.1161/circulationaha.112.108787.
10. Kröger K, Berg C, Santosa F et al. Lower limb amputation in Germany: An analysis of Data From the German Federal Statistical Office Between 2005 and 2014. *Dtsch Arztebl Int* 2017; 114: 130-6. doi: 10.3238/arztebl.2017.0130.
11. Spoden M. Amputationen der unteren Extremität in Deutschland – Regionale Analyse mit Krankenhausarbrechnungsdaten von 2011 bis 2015. Berlin. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 19/03; 2019. doi: 10.20364/VA-19.03.
12. White RH. The epidemiology of Venous Thromboembolism. *Circulation* 2003; 107 (23 Suppl1) 14-8. doi: 10.1161/01.CIR.0000078468.11849.66.
13. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. S3-Leitlinie Hormonelle Empfängnisverhütung. AWMF 015/015. Im Internet: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-015l_S3_Hormonelle_Empfaengnisverhuetung_2020-09.pdf.
14. Bode H, Heßling A. Jugendsexualität 2015. Die Perspektive der 14-bis 25-Jährigen. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativen Wiederholungsbefragung. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; 2015.
15. Oppelt PG, Fahlbusch Ch, Heusinger K et al. Verhütungssituation von Adolescentinnen in Deutschland. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2018; 78(10): 999-1007. doi: 10.1055/a-0684-9838.
16. Deutsche Gesellschaft für Angiologie, Gesellschaft für Gefäßmedizin e.V. S2-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Venenthrombose und der Lungenembolie. AWMF 065/002. Im Internet: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/065-002k_S2k_VTE_Venenthrombose-Lungenembolie_2017-04.pdf.
17. Ortel TL, Neumann I, Ageno W et al. American Society of Hematology 2020 Guidelines for Management of Venous Thromboembolism: Treatment of Deep Vein Thrombosis and Pulmonary Embolism. *Blood Adv* 2020; 4(19): 4693-4738. doi: 10.1182/bloodadvances.2020001830.
18. Ramcharitar RK, Man L, Sharma AM. Treatment of Malignancy Associated Venous Thromboembolism. *American College of Cardiology* 2020. Im Internet: <https://www.acc.org/latest-in-cardiology/articles/2020/05/05/08/31/treatment-of-malignancy-associated-venous-thromboembolism>.

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. Sebastian Schellong
Vorsitzender der DGIM 2020/2021 und Chefarzt der
II. Medizinischen Klinik am Städtischen Klinikum Dresden



Akademischer und beruflicher Werdegang

- | | |
|-----------------|--|
| 1977–1980 | Studium der Humanmedizin an der Westfälischen Wilhelms-Universität
Münster/Westfalen |
| 1980–1984 | Studium der Humanmedizin an der Medizinischen Hochschule Lübeck |
| 6/1984–9/1985 | Promotionsstipendiat des Ev. Studienwerkes Villigst, Studienaufenthalt in Wien |
| 10/1985–12/1986 | Zivildienstleistender Arzt im St. Katharinen-Hospital Frechen bei Köln, Innere
Medizin und Geriatrie |
| 1/1987–9/1987 | Wissenschaftlicher Assistent am Institut für Pathologie der Westfälischen
Wilhelms-Universität Münster (Prof. Grundmann) |
| 1/1988–3/1988 | Wissenschaftlicher Assistent am Institut für Theorie und Geschichte der Medizin
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster (Prof. Toellner) |
| 4/1988–5/1994 | Wissenschaftlicher Assistent in der Abteilung Angiologie der Medizinischen
Hochschule Hannover (Prof. Alexander) |
| 6/1994–3/1995 | Bereichsleiter Angiologie in der Klinik für Kardiologie, Angiologie und Pulmologie
der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg (Prof. Klein) |
| 4/1995–11/1997 | Bereichsleiter Angiologie in der Medizinischen Klinik II (Prof. Daniel) der
Universitätsklinik Carl Gustav Carus der Medizinischen Fakultät der Technischen
Universität Dresden |
| Seit 12/1997 | Bereichsleiter Angiologie in der Medizinischen Klinik III (Prof. Schröder) der
Universitätsklinik Carl Gustav Carus der Medizinischen Fakultät der Technischen
Universität Dresden |
| 5.2.2004 | Wahl zum Gründungsdirektor des Universitäts GefäßCentrums (UGC) der
Universitätsklinik Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden |
| Seit 1/2008 | Chefarzt der II. Medizinischen Klinik (Herz-Kreislauf-Klinik) des Städtischen
Krankenhauses Dresden-Friedrichstadt |

- Seit 10/2017 Leiter des Zentrums für Klinische Studien der GWT-TUD am Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt
-
- 10.7.1984 Approbation als Arzt
- 21.9.1987 Promotion zum „Dr. med.“ an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster mit dem Thema „Künstliche Beatmung in Anästhesiologie, Wiederbelebung und Intensivmedizin im deutschsprachigen Westeuropa 1945–1968“
- 2.12.1992 Gebietsbezeichnung Innere Medizin (Ärztchamber Niedersachsen)
- 15.3.1995 Schwerpunktbezeichnung Angiologie (Ärztchamber Sachsen-Anhalt)
- Seit 6/1996 Weiterbildungsermächtigung Angiologie (Sächsische Landesärztkammer)
- Seit 9/1996 Ausbildungsberechtigung Ultraschalldiagnostik, Anwendungsbereich Gefäßdiagnostik (Sächsische Landesärztkammer)
- 4.9.1997 Habilitation an der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden mit dem Thema „Messung des muskulären Blutflusses in der Wade bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit mit Hilfe der Positronen-Emissions-Tomographie“
- 4.11.1997 Ernennung zum Privatdozenten für Innere Medizin an der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden
- 1999–2014 Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Angiologie
- 1.12.2004 Berufung zum Universitätsprofessor auf den Lehrstuhl Innere Medizin / Angiologie an der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden
- Seit 2005 Leiter der Prüfungskommission Angiologie der Sächsischen Landesärztkammer
- 9/2006 Kongresspräsident der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Angiologie in Dresden
- 2007–2011 Mitglied des Vorstands der Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung
- 2008–2016 Mitglied der Weiterbildungsakademie der Sächsischen Landesärztkammer
- 4/2009 Erwerb der Schwerpunktbezeichnung Hämostaseologie
- 2018–2019 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Angiologie

Wissenschaftliche Schwerpunkte:

Ultraschalldiagnostik der tiefen Bein- und Beckenvenenthrombose

Therapie der venösen Thromboembolie

klinische Studien mit gerinnungshemmenden Wirkstoffen

Therapie und Verlauf des diabetischen Fußsyndroms

Pathophysiologie der arteriellen Verschlusskrankheit

entzündliche Gefäßerkrankungen

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Dr. h.c. Vera Regitz-Zagrosek
Internistin und Kardiologin, Seniorprofessorin
an der Charité – Universitätsmedizin Berlin



Werdegang

Die Kardiologin war Gründungsdirektorin des „Berlin Institute for Gender in Medicine“ (GiM) an der Charité Berlin. Sie erforscht molekulare, klinische und soziokulturelle Grundlagen von Geschlechterunterschieden bei Herzerkrankungen und ihre Bedeutung für die Therapie. Sie leitet(e) zahlreiche nationale und internationale Forschungsprojekte, unter anderem eine DFG-Forschergruppe und ein DFG-Graduiertenkolleg zu geschlechtsspezifischen molekularen Mechanismen der Herzinsuffizienz, mehrere EU-Projekte und war langjährige Sprecherin des Standortes Berlin im Deutschen Zentrum für Herz-Kreislauf-Forschung. Sie koordinierte 2012 und 2018 die Leitlinien zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der Schwangerschaft und ist derzeit Review-Koordinatorin der Leitlinie für Prävention der European Society of Cardiology.

Sie hat mehr als 200 wissenschaftliche Artikel, über 30 Buchkapitel sowie zwei europäische Standardwerke zur Gendermedizin und zur geschlechtsspezifischen Arzneimitteltherapie publiziert. Sie ist die Gründungspräsidentin der Deutschen und der Internationalen Gesellschaft für Geschlechtsspezifische Medizin, Ehrendoktorin der Medizinischen Universität Innsbruck, Gastprofessorin der Universität Utrecht und „Anna Fischer-Dückelmann“-Gastprofessorin der Universität Zürich. Seit 2019 ist sie als Seniorprofessorin an der Charité Berlin und als Professorin an der Universität Zürich tätig.

Im November 2018 wurde ihr für ihre Leistungen in der Gendermedizin das Bundesverdienstkreuz 1. Klasse der Bundesrepublik Deutschland verliehen.

Curriculum Vitae

Dr. med. Anahita Fathi
Universitätsklinik Eppendorf (UKE), Arbeitsgemeinschaft
Junge Internisten der DGIM



Beruflicher Werdegang

- Seit 2017 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)
1. Medizinische Klinik und Poliklinik – Gastroenterologie, Infektiologie
Ärztin und wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Sektion Infektiologie
- Seit 2020: Chief Resident der Internistischen Kliniken
- Seit 2021 Fachärztin für Innere Medizin
- 2014–2016 Universitätsklinikum Tübingen
Medizinische Klinik 1 – Gastroenterologie, Hepatologie und Infektionskrankheiten
Assistenzärztin und wissenschaftliche Mitarbeiterin

Akademische Ausbildung und wissenschaftliche Abschlüsse

- 2015 Promotion in Humanmedizin
Westfälische Wilhelms-Universität Münster
- 2007–2013 Studium der Humanmedizin
Münster, mit Aufenthalten in Dijon, Frankreich (ERASMUS), und Bangalore, Indien
(DAAD)

Wissenschaftlicher Werdegang

- Seit 2018 UKE und Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin, Hamburg
Clinician Scientist, Forschungsschwerpunkt: Impfstoffentwicklung gegen
neuauftretende Erreger
- 2010–2011 Ragon Institute of MGH, MIT and Harvard, Boston, MA, USA
Forschungsaufenthalt im Rahmen der Promotion

Stipendien, Auszeichnungen

- | | |
|------|--|
| 2017 | Deutsches Zentrum für Infektionsforschung: Clinical Leave Stipend
Forschungsförderungsstipendium |
| 2012 | Young Investigator Award
19 th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Seattle, WA, USA |
| 2010 | Innovative Medizinische Forschung (IMF), Stipendium, Medizinische Fakultät
Münster
Forschungsförderungsstipendium für die Durchführung einer medizinischen
Doktorarbeit |

Mitgliedschaft in Fachgesellschaften

- Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, AG Junge Internisten
- European Federation of Internal Medicine, deutsche Vertreterin bei den europäischen „Young Internists“
- Deutsche Gesellschaft für Infektiologie

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Viola Hach-Wunderle
Fachärztin für Innere Medizin, Fachärztin für Angiologie,
Phlebologie, Hämostaseologie, Krankenhaus Nordwest Frankfurt
am Main



Beruflicher Werdegang

1973–1979	Studium der Humanmedizin an den Universitäten Köln, Heidelberg und Freiburg
1980	Promotion zum Doktor der Medizin in Heidelberg bei Professor Dr. Doerr („Die Lithium-Kardiomyopathie“)
1980–1991	Klinische und wissenschaftliche Ausbildung an der Klinik für Innere Medizin des Johann Wolfgang Goethe-Universitätsklinikums Frankfurt/Main
1991	Habilitation für das Fach Innere Medizin in Frankfurt bei Frau Professor Dr. Scharrer („Hämostaseologisches Risikoprofil bei venöser Thrombose“)
1991–1999	Chefärztin der Abteilung Innere Medizin & Rehabilitation der William-Harvey-Klinik Bad Nauheim
Seit 1999	Leitung einer Praxis für Innere Medizin und Gefäßkrankheiten in Frankfurt-City
Seit 2003	parallel Sektionsleiterin des Fachbereichs „Angiologie“ des Gefäßzentrums am Krankenhaus Nordwest, Frankfurt

Qualifikationen / Auszeichnungen

1987	Fachgebietsbezeichnung „Innere Medizin“
1995	Zusatzbezeichnung „Phlebologie“
1995	Seminarleiterin der DEGUM für die Sonografie der peripheren und hirnversorgenden Gefäße
1996	Dr. Günther-Simon-Fortbildungspreis des Bundes Deutscher Internisten
1996	Schwerpunktbezeichnung „Angiologie“
1998	APL-Professur der Universität Frankfurt
2000	Kongresspräsidentin der 28. Jahrestagung der Dt. Gesellschaft für Angiologie in Frankfurt

Seit 2006	Seminarleiterin der DEGUM- <u>Stufe III</u> für extrakranielle hirnversorgende Gefäße, periphere Arterien und Venen sowie Arterien und Venen des Abdomens
2007	Zusatzbezeichnung „Hämostaseologie“
2009	Ernst-von-Bergmann-Medaille der Bundesärztekammer
2012	Ehrenmitgliedschaft der Dt. Gesellschaft für Phlebologie
2015	Auszeichnung der Praxis als ärztliche Ausbildungsstätte für medizinische Fachangestellte der Landesärztekammer Hessen
2017	Ehrenmitgliedschaft der Dt. Gesellschaft für Angiologie
2017	Auszeichnung als „besonders engagierte Referentin“ (von insgesamt 15) der Landesärztekammer Hessen

Ehrenamtliche Tätigkeiten

Seit 1992	Leitung der Sektion Innere Medizin – Angiologie in der Akademie für ärztliche Fortbildung der Landesärztekammer Hessen - angiologische Symposien bis 2015 - Lehre der „Angiologie“ im Repetitorium für Innere Medizin bis heute
Seit 1995	Mitglied der Gutachter- und Prüfungskommissionen „Angiologie“ und „Phlebologie“ der Landesärztekammer Hessen
Seit 1995	Leitung der Ultraschallkurse für periphere sowie für hirnversorgende Gefäße der Landesärztekammer Hessen und der DEGUM
Seit 1996	Leitung des Angiologischen Arbeitskreises (AAK) Rhein-Main
1996–2016	Vorstandsmitglied der Dt. Gesellschaft für Angiologie
1998–2019	Ausrichtung des Bürgerkongresses der Deutschen Gefäßliga
Seit 2000	Vorstandsmitglied der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen
Seit 2002	Koordinierung / Mitarbeit bei gefäßmedizinischen Leitlinien der AWMF (Themen: Venenthrombose, Thromboseprophylaxe, Empfängnisverhütung)
2005–2014	Koordinierung der deutschen Gefäßzentrumszertifizierung der Dt. Gesellschaft für Angiologie , gemeinsam mit der Dt. Gesellschaft für Gefäßchirurgie und der Dt. Röntgengesellschaft
Seit 2011	Leitung der ärztlichen Fortbildungsreihe „Al dente“ am Krankenhaus Nordwest
Seit 2011	Leitung des Frankfurter Gerinnungssymposiums auf dem Universitätscampus (gemeinsam mit Professor Lindhoff-Last und Professor Bauersachs)

- Seit 2016 Mitglied in der Programmkommission der **DGIM** als Vertreterin der DGA für die jährlichen Internistenkongresse in Wiesbaden
- 2021 Wissenschaftliches Beiratsmitglied der **Zeitschrift** „VASA“

Mitgliedschaft in folgenden Gesellschaften:

Dt. Gesellschaft für Innere Medizin, Dt. Gesellschaft für Angiologie, Dt. Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin, Dt. Gesellschaft für Phlebologie, International Society of Thrombosis and Haemostasis, Gesellschaft für Thrombose und Hämostaseforschung, Bund Deutscher Internisten, Gefäßliga

Wissenschaftliche Schwerpunkte:

- venöse Thrombose und Lungenembolie
- Varikose
- Thrombophilie
- blutgerinnungshemmende Medikamente

Aktuelle medizinische Tätigkeit:

- Beruflich als Internistin und Gefäßmedizinerin
- Lehrtätigkeit an der Uni Frankfurt
- Fortbildungen für Ärzte und für Laien
- Fachartikel / Buchbeiträge / DIOMED-Aufklärungsbögen

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Markus Lerch
Vorsitzender der DGIM 2021/2022 und Präsident des
128. Internistenkongresses, Ärztlicher Direktor und
Vorstandsvorsitzender des LMU Klinikums München



Werdegang

Markus Lerch wuchs im Rheinland auf und legte am humanistischen Kurfürst-Salentin-Gymnasium in Andernach sein Abitur ab. Er studierte zunächst Philosophie und Kunstgeschichte an der Albert-Ludwigs-Universität in Freiburg und ab 1977 dort auch Medizin. Mit einem schottischen Stipendium wechselte er für ein Jahr an die Universität Glasgow, unterstützt durch den DAAD für je ein Semester an die Universität Toronto und die University of Massachusetts. 1993 legte er das deutsche und das amerikanische medizinische Staatsexamen ab und promovierte bei Wolfgang Gerok in Freiburg, der ihn an der Medizinischen Klinik II anstellte. Es folgte eine Assistenzarztzeit in der Freiburger Pathologie und, bis 1989, die internistische Weiterbildung an der RWTH Aachen. Mit einem DFG-Stipendium ging Markus Lerch dann bis 1992 als Postdoc an die Harvard-Universität (Beth Israel Hospital), unterbrochen durch einen Forschungsaufenthalt in der Zellbiologie der Universität Mailand. Er habilitierte sich 1994 mit experimentellen Arbeiten zur Pankreatitis an der Universität Ulm und wurde Oberarzt an der Klinik für Innere Medizin I, bis er von 1994 bis 1996 ans Max-Planck-Institut für Biochemie in Martinsried an die Abteilung Molekularbiologie von Axel Ullrich wechselte. Von einer Oberarztstelle mit Lehrauftrag für Innere Medizin und Pathophysiologie an der Universität des Saarlandes in Homburg/Saar wurde er 1997 auf eine C3-Professur an die Universität Münster berufen und 2003 auf eine C4-Professur an die Universität Greifswald. Dort war er Direktor der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin A und Prodekan für Forschung und klinische Belange der Universitätsmedizin. Am 7.12.2020 wurde er zum Ärztlichen Direktor und Vorstandsvorsitzenden des LMU-Klinikums in München ernannt.

Markus Lerch ist Facharzt für Innere Medizin, Gastroenterologie, Endokrinologie und Biochemie sowie Intensivmediziner. Er war von 2011 bis 2016 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) und 2017 deren Kongresspräsident. Von 2003 bis 2009 war er Associate Editor der Zeitschrift GUT und ist seit 2018 Mitglied im wissenschaftlichen Beirat des Deutschen Ärzteblattes. Von 2008 bis 2016 war er Fachkollegiat der DFG und von 2015 bis 2020 Mitglied der DFG-Prüfungsgruppe für klinische Studien. 2015 wurde er von Bundespräsident Joachim Gauck in den Wissenschaftsrat des Bundes und der Länder berufen. Sein klinischer und wissenschaftlicher Schwerpunkt sind die Erkrankungen des Pankreas.