

Eröffnungs-Pressekonferenz

anlässlich des 128. Kongresses der DGIM vom 30. April bis 3. Mai 2022 - Hybridkongress

Termin: Samstag, 30. April 2022, 12.00 bis 13.00 Uhr

Ort: online unter <https://attendee.gotowebinar.com/register/771896067344923408>

Medizin am Lebensende – wo verlaufen ethische, wo individuelle Grenzen?

Themen und Referenten:

Wenn die moderne Medizin mehr kann, als der Patient will – wie können Wünsche Kranker und Sterbender möglichst gut umgesetzt werden?

Professor Dr. med. Markus M. Lerch

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

Multimorbide: Wenn mehrere Krankheiten Prognose und Lebensqualität bestimmen

Professor Dr. med. Georg Ertl

Generalsekretär der DGIM, Internist und Kardiologe aus Würzburg

Kostendeckend bis zum Lebensende? Warum das DRG-System eine menschenwürdige Palliativmedizin erschwert und was wir dagegen tun können

Professor Dr. med. Claudia Bausewein

Direktorin der Klinik für Palliativmedizin und Vorsitzende des Klinischen Ethikkomitees des LMU Klinikums München

Assistierter Suizid als ärztliche Aufgabe?

Alexandra Scherg

Ärztin in Weiterbildung Hämatologie / Onkologie, Evangelisches Krankenhaus Wesel

Überversorgung am Lebensende – Grenzfallentscheidungen in der Intensivmedizin

Professor Dr. med. Uwe Janssens

Chefarzt an der Klinik für Innere Medizin und Internistische Intensivmedizin am St.-Antonius-Hospital Eschweiler

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

Ihr Kontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle

Janina Wetzstein, Heike Schöffmann

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: +49 711 8931-457/-442

Fax: +49 711 8931-167

E-Mail: wetzstein@medizinkommunikation.org / schoeffmann@medizinkommunikation.org

Twittern Sie mit und unter **#dgim2022**

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

Eröffnungs-Pressekonferenz

anlässlich des 128. Kongresses der DGIM vom 30. April bis 3. Mai 2022 - Hybridkongress

Termin: Samstag, 30. April 2022, 12.00 bis 13.00 Uhr

Ort: online unter <https://attendee.gotowebinar.com/register/771896067344923408>

Medizin am Lebensende – wo verlaufen ethische, wo individuelle Grenzen?

Inhalt:

Pressemitteilungen

Expertenstatements der Referentinnen und Referenten

Informationen zum Künstler des diesjährigen Kongressbildes

Informationen zur Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)

Programme der Kongress-Pressekonferenzen

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 wetzstein@medizinkommunikation.org

Ihr Kontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle

Janina Wetzstein, Juliane Pfeiffer

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

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

Fax: +49 711 8931-167

E-Mail: wetzstein@medizinkommunikation.org / pfeiffer@medizinkommunikation.org

Twittern Sie mit und unter **#dgim2022**

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

Pressemitteilung

128. Kongress der DGIM vom 30. April bis 3. Mai 2022 - Hybridkongress

128. Kongress der DGIM: Internisten tagen unter dem Motto „Die Grenzen der Inneren Medizin“ Jahrestagung der DGIM findet als Hybrid-Kongress statt

Wiesbaden, 30. April 2022 – Nach einem pandemiebedingt abgesagten Kongress in 2020 und einem ausschließlich digital abgehaltenen Kongress in 2021 findet die Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) im Frühjahr wieder als Präsenzveranstaltung statt. Vom Tagungsort im Wiesbadener Rhein-Main-Congress-Center aus werden Vorträge auch auf der Kongressplattform gestreamt und stehen im Nachgang *on demand* zur Verfügung. Für dieses Hybrid-Format haben sich die Organisatoren nicht zuletzt aufgrund des überragenden Erfolgs des letztjährigen Online-Kongresses entschieden, bei dem eine Rekordzahl von über 9000 Teilnehmerinnen und Teilnehmern erreicht wurde. Die Jahrestagung findet vom 30. April bis 03. Mai 2022 statt.

„Die Grenzen der Inneren Medizin“ lautet das Leitthema des diesjährigen Kongresses, auf dem Kongresspräsident Professor Dr. med. Markus M. Lerch aus München den Begriff der „Grenze“ in all seinen Facetten auslotet. Denn die Innere Medizin ist nicht nur mit medizinischen Grenzen und den Grenzen ihres Fachgebietes konfrontiert. Auch ethische Grenzen, Grenzen am Lebensende, Kostengrenzen, Grenzen des technisch Möglichen und Sinnvollen spielen in der täglichen Routine eine Rolle. „Als Ärzte müssen wir uns immer auch fragen: Was bringt dem Patienten wirklich Lebensqualität zurück, und was entspricht letztlich dem Willen des Patienten?“, betont Lerch, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des LMU-Klinikums München. „Sind wir bereit, auf die Prioritäten und Lebensentwürfe unserer Patienten einzugehen, selbst dann, wenn sie unserem Selbstbild als Heilenden entgegenstehen?“

So wenig scharf die von den Betroffenen subjektiv empfundenen Grenzen zwischen Gesundheit und Beeinträchtigung, zwischen guter und schlechter Lebensqualität sind, so verhandelbar ist oft auch die medizinische Definition von Krankheit: Ab welchem messbaren

Grenzwert ist ein Befund pathologisch? Wo endet der Bereich des „Normalen“, und ist jede Abweichung davon automatisch auch behandlungsbedürftig? „Mit immer empfindlicheren Diagnosemethoden dringen wir in Bereiche vor, die prognostisch möglicherweise nicht mehr relevant sind“, sagt Lerch etwa mit Blick auf immer sensitivere Labormethoden. Auch Kosten setzen Grenzen und werfen die Frage auf, welcher Wert einem Zugewinn an Lebensqualität oder Lebenszeit zugemessen wird – etwa bei extrem teuren Implantaten im Bereich der Kardiologie oder bei neuartigen Krebsmedikamenten, die mit monatlichen Behandlungskosten von mehr als zehntausend Euro zu Buche schlagen.

Wo Grenzen sind, sind Grenzstreitigkeiten oft nicht fern. Ab welchem physiologischen Richtwert soll Behandlungsbedürftigkeit beginnen? Welche Erkrankung soll eher chirurgisch, welche endoskopisch behandelt werden? Und – insbesondere mit Blick auf eine voranschreitende Digitalisierung – wie weit darf das Recht auf Leben und Gesundheit dem Datenschutz geopfert werden und umgekehrt? „Kontroverse Themen wie diese möchten wir auf dem Kongress intensiv diskutieren, etwa in entsprechenden Pro- und Contra-Symposien“, so Lerch.

Die Schwerpunktthemen des Kongresses im Einzelnen sind:

- **Grenzen ärztlichen Handelns** – Was kann die Medizin, was kann die oder der Einzelne leisten? Welche Rolle spielen Überlastung und Resilienz heute?
- **Ethische Grenzen** – Welche medizinischen Maßnahmen können oder sollten gerade am Lebensende noch ergriffen werden? Was entspricht dem Patientenwillen, was wirkt sich tatsächlich auf die Lebensqualität aus?
- **Medizinische Grenzen** – Was ist medizinisch möglich und welchen Preis ist die Gesellschaft bereit, dafür zu zahlen?
- **Überwindung von Grenzen** – Der (medizinisch-)technische Fortschritt verschiebt die Grenzen des Machbaren immer weiter. Zu den Durchbrüchen der letzten Jahre zählen u.a. neue Herzklappen, mRNA- und Antikörper-basierte Therapeutika, aber auch der zunehmende Einsatz der Telemedizin.
- **Grenzen zwischen der Inneren Medizin und anderen Fachgebieten** – sind nicht in Stein gemeißelt: Sie sind fließend, unscharf, verschieben sich stetig und sollten für interdisziplinäre Kooperationen immer offen sein. Wie ist der Status quo?

- **Nicht überwundene Grenzen** – Wie kann die Umsetzung von wissenschaftlichen Erkenntnissen in die klinische Praxis – etwa bei der personalisierten Medizin - besser und schneller gelingen? Welchen Weg haben wir bei der Digitalisierung noch vor uns?

Auch über diese Schwerpunkte hinaus wird der Kongress in über 750 Vorträgen wie gewohnt die gesamte Bandbreite der Inneren Medizin abdecken. Das ausführliche Programm ist auf der Kongress-Website der DGIM unter <https://kongress.dgim.de> und vor dem Kongressstart in der DGIM App (kostenfrei erhältlich im Google Play Store und im App Store) einsehbar.

Bei Veröffentlichung, Beleg erbeten.

Terminhinweise:

Patiententag

Termin: 30. April 2022 von 09:30 bis 16:00 Uhr

Ort: Rathaus Wiesbaden und *online*

Infos unter: [Patiententag | DGIM](#)

Ihr Kontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle

Janina Wetzstein, Juliane Pfeiffer

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

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

Fax: +49 711 8931-167

E-Mail: wetzstein@medizinkommunikation.org / pfeiffer@medizinkommunikation.org

Twittern Sie mit und unter **#DGIMkongress**

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

Pressemitteilung

128. Kongress der DGIM vom 30. April bis 3. Mai 2022 - Hybridkongress

Patientenwillen, ungewollte Lebensverlängerung oder ärztlich assistierter Suizid Wenn die Medizin am Lebensende an ihre Grenzen stößt

Wiesbaden, 30. April 2022 – Intensivmedizin rettet Menschenleben, Palliativmedizin begleitet unheilbar Kranke. So gegensätzlich beide Disziplinen sind, verbindet sie doch der Kontakt zu Schwerstkranken und Menschen am Lebensende. Wo das DRG-System falsche Anreize setzt und der Patientenwunsch und Lebensqualität in den Mittelpunkt der medizinischen Behandlung gerückt werden muss, diskutieren Experten unterschiedlicher Fachbereiche auf der heutigen Eröffnungs-Pressekonferenz zum Start des 128. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM).

Wenn Heilung nicht mehr möglich ist, kommt der Linderung von Schmerzen, anderen belastenden Krankheitssymptomen und Ängsten eine wichtige Rolle zu. Die originäre Aufgabe der Palliativmedizin ist es daher, die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen zu ermitteln, auf sie einzugehen und ihre Lebensqualität bis zum Lebensende möglichst gut zu erhalten. „Dabei spielen körperliche Probleme ebenso eine Rolle wie seelische, soziale oder spirituelle Bedürfnisse“, sagt Frau Professor Dr. med. Claudia Bausewein, Direktorin der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin und Vorsitzende des Klinischen Ethikkomitees an der LMU Ludwig-Maximilians-Universität München und Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Im Fokus der Palliativmedizin stehe die komplexe Gesamtsituation des Patienten oder der Patientin, die von der Art der Grunderkrankung oft weitgehend unabhängig sei. Das DRG-Fallpauschalensystem belohnt aber Prozeduren und Interventionen und nicht Zuwendung, Empathie oder das Beenden von lebensverlängernden Maßnahmen.

Hinzu komme, dass die Palliativversorgung oft in Konkurrenz zu teuren Therapien und apparativen Untersuchungen steht. „Gerade bei fortgeschrittenen Erkrankungen hinterfragt die Palliativmedizin viele dieser Therapien und diagnostischen Maßnahmen kritisch“, sagt Bausewein. So sei es mit einem würdigen Lebensende und dem unter Umständen vorhandenen Patientenwunsch nicht vereinbar, Todgeweihte noch an die Dialyse anzuschließen, invasiv zu beatmen oder künstlich zu ernähren, und so nur das Sterben zu verlängern. Aktuell würden palliativmedizinische Leistungen im Fallpauschalensystem über

Zusatzentgelte abgerechnet, deren Höhe meist nicht kostendeckend für den Aufwand sind oder mit jedem Kostenträger einzeln verhandelt werden müssen.

Auch Intensivmediziner Professor Dr. med. Uwe Janssens, Chefarzt an der Klinik für Innere Medizin und Internistische Intensivmedizin am St.-Antonius-Hospital Eschweiler, kritisiert die Medizin am Lebensende, speziell die Überversorgung in der Intensivmedizin – also diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die nicht angemessen sind, da sie Lebensdauer oder Lebensqualität der Patienten nicht verbessern, mehr Schaden als Nutzen verursachen oder von den Patienten nicht gewollt werden. Daraus würden hohe Belastungen resultieren – für die Patienten, deren Familien, die Behandlungsteams und – aufgrund finanzieller Mehraufwände – auch für die Gesellschaft. Er fordert: „Der Patientenwille – inklusive der dafür hinterlegten Patientenverfügung – muss wieder mehr in den Mittelpunkt der Behandlung rücken“, sieht aber auch eine mitunter unnötige Beanspruchung von Ressourcen im Gesundheitswesen, die dann an anderer Stelle fehlen. „Dahinter stecken im Wesentlichen nicht adäquate Indikationsstellungen, aber auch falsche Vorstellungen und Erwartungen seitens der Patienten oder ihrer Angehörigen in Bezug auf Nutzen und Risiken intensivmedizinischer Behandlungsmaßnahmen“, so Janssens. Für Maßnahmen gegen Überversorgung – auch bei der Behandlung Schwerstkranker und Sterbender – verweist Janssens auf ein gemeinsames Positionspapier der intensivmedizinischen Gesellschaften DGIIN und DIVI. Darin fordern sie etwa die regelmäßige Evaluierung des Therapieziels im Behandlungsteam unter Berücksichtigung des Patientenwillens, eine patientenzentrierte Unternehmenskultur im Krankenhaus und die Minimierung von Fehlanreizen im Krankenhausfinanzierungssystem.

Als einen Aspekt des Kongressmottos „Grenzen der Inneren Medizin“ hat Kongress-Präsident Professor Dr. med. Markus M. Lerch aus München die ethischen Grenzen ärztlichen Handelns und damit auch die Medizin am Lebensende in den Fokus des diesjährigen Kongresses gestellt. „Wir müssen der Versorgung am Lebensende mehr Zeit und Raum geben, um ein Gleichgewicht zwischen dem therapeutisch und technisch Machbaren, dem medizinisch Sinnvollen und – allen voran – dem Patientenwunsch, zu finden“, so Lerch. Für Letzteres sei eine sprechende Medizin unerlässlich – unabhängig davon, ob nun die Betreuung eines Schwerstkranken oder Sterbenden in der Palliativmedizin, Intensivmedizin oder bei einer anderen Fachdisziplin verortet sei. „Das Lebensende ist oft mit großem Unwissen über Wirkweisen, Chancen und Grenzen der noch zur Verfügung stehenden Behandlungsmethoden verbunden. Hier brauchen unsere Patientinnen und Patienten Ansprechpartner mit Fachwissen, Feingefühl und Zeit“, so Lerch. Teil der notwendigen Überlegungen zu strukturellen Änderungen sei zudem, die Rolle des Arztes beim durch das

Bundesverfassungsgericht 2020 verkündeten Recht auf Hilfe bei einem selbstbestimmten Sterben zu beleuchten. „Wie wir aus anderen Ländern gelernt haben sind die Grenzen zwischen dem ärztlich begleiteten Suizid und dem Töten auf Verlangen fließend. In Deutschland wird dieser Aspekt des ärztlichen Handelns am Lebensende praktisch ausgeblendet. Wir müssen uns dieser Diskussion aber stellen“ ergänzt Professor Lerch. Gemeinsam mit Experten der Inneren Medizin diskutiert Lerch bei der Eröffnungspressekonferenz anlässlich des 128. Internistenkongresses daher dieses und weitere Themen rund um die „Medizin am Lebensende“.

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.

Terminhinweise:

Patiententag

Termin: 30. April 2022 von 9.30 bis 16.00 Uhr

Ort: Rathaus Wiesbaden und *online*

Infos unter: [Patiententag | DGIM](#)

Ihr Kontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle

Janina Wetzstein

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

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

Fax: +49 711 8931-167

E-Mail: wetzstein@medizinkommunikation.org

Twittern Sie mit und unter **#DGIMkongress**

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

Pressemitteilung

128. Kongress der DGIM vom 30. April bis 3. Mai 2022 - Hybridkongress



DGIM Kongress-TV: Tagesaktuelle Berichterstattung durch breite Medien-Kooperation

Wiesbaden, 10.03.2022 – Zur bestmöglichen Information der Ärzteschaft über die Neuigkeiten vom diesjährigen Kongress setzt die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM) auf eine Kooperation mit drei führenden Medien in der Arzt-Kommunikation: das Ärzte-Netzwerk [coliquio](#), das ärztliche Online-Portal [esanum](#) und der medizinische Fachverlag [UNIVERSIMED](#) Deutschland werden in diesem Jahr erstmals ein Kongress-TV-Format auf der Tagung der DGIM anbieten.

Kernstück der gemeinsamen redaktionellen Berichterstattung wird das „DGIM Kongress-TV 2022“ sein, das aus einem direkt am Tagungsort im Wiesbadener RheinMain CongressCenter (RMCC) aufgebauten Studio täglich über die wichtigsten wissenschaftlichen Sitzungen und Erkenntnisse berichtet. Bereits am frühen Nachmittag werden die ersten Eindrücke des Tages in Form von Interviews, Expertengesprächen und Diskussionsrunden präsentiert. Am Abend vermittelt die erstmalig realisierte „DGIM Kongress-Tagesrückblick“ eine zusammenfassende Übersicht der Tagesereignisse, angereichert mit Original-Stimmen aus Vortragssälen und Foyers sowie Kommentaren und eingespielten Videos. „Wir freuen uns, dass wir renommierte Digitalanbieter für unsere Idee gewinnen konnten. Ziel soll es sein, für attraktive Kongress-Themen eine noch größere Wahrnehmung zu schaffen“, so Professor Dr. med. Markus M. Lerch aus München, Kongress-Präsident des diesjährigen Kongresses.

Um eine möglichst vielfältige und ausgewogene Berichterstattung anzubieten, liegt die redaktionelle Verantwortung jeden Tag bei einem anderen der drei Kooperationspartner: Den Start übernimmt das Berliner Team von esanum, gibt am zweiten Tag an die Kollegen von coliquio ab, und den dritten Part leisten die Redakteure von UNIVERSIMED.

Die produzierten Inhalte werden täglich zu vorab kommunizierten Sendeterminen direkt auf den Plattformen der jeweiligen Kooperationspartner sowie der DGIM-Kongress-Plattform gestreamt und stehen kostenlos und ohne Registrierung zur Verfügung. Mit dieser Vorgehensweise wird die Fachgesellschaft auch den besonderen Erfordernissen eines „Hybridkongresses“ gerecht, denn pandemiebedingt wird der diesjährige Kongress online und vor Ort in Wiesbaden abgehalten. Das Leitthema des diesjährigen DGIM-Kongresses „Die Grenzen der Inneren Medizin“ verspricht sowohl interessante Positionen als auch engagierte Diskussionen. Der Kongress findet vom 30. April bis 3. Mai 2022 statt.

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.

Terminhinweise:

Patiententag

Termin: 30. April 2022 von 09.30 bis 16.00 Uhr

Ort: Rathaus Wiesbaden und *online*

Infos unter: [Patiententag | DGIM](#)

Ihr Kontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle

Janina Wetzstein, Heinke Schöffmann

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

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

Fax: +49 711 8931-167

E-Mail: wetzstein@medizinkommunikation.org / schoeffmann@medizinkommunikation.org

Twittern Sie mit und unter **#DGIMkongress**

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

REFERENTENSTATEMENT

Multimorbide: Wenn mehrere Krankheiten Prognose und Lebensqualität bestimmen

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

Die Lebenserwartung ist in den westlichen Industrienationen in den letzten Jahrzehnten deutlich gestiegen. Mit zunehmendem Alter wächst allerdings auch das Risiko für chronische Erkrankungen, bei denen wiederum Begleiterkrankungen häufig sind. Patienten, die wegen einer Herzinsuffizienz in die Klinik müssen, sind im Mittel 75 Jahre alt und haben fünf Komorbiditäten. Krankheiten beeinflussen sich gegenseitig in ihrem Verlauf und ihrer Symptomatik, und die Behandlung einer Erkrankung muss die der Komorbiditäten berücksichtigen. Polypharmazie wird im Alter und bei Multimorbidität ein gravierendes, tatsächlich nicht wirklich evidenzbasiert lösbares Problem, das noch dazu wesentlich zu Essstörungen beitragen kann. Die DGIM entwickelt in ihrer Kommission für Arzneimitteltherapie-Management (AMTM) und Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) derzeit Empfehlungen (S2k-Leitlinie) zum Management von Arzneimitteltherapie bei Multimorbidität.¹ Für die Aufnahme von Patienten in die großen klinischen Arzneimittelstudien sind Komorbiditäten häufig ein Ausschlussgrund, sodass für die Behandlung multimorbider Patienten häufig keine Daten und damit auch keine Evidenz vorliegt. Würden wir die jeweiligen Leitlinien für die einzelnen Krankheiten anwenden, könnte es zu gravierenden Risiken führen. Zum Beispiel sind die Schlafapnoe oder eine Depression bei der Herzinsuffizienz eine häufige Begleiterkrankung. Eine entscheidende Erkenntnis auf der Basis zweier jüngster Studien war, dass die Standardbehandlung für Erkrankungen versagen kann, wenn diese als Komorbiditäten auftreten. Ein Beispiel ist die SERVE-HF-Studie, die eine CPAP-Behandlung bei Patienten mit Herzinsuffizienz und zentraler Schlafapnoe mit einem Kontrollkollektiv verglich. Das Ergebnis war negativ für die CPAP-Behandlung, sogar mit einer Übersterblichkeit bei den behandelten Patienten.² Ähnlich die MOOD-HF-Studie, die das Antidepressivum Escitalopram bei Patienten mit Herzinsuffizienz und einer Depression mit Placebo verglich. Escitalopram verbesserte die Depression nicht mehr als Placebo, wieder mit einem deutlichen Hinweis für negative Effekte auf weitere Endpunkte.³ Es wird immer deutlicher, dass solche negativen Studien für die „kluge Entscheidung“ bei der Behandlung vieler Patienten von größter Bedeutung sind.⁴ Es ist auch zu fragen, ob bei älteren multimorbiden Patienten, die Endpunkte der großen Zulassungsstudien, meist Mortalität oder wesentlich durch Mortalität bestimmt, nicht weniger entscheidend sind als Lebensqualität mit einer noch genügenden Leistungsfähigkeit. Megatrials können uns helfen, für eine Krankheit eine Therapie zu etablieren, im Alltag müssen wir diese auf den individuellen Patienten anpassen.⁵ Dafür haben wir, wenn überhaupt,

Expertenmeinungen, letztlich bleibt es bei der Therapieentscheidung des behandelnden Arztes, der ausreichend Expertise für die einzelne Krankheit, aber auch für die Komorbiditäten und die gegenseitigen Abhängigkeiten haben muss.

Es gilt das gesprochene Wort!
Wiesbaden, April 2022

1. Daniel Grandt, Thomas Gamstätter, Ulrich R. Fölsch. Entwicklung von Empfehlungen zum Management von Arzneimitteltherapie bei Multimorbidität. Dtsch Med Wochenschr 2020; 145(20): 1504-1508
2. Martin R. Cowie, Holger Woehrle, Karl Wegscheider, Christiane Angermann, Marie-Pia d'Ortho, Erland Erdmann, Patrick Levy, Anita K. Simonds, Virend K. Somers, Faiez Zannad, Helmut Teschler. Adaptive servo-ventilation for central sleep apnea in systolic heart failure. N Engl J Med 2015; 373: 1095-1105
3. Christiane E Angermann, Götz Gelbrich, Stefan Störk, Hilka Gunold, Frank Edelmann, Rolf Wachter, Heribert Schunkert, Tobias Graf, Ingrid Kindermann, Markus Haass, Stephan Blankenberg, Sabine Pankuweit, Christiane Prettin, Martin Gottwik, Michael Böhm, Hermann Faller, Jürgen Deckert, Georg Ertl, MOOD-HF Study Investigators and Committee Members. JAMA 2016; 315(24):2683-93
4. Georg Ertl, Frank Ruschitzka. The Year in Cardiology 2013: Heart failure. Eur Heart J 2014; 35(7):470-473
5. Georg Ertl G, Bodh Jugdutt. ACE inhibition after myocardial infarction: can megatrials provide answers? Lancet 1994; 344(8929):1068-1069

REFERENTENSTATEMENT

Kostendeckend bis zum Lebensende? Warum das DRG-System eine menschenwürdige Palliativmedizin erschwert und was wir dagegen tun können

Professor Dr. med. Claudia Bausewein, Direktorin der Klinik für Palliativmedizin und Vorsitzende des Klinischen Ethikkomitees des LMU Klinikums München

Alle Bereiche der Medizin sind von einer zunehmenden Ökonomisierung betroffen. Diese Herausforderung hat auch die Palliativmedizin erreicht. Spezialisierte Palliativversorgung im stationären Bereich wird in Deutschland aktuell auf circa 320 Palliativstationen und durch circa 70 multiprofessionelle Palliativdienste im Krankenhaus angeboten. Die Palliativdienste unterstützen Patient*innen mit palliativmedizinischem Bedarf auf allen Stationen eines Krankenhauses und bringen so palliativmedizinische Expertise in die Akutmedizin und ermöglichen eine frühzeitigere Betreuung von Patient*innen. Spezialisierte palliativmedizinische Versorgung ist nicht billig, sondern wegen hoher Personalkosten kostenintensiv. Studien haben die Wirksamkeit mit besserer Lebensqualität der Patient*innen mit zum Teil auch Kostenersparnissen belegt.

In Deutschland erfolgt die Abrechnung palliativmedizinischer Leistungen auf Palliativstationen und in Palliativdiensten im Fallpauschalensystem über OPS-Kodes (8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung, 8-98e Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung, 8-98h Palliativdienste) und entsprechende Zusatzentgelte. Alternativ können Palliativstationen auch als „Besondere Einrichtungen“ anerkannt werden und tagesgleiche Pflegesätze abrechnen. Insgesamt ist die Entwicklung für die stationäre Palliativversorgung positiv zu sehen, da über das DRG-System Möglichkeiten geschaffen wurden, Struktur- und Prozessqualitätskriterien für stationäre Palliativleistungen einzuführen. Bei den besonderen Einrichtungen sind allerdings nicht im gleichen Umfang Qualitätskriterien festgelegt.

Trotzdem birgt das DRG-System gerade für die Abrechnung von palliativmedizinischen Leistungen auch große Herausforderungen.

- In der Palliativmedizin sind die komplexen körperlichen, seelischen, sozialen und spirituellen Probleme der Betroffenen und ihrer Angehörigen nicht primär von der Diagnose einer Erkrankung abhängig, sondern die Behandlung von Symptomen, die psychosoziale Unterstützung und spirituelle Begleitung stehen im Vordergrund. Diese Komplexität der Patient*innen mit

fortgeschrittenen Erkrankungen ist im Diagnose-bezogenen Fallpauschalensystem aber nicht ausreichend abgebildet.

- Grundsätzlich werden im DRG-System teure Therapien und apparative Untersuchungen besser vergütet und generieren mehr Gewinne. Dadurch entstehen Fehlanreize, die auch zu einer Fehlversorgung gerade am Lebensende führen können. Palliativmedizinische Betreuung zeichnet sich aber durch hohe Personalschlüssel und hohe Kommunikationsanteile und weniger durch teure Diagnostik und Therapien aus.
- Wenn Einsparungen auf Palliativstationen und in Palliativdiensten notwendig sind, kann dies nur über Personalkürzungen erfolgen.
- In der Palliativversorgung wird gerade bei fortgeschrittenen Erkrankungen die Indikation für viele Therapien und diagnostische Maßnahmen kritisch hinterfragt, sodass auch Kosten in der Betreuung gespart werden können. Eine kostengünstigere Versorgung könnte wiederum zu einer Abwertung von DRGs führen, was allgemein nicht erwünscht ist.
- Die Unterschiede in der Vergütung zwischen allgemeiner Palliativversorgung mit geringen Strukturanforderungen und spezialisierter Palliativversorgung mit hohen Struktur- und Prozessanforderungen werden geringer oder lassen sich nicht kostentrennend darstellen. Dies kann Krankenhäuser dazu veranlassen, die weniger aufwendige und kostengünstigere Art der Versorgung anzubieten.
- Das Zusatzentgelt für Palliativdienste ist bisher nicht bepreist und damit abhängig von individuellen Verhandlungen mit Krankenkassen. Hier werden in der Regel Stundensätze oder Pauschalvergütungen angeboten, die in keiner Weise kostendeckend sind.

Solange die palliativmedizinische Versorgung innerhalb des Fallpauschalensystems finanziert wird, müssen die Zusatzentgelte für die einzelnen OPS-Kodes entsprechend angepasst werden, sodass die spezialisierte Palliativversorgung ausreichend finanziert wird und sich von der allgemeinen Palliativversorgung abgrenzen lässt. Für die Finanzierung von Palliativdiensten, die bisher nicht ausreichend gesichert ist, sollten alternative Möglichkeiten wie zum Beispiel eine Strukturfinanzierung erwogen werden, wobei Qualität und Bedarf für Palliativdienste wissenschaftlich ermittelt, festgelegt und überprüft werden müssten.

*Eröffnungs-Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM)
anlässlich des 128. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.
Samstag, 30. April 2022, 12.00 bis 13.00 Uhr*

Sollte das DRG-System in Deutschland grundsätzlich infrage gestellt werden, sollten für die Palliativmedizin Finanzierungsmodelle wie in Australien oder England basierend auf der Komplexität der Patient*innen und nicht der Diagnosen erwogen werden.

Es gilt das gesprochene Wort!
Wiesbaden, April 2022

REFERENTENSTATEMENT

Assistierter Suizid als ärztliche Aufgabe?

Alexandra Scherg, Ärztin in Weiterbildung Hämatologie / Onkologie, Evangelisches Krankenhaus Wesel

Das Bundesverfassungsgericht verkündet in seinem Urteil vom 26. Feb. 2020:

„a) Das allgemeine Persönlichkeitsrecht umfasst als Ausdruck persönlicher Autonomie ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben.

b) Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben schließt die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen. Die Entscheidung des Einzelnen, seinem Leben entsprechend seinem Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ein Ende zu setzen, ist im Ausgangspunkt als Akt autonomer Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft zu respektieren.

c) Die Freiheit, sich das Leben zu nehmen, umfasst auch die Freiheit, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen.“ [1]

Es wird schon hier deutlich: Die Freiheit, Hilfe zur Selbsttötung – und das gilt auch für Gesunde – zu suchen und in Anspruch zu nehmen, schließt nicht die Verpflichtung ein, diese Hilfe anzubieten. Für niemanden, auch – oder erst recht? – nicht für Ärzt:innen.

Die Bundesärztekammer hebt in der Folge das berufsrechtliche Verbot zur Suizidassistenz auf, positioniert sich aber sehr klar zur Frage der ärztlichen Aufgabe:

„Die Bundesärztekammer und der Deutsche Ärztetag – zuletzt bestätigt auf dem 124. Deutschen Ärztetag 2021 – vertreten die Auffassung, dass die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe ist.“ [2]

Darauf bezieht sich auch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin in ihrer „Empfehlung zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistenz in der Hospizarbeit und Palliativversorgung“:

„Die Assistenz beim Suizid, also die direkte Hilfe bei der Durchführung, ist grundsätzlich keine ärztliche Aufgabe oder Aufgabe der Hospiz- und Palliativversorgung.“ [3]

Damit ist die Eingangsfrage beantwortet: Die Mitwirkung bei der Durchführung des assistierten Suizids ist keine ärztliche Aufgabe. Das entbindet jedoch keine(n) Ärzt:in von der inhaltlichen Auseinandersetzung mit diesem Thema. So ist es nicht nur ärztliche Aufgabe, sondern explizit ärztliche Pflicht, Menschen in existenziellen Krisen und mit Todeswünschen mit Ernsthaftigkeit und Gesprächsbereitschaft zu begegnen [2].

Die Diskussion in der Ärzteschaft sollte sich also nicht auf einem formalen Pro-/Contra-Niveau bewegen und auch nicht von dem Ringen darum geprägt sein, sich aus der Verantwortung zu ziehen.

Die Frage sollte vielmehr lauten: Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit die notwendige Auseinandersetzung – in mir selbst und mit anderen – geführt werden kann? Eine Auseinandersetzung, die gleichzeitig ein wichtiger Baustein von Suizidprävention ist.

Zunächst braucht es eine gute Aus- und Weiterbildung zu rechtlichen, aber insbesondere auch ethisch-moralischen Fragen. Es ist nicht verwunderlich, dass Ärzt:innen, die sich durch Studium und Klinik nicht ausreichend vorbereitet fühlen auf den Umgang mit Schwerkranken, auf schwierige Entscheidungen am Lebensende und auf herausfordernde Gespräche auch mit einer Positionierung zur eigenen Rolle im Umgang mit Todeswünschen überfordert sind.

Jeder von uns ist in der Verantwortung, den ärztlichen, aber auch den gesamtgesellschaftlichen Diskurs zu diesem Thema zu fördern. Nur so kann jede(r) Einzelne eine Haltung entwickeln, die ihm / ihr als Mensch – und nicht so sehr als Ärzt:in – eine Positionierung erlaubt.

Die aktuellen Bestrebungen einer gesetzlichen Regelung stehen der Weiterentwicklung dieses Diskurses entgegen. Jede gesetzliche Regelung bedeutet eine Normierung des assistierten Suizides und schreibt dem Arzt / der Ärztin und anderen Akteuren eine klar definierte Rolle in einem standardisierten Prozess zu. Suizidstandardisierung ist das Gegenteil von Suizidprävention.

Was braucht es also zukünftig für den gesellschaftlichen Umgang mit dem Thema Suizid? Den Ausbau der Palliativmedizin und Hospizarbeit für Menschen mit lebenslimitierenden Erkrankungen, die häufig eine Ambivalenz zwischen Lebensmut und Todessehnsucht durchleben.

Den Ausbau der Suizidprävention, um auch Menschen ohne lebenslimitierende Erkrankung Alternativen aufzuzeigen.

Und insbesondere Angebote zur Aus-, Fort- und Weiterbildung für diejenigen, die im professionellen Kontext mit dem Thema „Assistierter Suizid“ konfrontiert werden, sowie gesellschaftliche Aufklärung über Patientenrechte und Möglichkeiten der Sterbebegleitung.

All diese Maßnahmen sollen helfen, die Zahl der Suizide zu reduzieren.

Gleichzeitig müssen wir uns darüber im Klaren sein, dass es trotzdem Menschen geben wird, für die der Weg des Suizids alternativlos erscheint und die auf diesem Weg Hilfe suchen. Jede(r) Einzelne ist also in der Verantwortung, sich seiner Aufgabe als Ärzt:in und Mensch in einer solchen individuellen Situation klar zu werden.

Es gilt das gesprochene Wort!
Wiesbaden, April 2022

1. BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020
2. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 118, Heft 29–30, 26. Juli 2021
3. www.dgpalliativmedizin.de/neuigkeiten/positionierungen-der-dgp.html

REFERENTENSTATEMENT

Übersorgung am Lebensende – Grenzfallentscheidungen in der Intensivmedizin

Professor Dr. med. Uwe Janssens, Chefarzt an der Klinik für Innere Medizin und Internistische Intensivmedizin am St.-Antonius-Hospital Eschweiler

Intensivmedizin rettet Menschenleben. Entwicklungen vor allem im Bereich der technischen Verfahren und der Pharmakologie haben einen medizinischen Fortschritt ermöglicht, der eine Überlebensperspektive auch in solchen Situationen eröffnet, in denen früher das Sterben unaufhaltbar und der Tod unvermeidlich waren. Aber die Möglichkeiten und Chancen, Leben zu erhalten und zu verlängern, sind nicht frei von Ambivalenz und tragischen Konsequenzen. Das ist vor allem dann der Fall, wenn der Tod trotz intensivmedizinischer Bemühungen nicht abgewendet oder wenn das Überleben nur um den Preis einer dauerhaften, schweren Einschränkung der Lebensqualität sichergestellt werden kann. Deshalb stellt sich angesichts einer schlechten Prognose häufig die Frage nach der Sinnhaftigkeit oder Sinnlosigkeit der weiteren Intensivbehandlung. Wo sollen die Grenzen innerhalb des medizinisch Machbaren gezogen werden? Welche Perspektiven und welchen Sinn sehen die an der Behandlung Beteiligten und die von ihr Betroffenen?

Nach Einschätzung der Organisation für Entwicklung und Zusammenarbeit in Europa (OECD) wird etwa ein Fünftel der Gesundheitsausgaben in den Mitgliedsländern für Leistungen verwendet, die keinen oder nur einen marginalen Beitrag für bessere Gesundheitsergebnisse leisten [2].

Ungeachtet der sozialgesetzlichen Vorgaben existieren im deutschen Gesundheitssystem in der Patientenversorgung nebeneinander Unter-, Fehl- und Übersorgung. Übersorgung bezeichnet diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die nicht angemessen sind, da sie Lebensdauer oder Lebensqualität der Patienten nicht verbessern, mehr Schaden als Nutzen verursachen und / oder von den Patienten nicht gewollt werden. Daraus können hohe Belastungen für die Patienten, deren Familien, die Behandlungsteams und die Gesellschaft resultieren [1]. Übersorgung ist einem Konglomerat mehrerer Ursachen geschuldet. Ein wesentlicher Faktor ist einerseits eine unbedachte, unangemessene oder fehlerhafte Indikationsstellung, die die jeweilige medizinische Evidenz, die juristischen Vorgaben und / oder den Patientenwillen nicht ausreichend berücksichtigt. Andererseits tragen auch falsche Vorstellungen und Erwartungen in Bezug auf Nutzen und Risiken intensivmedizinischer Behandlungsmaßnahmen erheblich zu einer Übersorgung bei, insbesondere aufseiten der Patienten oder ihrer gesetzlichen Stellvertreter. Gesellschaftliche Wertvorstellungen und Übereinkünfte, Organisations- und Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens, demografische und medizintechnische Entwicklungen, rechtliche Regelungen, kommerzielle

Interessen und insbesondere die individuelle Arzt-Patienten-Beziehung beeinflussen mit unterschiedlicher Wirkkraft den Behandlungsumfang. Diese unterschiedlichen Faktoren können damit auch Überversorgung begünstigen oder vermeiden. Während die beiden Säulen „Indikation“ und „Patientenwille“ für die Behandlungsentscheidung gleichermaßen relevant sind, beeinflussen sie Überversorgung in unterschiedlicher Weise. Überversorgung schadet der Allgemeinheit, weil die dadurch gebundenen Ressourcen für andere Zwecke nicht mehr zur Verfügung stehen (Opportunitätskosten). Außerdem kann eine Überversorgung in der Intensivmedizin in allen nachfolgenden Bereichen des Gesundheitssystems eine ungerechtfertigte Versorgungskaskade verursachen. Insofern ist es dringlich geboten, Überversorgung auch in der Intensivmedizin zu erkennen und zu vermeiden.

Zur Erkennung und Vermeidung von Überversorgung in der Intensivmedizin erfordert es Maßnahmen auf der Mikro-, Meso- und Makroebene, insbesondere die folgenden: (1) Regelmäßige Evaluierung des Therapieziels im Behandlungsteam unter Berücksichtigung des Patientenwillens und unter Begleitung von Patienten und Angehörigen; (2) Förderung einer patientenzentrierten Unternehmenskultur im Krankenhaus mit Vorrang einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung; (3) Minimierung von Fehlanreizen im Krankenhausfinanzierungssystem, gestützt auf die notwendige Reformierung des fallpauschalbasierten Vergütungssystems; (4) Stärkung der interdisziplinären / interprofessionellen Zusammenarbeit in Aus-, Fort- und Weiterbildung; (5) Initiierung und Begleitung eines gesellschaftlichen Diskurses zur Überversorgung [1].

Gerade in Ländern mit hohem Einkommen sind Tod und Sterben aus dem Gleichgewicht geraten, da sie sich aus dem Kontext von Familie, Gemeinschaft, Beziehungen und Kultur in das Gesundheitssystem verschoben haben. Die Gesundheitsfürsorge spielt zwar eine Rolle bei der Versorgung Sterbender, aber Interventionen am Lebensende sind häufig sehr intensiv und invasiv, schließen den emotionalen Beistand von Familien und Freunden aus, erhöhen das Leiden und verbrauchen wichtige Ressourcen [3].

Die dargestellten Argumente und Forderungen haben auch Bestand während außergewöhnlicher Belastungen wie der aktuellen Pandemie oder zukünftiger Katastrophenfälle. Notfallsituationen setzen Grundregeln für medizinische Entscheidungen nicht außer Kraft. Die COVID-19-Pandemie hat nachdrücklich gezeigt, dass es geboten sein kann, für besondere Situationen eine Notfallreserve bereitzuhalten und die dafür notwendige Finanzierung durchgängig zu sichern. Dabei müssen allerdings räumliche, apparative, logistische und insbesondere personelle Ressourcen bedacht werden. Zugleich ist darauf zu achten, dass eine solcherart vorgehaltene Reserve nicht eine Angebotsausweitung begünstigt, die wiederum einer Überversorgung Vorschub leisten kann.

Es gilt das gesprochene Wort!

Wiesbaden, April 2022

Literatur

1. Michalsen A, Neitzke G, Dutzmann J et al. (2021). Überversorgung in der Intensivmedizin: erkennen, benennen, vermeiden – Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI und der Sektion Ethik der DGIIN. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 116:281-294
2. OECD (2017). *Tackling Wasteful Spending on Health*. OECD Publishing, Paris
3. Sallnow L, Smith R, Ahmedzai SH et al. (2022). Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life. *Lancet* 399(10327):837-884

MATHIAS BARTOSZEWSKI



Mathias Bartoszewski beginnt in seiner Jugend zu malen und zu zeichnen, hat Lehrer in Berlin und München.

Nach dem Abitur jobbt er am Theater. Die Bühne und alles, was damit zu tun hat, fasziniert ihn. Er macht in einer Theaterwerkstatt die Tischlerlehre, wird Bühnenmeister und studiert Innenarchitektur.

Anschließend arbeitet Bartoszewski als Bühnenbildner und verbindet hier seine Leidenschaften und Talent miteinander.

Vor zehn Jahren zieht es den Künstler nach Mecklenburg. Er gründet mit seiner Frau das Kulturhaus Steinfurth. Seitdem entwickelt Mathias Bartoszewski Performances, in denen seine Malerei die zentrale Rolle spielt. Seine Kunstwerke bilden die thematische Grundlage für die Inszenierungen mit Musik, Tanz und Schauspiel, und sind das visuelle Schlüsselement in großflächigen Beweg-Projektionen und auf der Leinwand.

Der Maler freut sich besonders auf die Ausstellung bei dem DGIM Kongress:

„Professor Lerch ist ein großer Kunstfreund- und Kenner. Umso mehr hat mich die Einladung gefreut, die Kunst-Lounge 2022 zu gestalten. Das ist Ehre und Herausforderung zugleich. Es hat mich gereizt,

„Die Grenzen der Inneren Medizin“, also auch die Grenzen des menschlichen Strebens und Handelns, künstlerisch zu betrachten und umzusetzen.“





LINEAR - Bestimmung und Vollkommenheit
2022
480 x 140 cm Acryl



ZWEIUNDVIERZIG GRAD
2022 Mischtechnik
151 x 285 cm



Atelier 2022



Feuer, Asche, Erde
Mischtechnik
50x60 cm



Atelier 2021

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 internistischen 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

Pressekonferenz

anlässlich des 128. Kongresses der DGIM vom 30. April bis 3. Mai 2022 - Hybridkongress

Termin: Montag, 2. Mai 2022, 12.00-13.00 Uhr

Ort: online unter <https://attendee.gotowebinar.com/register/6311360992406035727>

Stellen wir Datenschutz vor Menschenleben? – Überwindung von Grenzen der Digitalisierung in der Medizin

Themen und Referenten:

Wenn Datenschutz Menschenleben gefährdet – Beispiele des alltäglichen Datendilemmas in der Patientenversorgung in Deutschland

Professor Dr. med. Markus M. Lerch

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

Daten als Basis für erstklassige Forschung und bessere Patientenversorgung: Woran hapert es bei der Digitalisierung in Deutschland und welche Schritte müssen jetzt konkret erfolgen?

Professor Dr. rer. nat. Heyo K. Kroemer

Pharmazeut und Pharmakologe, Vorstandsvorsitzender der Charité Universitätsmedizin Berlin

Der Mensch zwischen Null und Eins- Zu Risiken und Nebenwirkungen der Digitalisierung

Professor Dr. med. Eckart von Hirschhausen

Moderator, Wissenschaftsjournalist, Ehrenmitglied der Fakultät der Charité und Honorarprofessor am Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg

Digitalisierung aus Sicht der jungen Ärztegeneration

Dr. med. Anahita Fathi,

Sprecherin der AG Junge DGIM, Fachärztin I. Med. Klinik - Sektion Infektiologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

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

Ihr Kontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle

Juliane Pfeiffer, Heike Schöffmann

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

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

E-Mail:

pfeiffer@medizinkommunikation.org; wetzstein@medizinkommunikation.org;

schoeffmann@medizinkommunikation.org

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

Pressekonferenz der Korporativen Mitglieder der DGIM

anlässlich des 128. Kongresses der DGIM vom 30. April bis 3. Mai 2022 - Hybridkongress

Termin: Montag, 2. Mai 2022, 14.00 bis 15.00 Uhr

Ort: <https://attendee.gotowebinar.com/register/3387052588194303504>

„Digitale Medizin in der Versorgung“

Vorläufige Themen und Referenten:

Digitale Medizin – gekommen, um zu bleiben

Dr. Henning Kleine

AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Vice President International, Western Europe & Canada

Patientenempowerment zu Hause trifft Präsenzmedizin in der Praxis – Möglichkeiten und Grenzen digitaler Gesundheitsanwendungen

Prof. Dr. med. Sebastian Kuhn

Medizinische Fakultät OWL, Leitung AG 4 Digitale Medizin, Universität Bielefeld

Daten und Dialog? Die Arzt-Patienten-Kommunikation im digitalen Zeitalter (AG Telemedizin)

Prof. Dr. Christoph Schöbel, Ruhrlandklinik an der Universitätsmedizin Essen

Leiter des Zentrums für Schlaf- und Telemedizin

Brauchen wir eine Facharztweiterbildung für digitale Medizin?

Professor Dr. med. Georg Ertl

Generalsekretär der DGIM, Internist und Kardiologe aus Würzburg

Ihr Kontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle

Dr. Adelheid Liebendörfer, Heinke Schöffmann

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: +49 711 8931-173/-442

Fax: +49 711 8931-167

E-Mail: liebendoerfer@medizinkommunikation.org / schoeffmann@medizinkommunikation.org Twittern

Sie mit und unter **#DGIMkongress**

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

Pressekonferenz

anlässlich des 128. Kongresses der DGIM vom 30. April bis 3. Mai 2022 - Hybridkongress

Termin: Dienstag, 3. Mai 2022, 12.00 bis 13.00 Uhr

Ort: online unter <https://attendee.gotowebinar.com/register/697083097167857932>

Wo endet gesund, wo beginnt krank? Grenzen des Normalen in der Inneren Medizin

Themen und Referenten:

Kongressbilanz und Übergabe an den nächsten Kongresspräsidenten

Professor Dr. med. Markus M. Lerch

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

25 Prozent der Deutschen haben eine Leberverfettung – sind alle krank? Kontroversen um die nicht-alkoholischen Fettlebererkrankung

PD Dr. med. Simon Hohenester

Kongresssekretär des 128. Kongresses der DGIM und Oberarzt an der Medizinischen Klinik und Poliklinik II des LMU Klinikums München

Wo endet „normal“, wo beginnt „krank“ und was ist behandlungsbedürftig? Die schwierige Abgrenzung in der Rheumatologie

Professor Dr. med. Ulf Müller-Ladner

2. Stellvertretender Vorsitzender der DGIM, Lehrstuhl für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie, Justus-Liebig Universität Gießen, Campus Kerckhoff, Bad Nauheim

Wie Über-, Unter- und Fehlversorgung Patienten und Gesundheitssystem belasten und wie die DGIM mit „Klug entscheiden“ gegensteuert

Professor Dr. med. Sebastian Schellong

2. Vorsitzender der DGIM, Chefarzt II. Medizinische Klinik, Städtisches Klinikum Dresden, Vorsitzender der Kommission „Klug entscheiden“ der DGIM

Moderation: Juliane Pfeiffer, Pressestelle der DGIM, Stuttgart

Ihr Kontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle

Juliane Pfeiffer, Heike Schöffmann

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

E-Mail: pfeiffer@medizinkommunikation.org; wetzstein@medizinkommunikation.org;

schoeffmann@medizinkommunikation.org

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