

# Pressekonferenz

anlässlich des 129. Kongresses der DGIM vom 22. bis 25. April 2023 - Hybridkongress

**Termin:** Dienstag, 25. April 2023, 12.00 bis 13.00 Uhr

**Ort:** Hybrid (Pressekonferenzraum im RMCC (2.OG) und online über die Kongressplattform)

**Prävention: selten zu früh, oft zu spät... Aber wir können es besser machen!**

## Themen und Referierende:

### **Rückblick Kongress und Einführung zum Thema**

*Professor Dr. med. Ulf Müller-Ladner*

Vorsitzender der DGIM 2022/2023 und Präsident des 129. Internistenkongresses, Professur für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie, Justus-Liebig-Universität Gießen, Campus Kerckhoff

### **Es wäre so einfach und tut nicht mal weh! Warum nutzen so wenige Menschen die Darmkrebs-Früherkennung und wieso erkranken immer mehr junge Erwachsene?**

*Professor Dr. med. Ullrich Graeven*

Chefarzt der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Gastroenterologie, Kliniken Maria Hilf GmbH

### **Der Rat „Gesund essen und viel bewegen“ reicht nicht – wie kann Herz-Kreislauf-Erkrankungen wirksamer vorgebeugt werden?**

*PD Dr. Pascal Bauer*

Oberarzt, Leitung Angiologie, Leitung Sportkardiologie und kardiovaskuläre Prävention, Medizinische Klinik I, Universitätsklinikum Gießen

### **Zwei von fünf Krebsfällen ließen sich vermeiden – aber wo müssen wir ansetzen?**

*Barbara Kempf*

Ärztin für Hämatologie und Onkologie, Geschäftsführerin der Berliner Krebsgesellschaft

### **Ankündigung des Internistenkongresses 2024**

*Professor Dr. med. Andreas Neubauer*

2. Stellvertretender Vorsitzender der DGIM, Direktor der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Immunologie am Universitätsklinikum Marburg

**Moderation:** Pressestelle der DGIM, Stuttgart

## Ihr Kontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle

Tel.: 0711 8931-693/-442

E-Mail:

[pfeiffer@medizinkommunikation.org](mailto:pfeiffer@medizinkommunikation.org);

[wetzstein@medizinkommunikation.org](mailto:wetzstein@medizinkommunikation.org);

[schoeffmann@medizinkommunikation.org](mailto:schoeffmann@medizinkommunikation.org)

[www.dgim.de](http://www.dgim.de) | [www.facebook.com/DGIM.Fanpage/](https://www.facebook.com/DGIM.Fanpage/) | [www.twitter.com/dgimev](https://www.twitter.com/dgimev)

# Pressekonferenz

anlässlich des 129. Kongresses der DGIM vom 22. bis 25. April 2023 - Hybridkongress

**Termin:** Dienstag, 25. April 2023, 12.00 bis 13.00 Uhr

**Ort:** Hybrid (Pressekonferenzraum im RMCC (2.OG) und online über die Kongressplattform)

## Inhalt:

Pressemitteilungen

Expertenstatements der Referierenden

Ankündigung des 130. Kongress der DGIM 2024

Die Statements in dieser Pressemappe sind jeweils nach den Vorgaben der Referierenden gegendert.

Bei etwaigen Fragen zur DGIM, dem Wunsch, mit einem der Referenten oder einer der Referentinnen ein Interview zu führen oder ein Foto von ihnen per E-Mail zugeschickt zu bekommen, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Bitte schicken Sie Ihre Anfrage an [pfeiffer@medizinkommunikation.org](mailto:pfeiffer@medizinkommunikation.org)

## Ihr Kontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle

Juliane Pfeiffer

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: +49 711 8931-693

Fax: +49 711 8931-167

E-Mail: [pfeiffer@medizinkommunikation.org](mailto:pfeiffer@medizinkommunikation.org)

[www.kongress.dgim.de](http://www.kongress.dgim.de)

## Pressemitteilung

129. Kongress der DGIM vom 22. bis 25. April 2023 - Hybridkongress

Präventionspreis der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und der Deutschen Stiftung Innere Medizin (DSIM)

DGIM zeichnet Bremer Neuropädiaterin und Charité-Bioinformatik-Doktoranden mit dem Präventionspreis aus

Wiesbaden, 25. April 2023 – Wie lässt sich das individuelle Risiko von Patientinnen und Patienten, später an einer Volkskrankheit zu erkranken, präziser vorhersagen? Und: Welchen Einfluss hat die Wahl des Blutdrucksenkers auf das Epilepsierisiko von Bluthochdruckpatienten? Auf diesen beiden Fragestellungen fokussieren zwei herausragende Forschungsarbeiten aus 2022. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM) und die Deutsche Stiftung Innere Medizin (DSIM) haben in diesem Jahr ihren renommierten Präventionspreis geteilt und vergeben die Auszeichnung an Neuropädiaterin Dr. med. Corinna Doege und an den Charité-Bioinformatik-Doktoranden Thore Buerger.

Wenn es um die Risiken und Folgeschäden des arteriellen Bluthochdrucks geht, stehen meist Herzinfarkt und Schlaganfall im Fokus der präventiven Bemühungen. Vergleichsweise wenig beachtet wird dagegen das Risiko für epileptische Anfallsleiden bei Bluthochdruck-Betroffenen. „Das Risiko, eine Epilepsie zu entwickeln, ist bei dieser Patientengruppe mit rund 4 Prozent zwar deutlich geringer als ihr kardiovaskuläres Risiko – im Vergleich zur Normalbevölkerung ist es jedoch mindestens um den Faktor 2,5 erhöht“, erklärt Professor Dr. med. Stefan Frantz, der Vorsitzende der Deutschen Stiftung Innere Medizin (DSIM). „Zudem geht ein epileptisches Leiden mit einer großen persönlichen Belastung einher und kann auch die Lebenserwartung einschränken.“ Grundlage der Forschungsarbeit von Preisträgerin Dr. med. Corinna Doege, Fachärztin in der Abteilung für Neuropädiatrie an der Kinderklinik Bremen, waren tierexperimentelle Studien, die zeigten, dass die in der Bluthochdruck-Therapie häufig eingesetzten Angiotensin-1-Rezeptor-(AT1-)Antagonisten das Auftreten von Epilepsien verhindern konnten. Daraufhin prüfte Doege, ob diese Wirkstoffe auch bei Menschen das Epilepsierisiko senken. In ihre Kohortenstudie bezog die Medizinerin Daten von knapp 170 000 Hypertonie-Patientinnen und -Patienten ein, die zwischen 2010 und 2020 im niedergelassenen Bereich behandelt worden waren. Sie alle wurden mit Blutdrucksenkern aus einer von vier Wirkstoffgruppen therapiert: Beta-Blocker, ACE-Hemmer, Calciumantagonisten oder AT1-Antagonisten. Hierbei zeigte sich, dass das Risiko für das Neuauftreten einer Epilepsie bei Bluthochdruckpatienten unter AT1-Antagonisten am niedrigsten, unter Beta-

Blockern am höchsten war. „Die Untersuchung weist darauf hin, dass Bluthochdruckpatienten, die ein erhöhtes Epilepsie-Risiko haben, von der Behandlung mit einem AT1-Antagonisten profitieren könnten – diese wichtigen Erkenntnisse machen Hoffnung, dass Bluthochdruck-Patienten durch die richtige Medikamentenwahl besser vor der Entwicklung einer Epilepsie geschützt werden könnten“, sagt Professor Dr. med. Georg Ertl, Generalsekretär der DGIM. Die Ergebnisse müssen noch in prospektiven Studien bestätigt werden. Die prämierte Arbeit, deren Erstautorin Dr. med. Corinna Doege ist, wurde 2022 in JAMA Neurology publiziert.

Forschergeist, große Mengen von Patientendaten, Künstliche Intelligenz – das sind die wichtigsten Grundlagen für die zweite herausragende Arbeit, die in diesem Jahr mit dem Präventionspreis ausgezeichnet wird. Mit dem Ziel, das individuelle Risiko für verschiedene Volkskrankheiten präziser vorherzusagen, analysierte Preisträger Thore Buerger, Doktorand der Bioinformatik an der Charité Berlin, gemeinsam mit seinen Co-Autoren mehr als 100 000 Patientendaten aus einer großen britischen Biobank. Dabei konzentrierten sich die Forschenden auf sogenannte Metaboliten – Stoffwechselprodukte – im Blut der Probanden, die anhand von 168 Markersubstanzen analysiert wurden. Metaboliten stehen im Verdacht, bei der Entstehung einer Vielzahl unterschiedlicher Erkrankungen eine Rolle zu spielen. Mithilfe Künstlicher Intelligenz, die mit den individuellen Metaboliten-Profilen der Probanden sowie deren Krankheitsgeschichte gefüttert wurde, konnten die Forschenden ein Vorhersage-Modell entwickeln, welches sie mit Alter und Geschlecht kombinierten. „So gelang es, das individuelle Risiko für 24 häufige Krankheiten – von Stoffwechsel- und Gefäßerkrankungen bis hin zu Krebs – deutlich genauer abzuschätzen als mit bisher verfügbaren RisikoScores“, so Professor Frantz. „Ein tolles Ergebnis, das in Zukunft eine wichtige Rolle in der personalisierten Prävention spielen könnte.“ Das Modell wurde in 4 weiteren großen Bevölkerungsstudien aus den Niederlanden und Großbritannien erfolgreich validiert. „Diese Arbeit wirft deshalb auch ein Schlaglicht auf die für die medizinische Forschung so enorme Bedeutung der Verfügbarkeit umfassender Patientendaten, welche in Deutschland leider immer noch unzureichend ist“, ergänzt Professor Ertl. Die prämierte Arbeit, deren Erstautor Thore Buerger ist, wurde 2022 in Nature Medicine publiziert.

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) verleiht den Präventionspreis gemeinsam mit der Deutschen Stiftung Innere Medizin (DSIM) im Rahmen des 129. Internistenkongresses, der Ende April in Wiesbaden stattfindet. Ausgezeichnet wird die beste aus dem deutschsprachigen Raum stammende Arbeit auf dem Gebiet der Primär- oder Sekundärprävention innerer Erkrankungen. Der Preis ist mit 10 000 Euro dotiert und wird in diesem Jahr zu gleichen Teilen auf die beiden Preisträger aufgeteilt.

**Ausgezeichnete Arbeiten:**

**1) Association Between Angiotensin Receptor Blocker Therapy and Incidence of Epilepsy in Patients with Hypertension**

Doerge, C. et al., JAMA Neurol. doi:10.1001/jamaneurol.2022.3413, Published online October 17, 2022.

<https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/article-abstract/2797021>

**2) Metabolomic profiles predict individual multidisease outcomes**

Buergel, T. et al., Nat Med. 2022 Nov;28(11):2309-2320.

doi: 10.1038/s41591-022-01980-3. Epub 2022 Sep 22.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9671812/>

*Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.*

**Pressekontakt für Rückfragen:**

DGIM Pressestelle

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: +49 711 8931-693/-457

[pfeiffer@medizinkommunikation.org](mailto:pfeiffer@medizinkommunikation.org)

## Pressemitteilung

129. Kongress der DGIM - 22. bis 25. April 2023

Theodor-Frerichs-Preis der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)

**Eine räumlich-zeitliche „Landkarte“ des Herzinfarkts: Höchste DGIM-Auszeichnung geht an Aachener Forscher**

Wiesbaden, 25. April 2023 – Er ist nach wie vor einer der häufigsten Killer: Der Herzinfarkt. Trotz deutlicher Fortschritte in der Akut-Behandlung leiden viele Betroffene nach wie vor an Langzeitfolgen wie Herzschwäche und einem erhöhten Risiko für Herzversagen. Diese ergeben sich aus Umbauprozessen des Herzgewebes in Folge des Infarkts. Einem Team um den Aachener Mediziner PD Dr. med. Christoph Kuppe ist es nun gelungen, die molekularen Umbauprozesse im Herzen in einer räumlich-zeitlichen „Landkarte“ des Herzinfarkts abzubilden. Diese zeigt in höchster Auflösung, welche Veränderungen der Infarkt über seine unterschiedlichen Stadien in allen Regionen des Herzens auslöst. So trägt die „Karte“ dazu bei, die Krankheitsprozesse beim Herzinfarkt besser zu verstehen und liefert damit eine wichtige Grundlage für die Erforschung neuer Therapien. Für seine Arbeit erhält PD Dr. med. Christoph Kuppe von der RWTH Aachen den Theodor-Frerichs-Preis 2023 der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM). Der hoch angesehene Preis ist mit 30.000 Euro dotiert.

Ein Herzinfarkt verursacht in verschiedenen Bereich des Herzens Schäden: Er erzeugt einen „Zentralbereich“, in dem Zellen absterben, umgeben von einer „Randzone“ mit Verletzungen und Entzündungsprozessen der Zellen, und schließlich ein Bereich mit nahezu ungeschädigtem Herzgewebe. Um die Vorgänge in den verschiedenen Zonen des Herzens zu unterschiedlichen Zeitpunkten während und nach dem Infarkt besser zu verstehen, untersuchten Kuppe und sein Team 31 Gewebeproben von 23 Spenderinnen und Spendern, die zwischen Tag 2 und Tag 166 nach dem Infarkt aus verschiedenen Zonen des Herzmuskels entnommen wurden. Als Vergleich dienten Proben ungeschädigter Herzen.

Das Herzgewebe unterzogen die Forschenden einer detaillierten Einzelzell-Analyse, in der sie die Zellen auf ihre genomweite Genexpression und Genregulation hin untersuchten. Dabei wurde die Genregulation auf Einzelzellebene mit ihren unterschiedlichen Regulationsmechanismen durch Transkriptionsfaktoren gleichzeitig erfasst. Erstmals setzten die Forschenden eine Methode ein, die eine räumliche Auflösung der Genexpressionsveränderungen des Herzgewebes erlaubt, die sogenannte „Spatial Transcriptomics“. In der Arbeit nutzen die Forschenden eine integrative Datenanalyse von

humanen Herzzellen über alle Datenebenen. So konnten sie genregulatorische Netzwerke mit räumlichen Gewebekoordinaten aus den Daten generieren. Die daraus entstehenden Analysen ermöglichen die Identifikation von wichtigen Regulatoren der Genexpression und Zelldifferenzierung, und gewähren so einen tiefen Blick in die Charakteristika und Vorgänge einzelner Zellen in gesundem und krankem Zustand.

„Die Daten von Christoph Kuppe und seinem Team geben Aufschluss über die molekularen Grundlagen der Organisation des menschlichen Herzmuskels nach einem Infarkt“, sagt Professor Dr. med. Georg Ertl, Generalsekretär der DGIM. „Mit dieser Studie haben die Forschenden eine wichtige Referenz für das Fachgebiet vorgelegt. Denn die von ihnen erstellte hochaufgelöste, räumlich-zeitliche Karte verschiedener Zelltypen, deren krankheitsspezifischer Zustände und charakteristisch ablaufender molekularen Prozesse bietet große Chance für die Erforschung neuer Therapien zur Linderung der Langzeitfolgen nach einem Myokardinfarkt“, so Ertl.

Der Theodor-Frerichs-Preis der DGIM 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, klinisch-experimentelle Arbeit auf dem Gebiet der Inneren Medizin im deutschsprachigen Raum. Die Fachgesellschaft verleiht die Auszeichnung jährlich im Rahmen der Festlichen Abendveranstaltung ihrer Jahrestagung.

**Ausgezeichnete Arbeit:**

Kuppe, C., Ramirez Flores, R.O., Li, Z. *et al.* Spatial multi-omic map of human myocardial infarction. *Nature* 608, 766–777 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41586-022-05060-x>  
<https://www.nature.com/articles/s41586-022-05060-x>

*Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.*

**Ihr Kontakt für Rückfragen:**

DGIM Pressestelle

Juliane Pfeiffer

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: +49 711 8931-457/-693

Fax: +49 711 8931-167

E-Mail: [pfeiffer@medizinkommunikation.org](mailto:pfeiffer@medizinkommunikation.org); [schoeffmann@medizinkommunikation.org](mailto:schoeffmann@medizinkommunikation.org)

[www.kongress.dgim.de](http://www.kongress.dgim.de) | [www.facebook.com/DGIM.Fanpage/](https://www.facebook.com/DGIM.Fanpage/) | [www.twitter.com/dgimev](https://www.twitter.com/dgimev)

## REFERENTENSTATEMENT

### **Es wäre so einfach und tut nicht mal weh! Warum nutzen so wenige Menschen die Darmkrebs-Früherkennung und wieso erkranken immer mehr junge Erwachsene?**

Prof. Dr. med. Ullrich Graeven, Chefarzt der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Gastroenterologie, Kliniken Maria Hilf GmbH

Darmkrebs gehört nach wie vor zu den häufigsten Tumorerkrankungen der Frauen und Männer in Deutschland und liegt bei den Frauen bei der Erkrankungshäufigkeit an Platz zwei, bei den Männern an dritter Stelle mit jährlich 26 000 beziehungsweise 34 000 Neuerkrankungen. Bei den Sterbefällen zeigen die Daten des RKI für 2018, dass Darmkrebs bei Männern und Frauen mit 13 000 beziehungsweise 11 000 Todesfällen jährlich an dritter Stelle der tumorbedingten Todesfälle liegt. (1)

Im Oktober 2002 wurden Früherkennungsmaßnahmen für die Darmkrebsvorsorge in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen, aktuelle Untersuchungen zeigen, dass diese Früherkennungsmaßnahmen in den letzten Jahren zu einer deutlichen Senkung der Inzidenz der kolorektalen Karzinome geführt haben. So zeigt eine Untersuchung des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ), dass die altersstandardisierte Inzidenz der kolorektalen Karzinome bei Männern um 22,4 Prozent und bei Frauen um 25,5 Prozent zurückgegangen ist. Die Mortalität sank bei Männern um 35,8 Prozent und bei Frauen um 40,5 Prozent. Der Rückgang der Erkrankungshäufigkeit war in der Altersgruppe ab 55 Jahren am stärksten, genau in dem Alter, in dem die ursprüngliche Darmkrebsvorsorge auch beginnt. Seit 2019 wird die Darmkrebsvorsorge in novellierter Form jetzt allen gesetzlich Versicherten als Einladungsverfahren angeboten. (2)

Obwohl die Wirksamkeit der Darmkrebsprävention in vielen Studien nachgewiesen wurde, liegt die Inanspruchnahme nur bei knapp über 20 Prozent und auch wenn man die Darmspiegelungen, die nicht als Vorsorgeuntersuchung, sondern als diagnostische Untersuchung bei Beschwerden durchgeführt wurden, hinzunimmt, kommt man nach Zahlen der AOK nur auf ungefähr 46 Prozent der Männer und 54 Prozent der Frauen bis 65 Jahren, die in den letzten 10 Jahren eine Darmspiegelung erhalten haben. (3)

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt eine Untersuchung des Robert Koch-Instituts von 2017, bei der ebenfalls nur 57 Prozent der Frauen und 61 Prozent der Männer ab 65 Jahren angaben, dass bei ihnen in den letzten 10 Jahren eine Darmspiegelung durchgeführt wurde. Bei dieser Untersuchung wurde nicht unterschieden zwischen Vorsorgeuntersuchung oder diagnostischen Koloskopien. (4)



Die Ursachen für diese weiterhin unbefriedigende Inanspruchnahme dieses wirksamen Vorsorgeprogrammes sind vielfältig. Insgesamt kann aber gesagt werden, dass der Zugang zur Darmkrebsvorsorge für die Anspruchsberechtigten vereinfacht werden muss. Es gibt Beispiele aus dem europäischen Ausland, dass sich durch eine andere Organisation erhöhte Teilnahmeraten erzielen lassen. So nutzen beispielsweise in den Niederlanden fast 70 Prozent der Anspruchsberechtigten das Darmkrebsscreening.

Neben der Organisation des Einladungsverfahrens spielt auch die Information und Motivation der Anspruchsberechtigten eine große Rolle, hierbei haben die Hausärztinnen und Hausärzte eine wesentliche Rolle in der Motivation.

Erschwert wird die Optimierung der Vorsorgemaßnahmen auch durch den Umstand, dass es keine gute Datenlage zur Evaluation des organisierten Screenings und Einladungsmodells in Deutschland gibt. Nach Übergang der Zuständigkeit der Dokumentation vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Vereinigung (ZI) auf die Gesundheitsforen Leipzig fehlen weiterhin eine Zusammenführung der Daten und eine Evaluation des Einladungsverfahrens. (5)

Neben der unbefriedigenden Inanspruchnahme des Vorsorgeangebotes zeigt eine aktuelle Studie darüber hinaus, dass bei den Anspruchsberechtigten, die eine Darmspiegelung erhalten haben, es im Verlauf sowohl zu einer Überversorgung als auch Unterversorgung kommt. So sollte nach den aktuellen Leitlinien bei einer unauffälligen Darmspiegelung die nächste Darmspiegelung in 10 Jahren erfolgen. Dennoch kriegen ungefähr 40 Prozent der Personen mit unauffälliger Koloskopie vor Ablauf von 10 Jahren eine erneute Koloskopie, was einer Überversorgung entspricht. Während Personen, bei denen Polypen abgetragen wurden, das heißt die potenziellen Vorstufen eines Darmkrebses, für die in den Leitlinien eine Nachsorge nach ungefähr 3 Jahren vorgesehen ist, in 30 Prozent der Fälle entweder keine oder deutlich später eine erneute Koloskopie erhielten, hier also eine Unterversorgung vorliegt. (6)

Ein weiteres Phänomen, was in den westlichen Industrienationen in den letzten Jahren verstärkt beobachtet wird, ist eine Zunahme der Darmkrebsinzidenz bei jüngeren Patienten, early-onset kolorektale Karzinome (EO-CRC). Hierbei handelt es sich um kolorektale Karzinome, die vor dem 50. Lebensjahr auftreten. Aktuelle Studien zeigen, dass der Anteil dieser Patienten in den Vereinigten Staaten derzeit ungefähr 12 Prozent ausmacht und Daten aus Deutschland zeigen ebenfalls einen jährlichen Anstieg dieser früh auftretenden kolorektalen Karzinome um ungefähr 1,2 Prozent, mit einem geschätzten Anteil von 5 Prozent der Gesamtdickdarmkrebsfälle. Die Ursachen hierfür sind

höchstwahrscheinlich multifaktoriell und abschließend nicht geklärt. Es gibt aber eindeutige Belege, dass eine Zunahme der Adipositas ein Risikofaktor ist, und es wird ein Zusammenhang zwischen der frühzeitigen Exposition der bekannten Risikofaktoren für das kolorektale Karzinom und dem frühen Auftreten diskutiert. (7, 8)

*Es gilt das gesprochene Wort!*  
Wiesbaden, April 2023

#### **Literatur:**

1. Krebs in Deutschland für 2017/2018, Zentrum für Krebsregisterdaten, 13. Ausgabe
2. Cardoso R, Zhu A, Guo F, Heisser T, Hoffmeister M, Brenner H. Incidence and mortality of proximal and distal colorectal cancer in Germany – trends in the era of screening colonoscopy. *Dtsch Arztebl Int* 2021; 118:281-7
3. Tillmanns H, Schillinger G und Dräther H. Inanspruchnahme von Früherkennungsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung durch AOK-Versicherte im Erwachsenenalter von 2007 bis 2021, Berlin, Oktober 2022, Pressemitteilung des WidO vom 28.11.2022
4. Starker A, Buttman-Schweiger N, Kraywinkel K et al. *Journal of Health Monitoring* 2017; 2(4);81-87
5. Lynen-Jansen P, Kolligs F, Seufferlein T. Bei der Darmkrebsprävention ist noch Luft nach oben. *Dtsch Arztebl* 2022; 119(45):A-1959/B-1629
6. Schwarz S, Schäfer W, Horenkamp-Sonntag D, Liebentraut J, Haug U. Follow-up of 3 Million Persons Undergoing Colonoscopy in Germany: Utilization of Repeat Colonoscopies and Polypectomies Within 10 Years. *Clinical and Translational Gastroenterology* 2020; 12(1):e00279 (Open Access)
7. Sinicropo FA. Increasing Incidence of Early-Onset Colorectal Cancer. *N Engl J Med* 2022; 386(16):1547-1558
8. Tanaka LF, Hechenbichler Figueroa S, Popova V, Klug SJ, Buttman-Schweiger N. The rising incidence of early-onset colorectal cancer. *Dtsch Arztebl Int* 2023; 120:59-64

## REFERENTENSTATEMENT

### **Der Rat „Gesund essen und viel bewegen“ reicht nicht – wie kann Herz-Kreislauf-Erkrankungen wirksamer vorgebeugt werden?**

PD Dr. Pascal Bauer, Oberarzt, Leitung Angiologie, Leitung Sportkardiologie und kardiovaskuläre Prävention, Medizinische Klinik I, Universitätsklinikum Gießen

#### **Aktuelle Entwicklungen:**

- Jedes Jahr sind etwa vier von zehn Todesfällen in Deutschland auf verhaltensbedingte Risikofaktoren wie Rauchen, Ernährungsrisiken, Alkoholkonsum und geringe körperliche Aktivität zurückzuführen.
- Daraus resultierend sind Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen die führenden Todesursachen.
- Die COVID-19-Pandemie hat dazu geführt, dass es zu einer deutlichen Zunahme verhaltensbedingter Risikofaktoren in der Bevölkerung gekommen ist, wobei insbesondere Rauchen, Adipositas und körperliche Inaktivität zugenommen haben.
- Gleichzeitig besteht weiterhin eine geringe Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung.

#### **Gesetzliche Regelungen:**

- Unser Gesundheitssystem ist bisher vornehmlich ausgerichtet auf die Behandlung kranker Menschen, nicht auf die krankheitspräventive Betreuung der Gesunden.
- Die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen arbeiten oft nebeneinander, statt ihre Maßnahmen zu koordinieren.
- Um dies zu ändern, wurde 2015 in Deutschland mit dem Präventionsgesetz eine neue nationale Präventionsstrategie eingeführt.
- Es besteht die Überzeugung, dass Veränderungen der Rahmenbedingungen Auswirkungen auf das Verhalten haben werden.
- Lebensweltbezogene Prävention sowie Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung sind ein Beitrag zu größerer gesundheitlicher Chancengleichheit.
- Jene Bevölkerungsgruppen, die den höchsten Förderbedarf haben, lassen sich schwer mit Präventionsmaßnahmen erreichen.
- Damit Präventionsstrategien erfolgreich sind, müssen sie an den Lebensverhältnissen der Menschen ansetzen.
- Wissenschaftlich begründete und seriös evaluierte Maßnahmen, die den Menschen eine einfache Handlungskompetenz vermitteln, sind vonnöten.
- Dabei sind die Gestaltung gesundheitsförderlicher Bedingungen und der Aufbau von Gesundheitskompetenz besonders bedeutsam.

## Umsetzung präventiver Maßnahmen:

### a) Strukturelle Ansätze

- Die Verhältnisprävention ist meist von politischen Entscheidungen abhängig, welche direkt die Lebens- und Arbeitswirklichkeit der Menschen verändern (zum Beispiel Nichtraucherschutzgesetz, Arbeitssicherheitsmaßnahmen).
- Verhältnispräventive Maßnahmen können eine schnellere und kostengünstige Änderung des Gesundheitsverhaltens bewirken (zum Beispiel „Zuckersteuer“ in Großbritannien).
- Verhaltenspräventive Maßnahmen können sich eher verzögert auswirken und, sofern sie bereits im Kindesalter ansetzen, wie zum Beispiel mit einem Fach „Gesundheit“, sich langfristig und nachhaltig positiv auf die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung auswirken.
- Öffentliche Präventionsmaßnahmen in der Bevölkerung sind in allen Lebensphasen wichtig, vom Kindes- bis zum Rentenalter, und sollten auf sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen fokussieren.
- Ärzten wird in der präventiven Beratung eine hohe Glaubwürdigkeit zugesprochen.
- Hierzu muss die präventive Lebensstilberatung in der ärztlichen Praxis realistisch umsetzbar sein.
- Obwohl viele Todesfälle in Deutschland auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen sind, gibt es bis heute trotz Initiativen verschiedener Fachgesellschaften (zum Beispiel Deutsche Gesellschaft für Kardiologie) keine kardiovaskuläre Vorsorgeuntersuchung für die Bevölkerung.
- Verhältnispräventive Maßnahmen müssen den Menschen eine gesundheitsförderliche Handlung einfach und verständlich machen („make the healthier choice the easier choice“).
- Gerade im Bereich Ernährung wirken verhältnispräventive Maßnahmen oft abstrakt und gehen an den Bedürfnissen der Menschen vorbei (zum Beispiel Health-Claim-Verordnungen, Nutri-Score).

### b) Verhaltensänderungen

- Wissen allein führt aber nicht automatisch zu geändertem Verhalten.
- Lebensstiländerungen dauerhaft durchzuführen ist schwer und bedarf oftmals einer intensiven Begleitung und Unterstützung.
- Lebensstilmodifikationen tragen entscheidend zur Verringerung des kardiovaskulären Risikos, der kardiovaskulären Morbidität und Mortalität bei.
- Ärzte können starken Einfluss auf das Gesundheitsverhalten von Menschen nehmen und Verhaltensänderungen bewirken.

- Ärzte sind in der Verhaltensprävention von entscheidender Bedeutung und können in verschiedenen Lebenswelten vom Kindes- bis zum Rentenalter Anleitung zur Lebensstilmodifikation geben.
- Wollen allein reicht nicht aus, um Ziele zu erreichen. Gute Absichten in professionell umgesetzte Taten münden zu lassen, gestaltet sich in der Praxis nicht immer einfach.
- Wenn man will, dass Menschen mehr Eigenverantwortung für ihre Gesundheit übernehmen, muss man einerseits die Gesundheitskompetenz verbessern, andererseits die Informationen auf die unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen adjustiert übermitteln können.
- Die WHO hat deswegen aktuell die Arbeitsgruppe „Behavioural and Cultural Insights for Health“ eingerichtet, um zu erarbeiten, wie Informationen so ausgerichtet werden können, dass sie für das Alltagshandeln nützlich sind und verhaltenswirksam werden können.

#### **Individualisierte Präventionsmedizin:**

- Es gibt kein Medikament, das auch nur näherungsweise an die krankheitspräventiven Effekte von Bewegung und Ernährung herankommt.
- Um dieses enorme Potenzial der präventiven Lebensstilgestaltung zu heben, müssen wir die Vision der individualisierten Präventionsmedizin realisieren. Das heißt, die richtige Person der richtigen Intervention in der richtigen Dosis zuführen.
- Lebensstilmodifikationen sind in jeder Phase der Prävention wirksam und bedeutsam.
- Eine personalisierte Prävention als Präzisionsmedizin ist die Zukunft.
- In der ärztlichen Beratung ist es wichtig, individuell angepasste Konzepte zur Erreichung einer Verhaltensänderung zu konzipieren. Dabei sind die entsprechenden Leitlinienempfehlungen als langfristiges Ziel definiert.
- Um das langfristige Ziel zu erreichen, sollte stufenweise, angepasst an die Lebensrealität, vorgegangen werden. Bewährt hätten sich »S.M.A.R.T.E.«-Vorsätze. Diese Abkürzung steht für »spezifisch, messbar, aktionsorientiert, realistisch, terminiert und eigenständig erreichbar«. Aus der pauschalen Anforderung »Ich werde mich gesund ernähren!« wird so »Ich werde bis März nur noch zweimal die Woche Fleisch essen!«. Aus der pauschalen Anforderung »Ich werde mich mehr bewegen!« wird so »Ich werde bis Juni jeden Tag 3000 zusätzliche Schritte machen!«.
- Jeder Mensch ist einzigartig – auch seine Gesundheit. Daher erscheint auch in der Prävention das Prinzip der Individualisierung sinnvoller als das Prinzip Gießkanne.

- Für die Personalisierung der Medizin gibt es durch die technischen Neuerungen erhebliche Möglichkeiten, von denen gegenwärtig zwei unterschiedliche Möglichkeiten der Personalisierung diskutiert werden.
- Zum einen der Ansatz der „Big Data“ mit Sammlung erheblicher Mengen an persönlichen Daten und nachfolgender Analyse mithilfe von artificial intelligence, also KI. Der andere Ansatz ist eher auf das Individuum bezogen und setzt auf ein Trial-and-Error-Prinzip, bei dem der Laie anhand der repetitiven Messung von Biomarkern die Auswirkung seines Handelns auf diese eigenverantwortlich und autonom sichtbar machen kann.
- Wenn wir es in Zukunft schaffen, diese präventiven Verhaltensänderungen alltagstauglich und evidenzbasiert zu gestalten und die notwendigen unterstützenden Applikationen sicher und laientauglich anwendbar zu machen, demokratisieren wir den Zugang zur lebensstilbasierten Krankheitsprävention.

#### **Ausblick auf die Prävention der Zukunft:**

- interdisziplinäre Prävention mit Verzahnung der Verhältnis- und Verhaltensprävention sowie Integration aller umweltrelevanten Aspekte als Ziel
- Frühzeitiger Präventionsbeginn: Vorsorgen ist besser (und günstiger!) als therapieren!
- Gesundheitswissen legt die Grundlage für eine selbstbestimmte Gesundheit und lebenslange Prävention, muss aber auch in eine wirksame Handlungskompetenz münden. Die Verbesserung der Gesundheitskompetenz ist in jedem Alter sinnvoll!
- Kinder gehören zu den wichtigsten Zielgruppen für Maßnahmen der Prävention und frühen Gesundheitsförderung. Kompetenz von Anfang an. Daher sollte das Thema „Gesundheitskompetenz“ in einem Schulfach abgebildet werden. Die im Kindesalter erlernten Verhaltensweisen wirken sich langfristig natürlich auf die Krankheitslast im Erwachsenenalter aus.
- Präventive Verhaltensänderungsempfehlungen müssen evidenzbasiert und alltagstauglich sein. Validierte Biomarker werden in Zukunft durch neue Technologien (Wearables et cetera) laientauglich erfassbar und können so einen Beitrag zur lebensstilbasierten, präzisen, partizipativen und personalisierten Krankheitsprävention leisten.

## Literatur:

- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2021, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/33663583-de>
- Schaeffer D, Berens E-M, Gille S et al. (2021): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – vor und während der Corona-Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2. Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld. DOI: <https://doi.org/10.4119/unibi/2950305>
- Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 31, ausgegeben zu Bonn am 24. Juli 2015.
- [https://www.who.int/europe/health-topics/behavioural-insights#tab=tab\\_1](https://www.who.int/europe/health-topics/behavioural-insights#tab=tab_1)
- Schmucker J, Wienbergen H, Seide S et al. Smoking ban in public areas is associated with a reduced incidence of hospital admissions due to ST-elevation myocardial infarctions in non-smokers. Results from the Bremen STEMI Registry. Eur J Prev Cardiol 2014;21:1180–1186.
- Effertz T. Die volkswirtschaftlichen Kosten von Alkohol- und Tabakkonsum in Deutschland. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Hrsg. DHS Jahrbuch Sucht 2020. Lengerich: Pabst Science Publishers; 2020.
- Khanji MY, van Waardhuizen CN, Bicalho VVS et al. Lifestyle advice and interventions for cardiovascular risk reduction: A systematic review of guidelines. Int J Cardiol 2018;263:142–151. doi: 10.1016/j.ijcard.2018.02.094.
- Montero D, Lundby C. Refuting the myth of non-response to exercise training: ‘non-responders’ do respond to higher dose of training. J Physiol 2017;595(11):3377–3387. doi: 10.1113/JP273480.
- Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J 2021;42(34):3227–3337. doi: 10.1093/eurheartj/ehab484.
- Laukkanen JA, Kurl S, Salonen R, et al. The predictive value of cardiorespiratory fitness for cardiovascular events in men with various risk profiles: a prospective population-based cohort study. Eur Heart J 2004;25:1428–37.
- Fortuin-de Smidt M, Bergman F, Grönlund C et al. Early adulthood exercise capacity, but not muscle strength, associates with subclinical atherosclerosis 40 years later in Swedish men. Eur J Prev Cardiol 2023;30(5):407–415.
- Raitakari O, Pahkala K, Magnussen CG. Prevention of atherosclerosis from childhood. Nat Rev Cardiol 2022;19(8):543–554.
- Jacobs DR, Woo JG, Sinaiko AR et al. Childhood cardiovascular risk factors and adult cardiovascular events. N Engl J Med 2022;386(20):1877–1888.
- Maron DJ, Mancini GBJ, Hartigan PM et al. Healthy Behavior, Risk Factor Control, and Survival in the COURAGE Trial. J Am Coll Cardiol 2018;72(19):2297–2305.
- Jeong SW, Kim SH, Kang SH et al. Mortality reduction with physical activity in patients with and without cardiovascular disease. Eur Heart J 2019;40(43):3547–3555.
- Kotseva K, De Backer G, De Bacquer D et al. Lifestyle and impact on cardiovascular risk factor control in coronary patients across 27 countries: Results from the European Society of Cardiology ESC-EORP EUROASPIRE V registry. Eur J Prev Cardiol 2019;26(8):824–835.
- Davidson KW, Silverstein M, Cheung K et al. Experimental Designs to Optimize Treatments for Individuals: Personalized N-of-1 Trials. JAMA Pediatr. 2021;175(4):404–409. doi:10.1001/jamapediatrics.2020.5801.

## REFERENTENSTATEMENT

### Zwei von fünf Krebsfällen ließen sich vermeiden – aber wo müssen wir ansetzen?

Barbara Kempf, Ärztin für Hämatologie und Onkologie, Geschäftsführerin der Berliner Krebsgesellschaft

Hintergrund:

- aktuell circa 510 000 Krebsneuerkrankungen pro Jahr in Deutschland
- Anstieg um circa 20 Prozent auf 600 000 Neuerkrankungen für das Jahr 2030 prognostiziert
- demografischer Wandel = zusätzliche Herausforderung:
  - weniger Ärzt:innen
  - Zunahme an Patient:innen
  - wachsende Anzahl an Krebsbetroffenen

Präventionspotenzial:

- Circa 40 Prozent der derzeitigen onkologischen Neuerkrankungen wären in Deutschland (und weiteren Ländern mit hohem Einkommen) durch primärpräventive Maßnahmen vermeidbar

Krebsprävention in Deutschland:

- im Gesundheitssystem untergeordnete Rolle
- Krebsforschung widmet sich überwiegend der Therapie und nicht der Verhinderung oder Früherkennung von Krebserkrankungen
- Wissenschaft findet meist in akademischen Kliniken statt
- Prävention findet meist abseits davon statt: Haus- und Fachärzt:innen, Betriebsmediziner:innen, öffentlicher Gesundheitsdienst

Primärprävention:

Vermeidung einer exogen oder endogen verursachten Krebsentwicklung durch Einhalten aller Maßnahmen vor Krankheitsbeginn, zum Beispiel gesunde Ernährung, Bewegung, Impfungen

Problem:

- unzureichende strategische Ausrichtung, fehlende Zielgruppenspezifität
- lange Latenzzeit zwischen der Vorstufe und der Erstmanifestation einer Krebsdiagnose
  - transparente Kommunikation dieses Sachverhalts



Sekundärprävention:

Früherkennung von Erkrankungen mit erweiterten Möglichkeiten durch innovative Technologien, beispielsweise in den Bereichen Bildgebung, Molekularbiologie, Screening

Problem:

- zu geringe Reichweite, Verständnis für Screeningprogramme in der Bevölkerung zu gering  
→ unzureichende Nutzung der gesetzlichen Screeningprogramme

Tertiärprävention:

zum Beispiel Patient:innenschulung bei Krankheitsmanifestation, Nachsorge

Problem:

- wie bei Primär- und Sekundärprävention
- Entwicklung individualisierter Angebote für spezifische Zielgruppen stellt besondere Herausforderung dar

Diskussion / Ausblick:

- Weiterentwicklung / Umsetzung einer onkologischen Krebspräventionsstrategie hat hohes Potenzial, die Inzidenzen von Krebserkrankungen und die Mortalitätsrate deutlich zu senken
- Voraussetzung:  
systematische Weiterentwicklung der Präventionsforschung;  
Erstellung umfassender Präventionsprogramme/-kampagnen für die gesamte Bevölkerung;  
zielorientierte Programme für unterschiedliche Gesellschaftsgruppen;  
Einführung individualisierter Krebsprävention
- Nationales Krebspräventionszentrum  
DKFZ (Deutsches Krebsforschungszentrum) und DKH (Deutsche Krebshilfe)  
→ Piloteinrichtung (seit 2019), die unter Einbeziehung regionaler Partnerschaften evidenzbasiert flächendeckend die Krebsprävention in Deutschland ausbaut

**Literatur:**

- Stock C, Mons U, Brenner H (2018). Projection of cancer incidence rates and case numbers until 2030: a probabilistic approach applied to German cancer registry data (1999–2013). *Cancer Epidemiol.* 57:110-119.
- [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention\\_selbsthilfe\\_beratung/praevention\\_und\\_bgf/leitfaden\\_praevention/leitfaden\\_praevention.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp)
- [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention\\_selbsthilfe\\_beratung/praevention\\_und\\_bgf/leitfaden\\_praevention/leitfaden\\_praevention.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp) Robert Koch-Institut, Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (2019). Krebs in Deutschland 2015/2016.
- <https://doi.org/10.25646/5977>

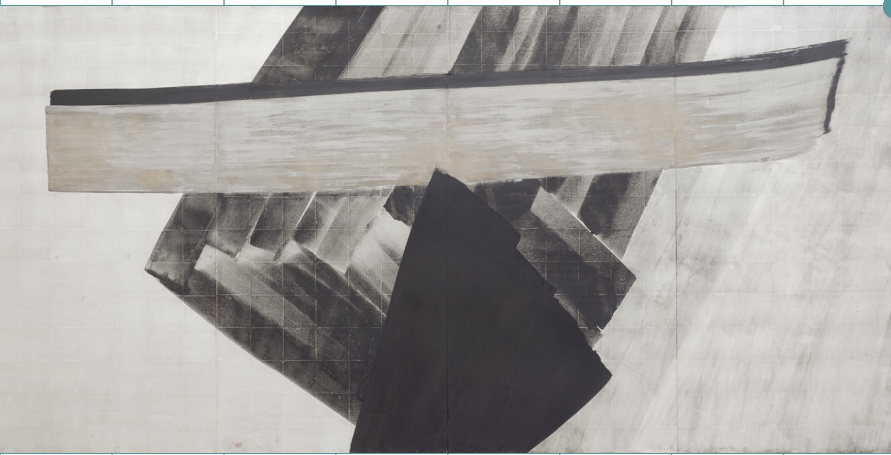
## Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)

Die DGIM vertritt die Interessen der gesamten Inneren Medizin. Die Fachgesellschaft besteht bereits seit 1882 und hat sich zur Aufgabe gemacht, die damit verbundene langjährige Erfahrung und Tradition mit den heutigen Ansprüchen an eine moderne Medizin zu verbinden. Aktuelle Themen der Wissenschaft und des Gesundheitswesens diskutieren Expertinnen und Experten der Fachgesellschaft daher regelmäßig in Kommissionen, Task Forces und Arbeitsgruppen. Zudem vertritt die Gesellschaft die Belange der Inneren Medizin als Wissenschaft gegenüber staatlichen und kommunalen Behörden und Organisationen der Selbstverwaltung.

Die DGIM vereint als größte medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft Europas sämtliche internistische Schwerpunkte: Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Geriatrie, Hämatonkologie, 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 Ärztinnen und Ärzten als auch Patientinnen und Patienten zugänglich zu machen, nimmt sie als ihren zentralen Auftrag wahr.

Die DGIM sieht sich dafür verantwortlich, jedem Internisten und jeder Internistin das dafür notwendige Wissen für die Ausübung ihres Berufs zu vermitteln und richtet sich damit auch explizit an niedergelassene Internistinnen und Internisten, ebenso wie an Ärztinnen und Ärzte in Aus- und Weiterbildung. Ein dementsprechend vielfältiges Angebot erwartet daher Mitglieder der DGIM. Für Studierende hat die Fachgesellschaft eigens einen kostenfreien Gastzugang eingerichtet.

Mehr über die Fachgesellschaft finden Interessierte hier: [www.dgim.de](http://www.dgim.de)



# PRÄZISIONS MEDIZIN

WÜNSCHE UND WIRKLICHKEITEN

**DG&M** Deutsche  
Gesellschaft für  
Innere Medizin

//130. Kongress der Deutschen  
Gesellschaft für Innere Medizin e.V.//

13.–16. April 2024

//RheinMain CongressCenter Wiesbaden//

## INHALT

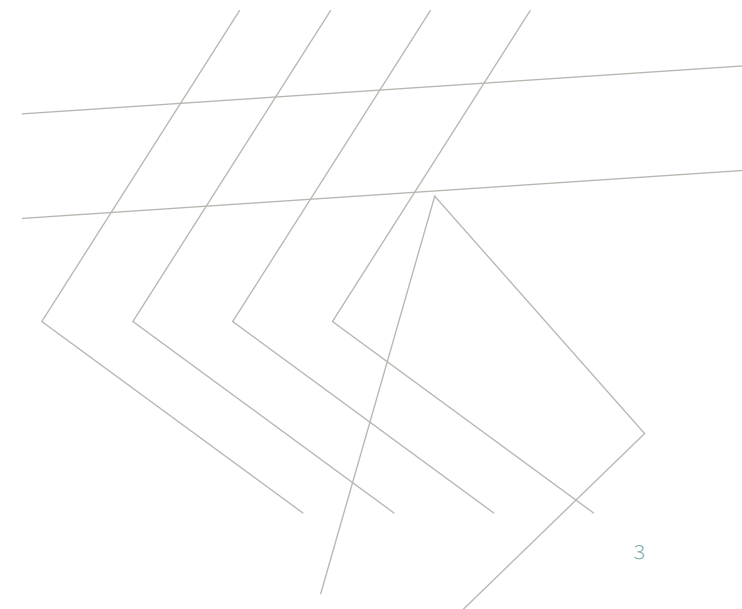
Grußwort . . . . .	4
Themen und Struktur . . . . .	6
Abstracts und Deadlines. . . . .	8
Allgemeine Informationen . . . . .	9
Organisation. . . . .	.10

## COPYRIGHT

Keyvisual: Tōkō Shinoda, Unseen Forms #15, 1964,  
Sammlung Reinhard Ernst, Wiesbaden  
© Courtesy the artist, Foto: Martin Url

## GENDER-HINWEIS DISCLAIMER

Das in dieser Broschüre verwendete generische Maskulinum bezieht sich immer zugleich auf alle Geschlechter und Geschlechtsidentitäten. Auf eine Mehrfachbezeichnung wird in der Regel zugunsten einer besseren Lesbarkeit und einer höheren Praktikabilität verzichtet. Diese verkürzte Sprachform hat lediglich redaktionelle Gründe und beinhaltet keinerlei Wertung.



## LIEBE KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN

Der 130. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) steht unter dem Motto: Präzisionsmedizin – Wünsche und Wirklichkeiten“.

Präzisionsmedizin, das ist etwas, was wir alle wollen. Auf jede Patientin, auf jeden Patienten so reagieren, antworten, sie oder ihn so therapieren, wie es die Erkrankung dieser Patientin oder dieses Patienten wirklich benötigt. Mit dem Wort „Präzisionsmedizin“ verbindet sich natürlich, dass wir einen **molekularen Trigger** haben, an dem wir die Therapie ausrichten. Ein Beispiel aus der Onkologie: Wenn Sie bei einem Patienten mit einer linksverschobenen neutrophilen Leukozytose das Vorliegen einer BCR::ABL-Gentranslokation nachweisen, liegt eine BCR::ABL-positive chronische myeloische Leukämie vor, die mit einem genau dafür entwickelten Tyrosinkinaseinhibitor behandelt wird, womit eine fast normale Lebenserwartung des Patienten für eine vormals immer tödliche Erkrankung erreicht wird. Es gibt viele weitere Beispiele aus der Inneren Medizin, vor allem aus der Hämatologie und Onkologie, die diesem Beispiel zu folgen scheinen. Daher haben sich an spezialisierten Kliniken molekulare Tumorboards gebildet, die für einige Krankheiten als Standard angesehen werden. Die molekular getriggerte medikamentöse Therapie hat also Einzug in therapeutische Entscheidungen unserer Patientinnen und Patienten gehalten, aber die Frage darf gestellt werden, ob diese Erkenntnisse über die bisher bekannten klinisch relevanten Daten hinaus gehen. Hat die Vervielfältigung molekularer Zielmoleküle bisher übliche randomisierte Therapiestudien obsolet werden lassen? Oft ist auch die Entscheidung für oder gegen Therapie durch internistische Komorbidität gekennzeichnet. **Es geht also um die Frage, was ist wirklich dran an der Präzisionsmedizin, ist es mehr Wunsch oder bereits Wirklichkeit? Das wollen wir 2024 miteinander diskutieren.**

Wir haben auch andere, ebenso wichtige Themen. Krisen begleiten die Medizin; **Fachkräftemangel, Long-COVID**, allem voran steht aber die Diskussion, wie die **Klimaänderung** unsere Patienten und deren Erkrankungen, und somit auch uns, herausfor-

dert; möglicherweise sehen wir auch Krankheitsänderungen, die auf Klimaänderung direkt zurückgeführt werden können. So wurde kürzlich gezeigt, dass onkogene Mutationen in dem Gen, welches für den epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor (EGFR) kodiert, auch in normalem Lungenepithel vorkommen können, und dass in der Atemluft vorhandener Feinstaub eine Interleukin-1 $\beta$  vermittelte Proliferation dieser „Vorläufertumor“-Zellen begünstigt.

Auch wollen wir uns mit **Fehlern in der Inneren Medizin** auseinandersetzen; hierbei können wir von anderen Organisationen lernen. Das Bemühen um die Vermeidung von Fehlern schließt eine positive Fehlerkultur in unseren Organisationsstrukturen ein. Und schließlich wollen wir alle, dass die Innere Medizin in der Zukunft noch besser, spezifischer, genauer, ja eben präziser, wird. Das hat etwas mit **Forschung in der Inneren Medizin** zu tun. Auch hier geht es um Strukturveränderungen wie z.B. durch sogenannte „Clinician Scientist“ Stellen.

Dies alles sind Themen, die hoffentlich auf eine breite Resonanz stoßen. Ich freue mich auf den DGIM Kongress 2024 mit Ihnen!



Andreas Neubauer

**Prof. Dr. Andreas Neubauer**

Vorsitzender der DGIM 2023/2024 und  
Präsident des 130. Kongresses

# PRÄZISIONSMEDIZIN – WÜNSCHE UND WIRKLICHKEITEN

## SCHWERPUNKTTHEMEN

- Krisen der Inneren Medizin:
  - Krise in der Pflege ist Krise in der Medizin
  - Klima
  - Krieg
- Fehler in der Inneren Medizin
- Forschen in der Inneren Medizin
- Allokationsgerechtigkeit

## HIGHLIGHTS – WAS IST NEU FÜR DIE PRAXIS?

Aktuelle Studienergebnisse und Leitlinien mit direktem Einfluss auf den klinischen Alltag aus den verschiedenen Schwerpunkten und Zusatzgebieten der Inneren Medizin werden vorgestellt.

## PRO & CONTRA-SYMPOSIEN

Symposien zu kontrovers diskutierten Themen – jeweils mit zwei Referenten, welche die Pro- bzw. Contra-Position vertreten.

## TUTORIUM/EXPERTENFORUM

In einem Tutorium werden aktuelle Themen praxisorientiert behandelt (interaktiv, ein bis zwei Referenten).

## INTERDISZIPLINÄRES KLINISCHES SYMPOSIUM

Das Symposium widmet sich einem übergeordneten Schwerpunktthema, welches interdisziplinär bzw. interprofessionell aus Sicht des jeweiligen Fachbereiches bzw. der jeweiligen Berufsgruppe beleuchtet werden soll.

## KLINISCHE SYMPOSIEN

State-of-the-Art-Vorträge. Ein Symposium kann sich ausschließlich einem Schwerpunktthema widmen oder auch in einem Querschnitt mehreren Themen eines übergeordneten, z. B. interdisziplinären Problems.

## YOUNG INVESTIGATOR AWARD

Wettbewerb junger Wissenschaftler unter 35 Jahre, um den besten Vortrag aus den Abstractkategorien.

## HÄMATOLOGIE/ONKOLOGIE FÜR DEN GENERALISTEN

Hämatologische/Onkologische Themen werden praxisnah behandelt.

## INTERAKTIVE FALLDISKUSSIONEN

Es werden differentialdiagnostisch interessante Fälle vorgestellt. Das Publikum wird interaktiv mit Unterstützung des TED-Systems einbezogen.

## HAUPTSITZUNGEN

Im Fokus dieses im Programm deutlich hervorgehobenen Sitzungstyps stehen die jeweiligen Schwerpunktthemen des Kongresses, welche von ausgewiesenen Rednern beleuchtet werden.

## REFRESHER INNERE MEDIZIN

Refresher-Symposien behandeln den neusten Wissensstand zu wesentlichen Themen internistischer Schwerpunkte und dienen gleichzeitig als Repetitorium.

## UPDATE

Aktuelle Studienergebnisse und Leitlinien mit direktem Einfluss auf den klinischen Alltag aus den verschiedenen Schwerpunkten und Zusatzgebieten der Inneren Medizin.

## FORUM JUNGE DGIM

Zielpublikum des Forum JUNGE DGIM sind Medizinstudierende und Assistenzärzte und junge Ärzte in der Weiterbildung. Neben einer praxisnahen Darstellung von Themen aus dem klinischen Alltag werden Weiterbildungsmöglichkeiten vorgestellt, wissenschaftliche Grundlagen vermittelt und Themenbereiche wie die Vereinbarkeit von Familie und Beruf bzw. Resilienz aufgegriffen.

## ABSTRACTEINREICHUNG

Die Abstracteinreichung ist **ab 15.09.2023** elektronisch **über [www.kongress.dgim.de](http://www.kongress.dgim.de)** möglich. Aus den Abstracteinreichungen werden die Vortragenden für den Young Investigator Award (Autoren unter 35 Jahren) ermittelt.

Die angenommenen Abstracts werden als Supplement der Fachzeitschrift **Die Innere Medizin** zitierfähig **publiziert**.

### ABSTRACT- EINREICHUNG DEADLINE

15.12.2023\*

## KATEGORIEN

- Systemische Manifestationen von Organerkrankungen
- Angiologie
- Endokrinologie und Diabetologie
- Ernährungsmedizin
- Gastroenterologie
- Geriatrie
- Hämatologie/Onkologie
- Infektiologie
- Intensivmedizin Kardiologie
- Nephrologie
- Pneumologie
- Psychosomatik
- Rheumatologie/ klinische Immunologie
- Hausärztliche Innere Medizin
- Medizin-Apps
- Basiswissenschaftliche Innovationen

## DEADLINES FORSCHUNGSPREISE

Theodor-Frerichs-Preis	15.10.2023*
Präventionspreis Innere Medizin	15.11.2023*
Paul-Martini-Preis	30.11.2023*
Posterpreise	15.12.2023*
Young Investigator Award	15.12.2023*

\*Änderungen vorbehalten

## Allgemeine Informationen

## ANMELDUNG

### Kongressanmeldung

Eine ermäßigte Teilnehmergebühr erhalten Sie bis **15.02.2024\***.

### DGIM-Fortbildungskurse

Begrenzte Teilnehmerzahl. Weitere Informationen zu Teilnehmergebühren sowie der Kongressanmeldung finden Sie **ab Dezember 2023** auf der Kongresswebseite **[www.kongress.dgim.de](http://www.kongress.dgim.de)**.

### Patiententag

Der Patiententag findet am **13.04.2024** von 09:30 bis 16:00 Uhr im Rathaus Wiesbaden statt.

## ANREISE

### Bahn Spezial

Wir bieten Ihnen in 2024 die Möglichkeit zu besonders günstigen Konditionen nach Wiesbaden und zurück reisen zu können. Preise und Buchungsmöglichkeiten finden Sie ab Dezember 2023 online unter **[www.kongress.dgim.de](http://www.kongress.dgim.de)**

### Folgen Sie uns.

## SOCIAL MEDIA



@dgimev#DGIM



@DGIM.Fanpage



@DGIM EV

## CME- ZERTIFIZIERUNG

Der Kongress wird bei der Landesärztekammer Hessen zur Zertifizierung eingereicht.



# WISSENSCHAFTLICHE ORGANISATION

## VORSITZENDER DER DGIM 2023/24 & PRÄSIDENT DES 130. KONGRESSES

Prof. Dr. Andreas Neubauer

Philipps-Universität Marburg und  
Universitätsklinikum Gießen und Marburg

Zentrum Innere Medizin  
Klinik für Hämatologie, Onkologie, Immunologie  
Marburg

## DGIM – KONGRESS-TEAM

Prof. Dr. Andreas Buchert  
Dr. Georgios Chatzis  
Prof. Dr. Ulrike Denzer  
Prof. Dr. Ivica Grigic  
Dr. Angeliqne Holland  
Dr. Christoph Mann  
Dr. Janina Trauth  
Dr. Christian Volberg

## KONGRESS-SEKRETARIAT

Ulrike Gerk  
Stephanie Knöß  
dgim2024@med.uni-marburg.de



## DGIM-GESCHÄFTSSTELLE

Irenenstraße 1 · 65189 Wiesbaden  
Telefon: +49 611 2058040-0  
Telefax: +49 611 2058040-46  
info@dgim.de · www.dgim.de

### Geschäftsführung

RA Maximilian Broglie

### Stellvertretende Geschäftsführerin

Dipl.-Kffr. Ourania Menelaou

### Kongress-Sekretärin (DGIM)

Vjollca Kolari

### Verantwortlich für Fortbildungskurse & Patiententag

Bettina Mahl  
Stefanie Schiele  
Dr. Norbert Schütz



## DGIM-PRESSESTELLE

Postfach 30 11 20 · 70451 Stuttgart  
Janina Wetzstein  
Anne-Katrin Döbler  
Juliane Pfeiffer

Telefon: +49 711 8931-693 /-457  
Telefax: +49 711 8931-167  
pfeiffer@medizinkommunikation.org



## VERANSTALTER & KONGRESS-AGENTUR

m:con – mannheim:congress GmbH  
Rosengartenplatz 2 · 68161 Mannheim  
www.mcon-mannheim.de

### Projektleitung

Thilo Hübner  
Telefon: +49 621 4106-379  
thilo.huebner@mcon-mannheim.de

Alexander Feuerstein  
Telefon: +49 621 4106-291  
alexander.feuerstein@mcon-mannheim.de

## TRANSPARENZ-VORGABE

Die Tagung ist industriefinanziert. Wir informieren ab Januar 2024 unter [www.kongress.dgim.de/industrie/transparenzvorgabe/](http://www.kongress.dgim.de/industrie/transparenzvorgabe/) über die finanzielle Unterstützung der Industrie gemäß deren Mitgliedschaft im FSA e.V. (Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e.V.), im AKG e.V. (Arzneimittel und Kooperation im Gesundheitswesen) oder weil die Unternehmen die Veröffentlichung genehmigt haben.



**130. Kongress der  
Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.**

**13.04. - 16.04.2024**

**RheinMain CongressCenter  
Wiesbaden**

