

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

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

Inhalt:

Pressemitteilungen

Expertenstatements der Referentinnen und Referenten

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

DGIM-Pressekonferenz zur Digitalisierung

Wenn der Notarzt nicht weiß, wie der Facharzt behandelt hat – Wie Datenschutz in Deutschland Patienten gefährdet

Wiesbaden, 2. Mai 2022 – Deutschland steht bei der Digitalisierung des Gesundheitssystems weit hinter anderen Ländern zurück. Der Bedarf an Weiterentwicklung und Anpassung ist mittlerweile auf allen Ebenen – IT-technologisch, organisatorisch, rechtlich – höchst dringlich. Besonders deutlich wird das beim Blick auf den aktuell in Deutschland praktizierten Datenschutz – der mitunter buchstäblich Menschenleben gefährdet, weil etwa der Austausch wichtiger Patientendaten zwischen Klinikabteilungen oder die Auswertung von Daten zu Studienzwecken erschwert oder verhindert wird. Auf der heutigen Pressekonferenz anlässlich des 128. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM) diskutieren Kongress-Präsident Markus M. Lerch, der Vorstandsvorsitzender der Charité Heyo K. Kroemer, der Moderator und Wissenschaftsjournalist Eckart von Hirschhausen und die Sprecherin der Jungen DGIM Anahita Fathi über die dringlichsten „Baustellen“ der digitalen Transformation, aber auch über damit verbundene Chancen und Herausforderungen für Patienten und Ärzteschaft.

„Leben und Gesundheit der Menschen in Deutschland könnten besser geschützt werden, wenn endlich die Möglichkeiten der Digitalisierung im Gesundheitswesen verantwortlich und wissenschaftlich sinnvoll genützt würden.“ – Zu diesem dringlichen Appell kommt der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) in seinem aktuellen Gutachten von März 2021. Viele der Forderungen im Gutachten werden seit Langem formuliert – passiert ist in den letzten Jahren jedoch wenig.

DGIM-Vorsitzender Lerch: Patientendaten nicht vor Nutzung, sondern vor Missbrauch schützen

„Auf der rechtlichen Ebene ist eine der dringlichsten Baustellen unser Umgang mit Daten und mit der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) im Gesundheitswesen – eine Verordnung, die zwar europaweit gilt, jedoch vor allem in Deutschland in einer Art und Weise ausgelegt wird, die mitunter Leib und Leben von Patientinnen und Patienten gefährdet“, sagt DGIM Kongress-Präsident Professor Dr. med. Markus M. Lerch, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender am LMU Klinikum München. „Denn anstatt Patientendaten vor Missbrauch zu schützen, verhindern wir tatsächlich den Zugang und die Nutzung der Daten.“ Dies führe teils zu absurden Situationen und gefährde im äußersten Fall sogar Menschenleben. „Der Datenschutz kann etwa dazu führen, dass ein Arzt in der Notaufnahme

aufgrund einer technischen Zugriffsblockade nicht die Behandlung desselben Patienten durch den Facharzt einsehen kann, da der Notfallmediziner nicht an der ursprünglichen Behandlung beteiligt war.“ Statt auf Zugriffsblockaden zu setzen, müsse, wie in anderen Ländern, stattdessen der Zugriff dokumentiert und – im Falle eines Missbrauchs – bestraft werden, so Lerch.

„Datensparsamkeit“ erschwert medizinischen Erkenntnisgewinn

Ein anderer Datenschutz-Grundsatz und dessen Umsetzung in Deutschland wird vor allem für den medizinischen Erkenntnisgewinn zum Problem: Die „Datensparsamkeit“ meint das Erfragen und Dokumentieren nur der unmittelbar notwendigen personenbezogenen Daten und Informationen. „Dies mag sinnvoll sein, um die Sammelwut von Internetkonzernen einzudämmen – völlig kontraproduktiv aber ist dieser Grundsatz, wenn es um klinische Daten einzelner Patientinnen und Patienten oder um medizinische Daten aus klinischen Studien geht, bei Krankheitsregistern oder bei populationsbasierten epidemiologischen Untersuchungen“, so Lerch. „Je umfassender die eingeschlossenen Daten sind, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, bisher unbekannte Zusammenhänge aufzudecken: zwischen Medikamenten und ihren Nebenwirkungen oder unerwarteten Gesundheitseffekten, zwischen Laborparametern, Biomarkern oder Umwelteinflüssen und der Entstehung von Krankheiten.“ Dass bei von Steuergeldern finanzierten Studien teils Daten nicht mehr für andere als die ursprünglichen Fragestellungen ausgewertet werden dürften, oder sogar nach einer Frist vernichtet werden müssten, sei eine ungeheuerliche Verschwendung wissenschaftlicher, menschlicher und wirtschaftlicher Ressourcen, so der DGIM-Vorsitzende. Diesbezügliche Anpassungen seien hochdringlich.

Neben dem Problemfeld DSGVO sind weitere Themen der Pressekonferenz die akuten Herausforderungen beim Vorantreiben der digitalen Infrastruktur sowie die Notwendigkeit eines Kulturwandels im Gesundheitssystem im Zuge der digitalen Transformation – hierzu wird der **Vorstandsvorsitzende der Charité, Professor Dr. rer. nat. Heyo Kroemer**, sprechen. **Professor Dr. med. Eckart von Hirschhausen** wird den Stellenwert der analogen Arzt-Patienten-Kommunikation im 21. Jahrhundert thematisieren und die Fragen beleuchten: Führen digitale Entscheidungshilfen zu mehr „Shared decision making“ in Klinik und Praxis? Und was wirkt gegen mangelnde Gesundheitskompetenz und Fake News in Zeiten von Pandemie und Infodemie? Die **Sprecherin der AG Junge DGIM Dr. med. Anahita Fathi** wird darüber berichten, wo die junge Ärztegeneration die dringlichsten Baustellen in Sachen Digitalisierung sieht.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle

Juliane Pfeiffer, Janina Wetzstein, Heinke Schoeffmann

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

Fax: +49 711 8931-167

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

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

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

Theodor-Frerichs-Preis 2022: Forscherin entdeckt Spezifika im Immunsystem von Menschen mit schweren COVID-19-Verläufen

Wiesbaden, 2. Mai 2022 – Infektionen mit SARS-CoV-2 können sehr unterschiedlich verlaufen – sie reichen von Erkältungssymptomen bis hin zu lebensbedrohlichen Zuständen. Deshalb ist es in der klinischen Versorgung von großer Bedeutung, einen potenziell schweren Verlauf zu einem möglichst frühen Zeitpunkt zu erkennen, um dann frühzeitig die richtigen therapeutischen Schritte einzuleiten. Die Immunologin Dr. Stefanie Kreutmair und ihr Team vom Institut für Experimentelle Immunologie der Universität Zürich haben hierzu einen wichtigen Beitrag geleistet. In einer Studie stellten sie fest, dass bei Menschen, die einen schweren Verlauf von SARS-CoV-2 erleiden, von Beginn an eine bestimmte Gruppe von Killer-T-Zellen im Blut spezifisch erniedrigt ist. Damit haben sie einen potenziellen Biomarker identifiziert, der schon bei der Krankenhausaufnahme im Rahmen eines Bluttests Hinweise auf einen schweren Verlauf geben kann. Für ihre Arbeit erhält Stefanie Kreutmair in diesem Jahr den Theodor-Frerichs-Preis der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM). Der hoch angesehene Preis ist mit 30 000 Euro dotiert.

In ihrer Untersuchung hat das Team um Stefanie Kreutmair die an der Immunabwehr beteiligten Zellen von 121 COVID-19-Patienten genauer untersucht. Die Ergebnisse wurden verglichen mit den Daten von 21 gesunden Menschen und mit denen von 25 Patientinnen und Patienten, die an einer schweren, aber nicht durch SARS-CoV-2 verursachten Lungenentzündung erkrankt waren.

Menschen mit schwerer Pneumonie anderer Ursache zeigten in weiten Teilen ähnliche Erkrankungsabläufe und Immunreaktionen wie Patienten mit einer Infektion mit SARS-CoV-2: Alle Reserven des Immunsystems werden mobilisiert. Dazu gehört etwa die Alarmierung des Knochenmarks, wo neue Abwehrzellen gebildet werden, die sogenannte „Notfall-Myelopoese“. In beiden Patientengruppen zeigten sich bei schweren Verläufen zudem Zeichen einer Immunparalyse, also einer Hemmung des Immunsystems.

Welche Immunreaktion jedoch spezifisch für SARS-CoV-2 abläuft, war bisher nicht klar – das Wissen darum ist jedoch essenziell, um schwere COVID-19-Fälle auch frühzeitig spezifisch behandeln zu können.

Mit einem neuartigen Analyseverfahren konnten die Forscherin und ihr Team nun identifizieren, worin das Besondere in der Immunantwort bei einem schweren COVID-19-Verlauf liegt: Es ist der Mangel einer bestimmten Gruppe von Killer-T-Zellen im Blut schon bei der Aufnahme in die Klinik. Dies könnte ein wichtiges Frühwarnzeichen für einen schweren Verlauf der SARS-CoV-2-Infektion sein und sich als Indikatorwert eignen.

„Die Ergebnisse könnten unmittelbaren Einfluss auf die Behandlung von Patienten mit COVID-19 im Krankenhaus haben“, erklärt DGIM-Generalsekretär Professor Dr. med. Georg Ertl. „Der Bluttest könnte helfen, das Risiko für einen schweren Verlauf frühzeitig zu erkennen. Diese Patienten könnten dann engermaschiger überwacht und frühzeitig spezifisch gegen SARS-CoV-2 behandelt werden“, so Ertl. Professor Dr. med. Johannes Mann, Vorsitzender des Preiskomitees, erklärt: „Bei einem ausgezeichneten Bewerberfeld und 30 eingegangenen hochrangigen Arbeiten konnten wir uns einstimmig auf die von Dr. Stephanie Kreutmair eingereichte, ausgezeichnete Publikation einigen.“

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:

Stefanie Kreutmair et al.: Distinct immunological signatures discriminate severe COVID-19 from non-SARS-CoV-2-driven critical pneumonia. *Immunity* 2021; 54: 1578-1593.e5.

[https://www.cell.com/immunity/fulltext/S1074-7613\(21\)00208-9](https://www.cell.com/immunity/fulltext/S1074-7613(21)00208-9)

Ihr Kontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle

Juliane Pfeiffer, Janina Wetzstein, Heinke Schoeffmann

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

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

Fax: +49 711 8931-167

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

Twittern Sie mit unter **#dgim2022**

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

REFERENTENSTATEMENT

Die Grenzen des Datenschutzes in der Medizin

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

Als Jan Philipp Albrecht, heute Minister in Kiel, im Europaparlament 2016 die europäische Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) über die Ziellinie gebracht hat, hatte er wahrscheinlich im Sinn, die Bürger vor den Übergriffen und der Sammelwut von Google, Facebook, und anderen zu schützen, deren Geschäftsmodell darin besteht, die persönlichsten Gewohnheiten und Vorlieben von Nutzern zusammenzutragen, um diesen dann hochindividualisierte kommerzielle Angebote zukommen zu lassen; oder die Daten an andere Anbieter zu verkaufen. Ich vermute, er hatte nicht im Sinn, den vom Neurochirurgen erstellten OP-Bericht gegen den Zugriff des Notfallmediziners, der den Patienten zwei Wochen nach der Entlassung wieder ins gleiche Krankenhaus aufnimmt, zu schützen, weil dieser ja an der ursprünglichen Behandlung nicht beteiligt war. Genau dieses Szenario war aber Folge der deutschen Auslegung der DSGVO und nach eigener Erfahrung hat es Monate gedauert, die IT-Abteilung und den örtlichen Datenschützer davon zu überzeugen, einen Notfallzugriff für solche Fälle einzurichten. In Deutschland hat sich als oberstes Prinzip in der Auslegung der DSGVO etabliert, Daten möglichst vor jederlei unbefugtem Zugriff zu schützen, wobei unbefugt möglichst eng ausgelegt wird. In der Praxis setzt man das durch technische Zugriffsblockaden um. In der Medizin, vor allem in Notfällen, birgt das Gefahren für Leib und Leben der Patienten.

In anderen Ländern ist das oberste Prinzip nicht Daten gegen Zugriff zu sichern, sondern den Patienten vor dem Missbrauch seiner Daten zu schützen. Diese Länder arbeiten unter der gleichen DSGVO, gehen aber damit oft anders um. Statt auf technische Sperrungen zu setzen, kontrolliert und dokumentiert man den Zugriff, damit jederzeit nachvollziehbar ist, wer wann auf welche Daten zugegriffen hat. Jeder kennt die Regeln und die Strafen sind hart. Mir ist der Fall eines niederländischen Kollegen bekannt, der sich in Sorge um seinen Schwager mal eben in dessen Patientenakte eingeloggt hat, ohne an dessen Behandlung beteiligt zu sein. Er verlor seine Stelle. Uns Deutschen sind ‚access controls‘ entweder zu aufwändig, oder sie werden durch Datenschutz und Arbeitsrecht verhindert. Am besten durch den Datenschutz geschützt sind bei uns oft die, die den Datenschutz verletzen. Wir setzen lieber auf Zugangsblockade, die in zahlreichen dokumentierten Einzelfällen Patienten geschadet haben. Das Recht auf körperliche Unversehrtheit ist in §2 unserer Verfassung geregelt und damit eines der höchsten Rechtsgüter unserer Republik. Datenschutz hat übrigens, entgegen anderslautenden Behauptungen, keinen Verfassungsrang.

Ziel des Datenschutzes in der Medizin sollte nicht sein, den Zugang zu und die Nutzung von Daten zu verhindern, sondern Patienten gegen den Missbrauch ihrer Daten zu schützen.

Schutz vor Missbrauch und Informationelle Selbstbestimmung

Der Schutz von Patientendaten ist eines der ältesten Rechtsgüter überhaupt und durch die ärztliche Schweigepflicht seit der Antike geregelt. Der heutige rechtliche Rahmen findet sich in § 9 Abs.1 der Musterberufsordnung der in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) sowie in den Berufsordnungen der Landesärztekammern und regelt das Patientengeheimnis, dessen Reichweite und dessen Verletzungen umfassend.

Verfassungsrang wird dem Datenschutz auf Grund eines Urteils des Bundesverfassungsgerichtes aus dem Jahr 1983 zugeschrieben, in dem es um die bei der damaligen Volkszählung erhobenen Bürgerdaten ging. Der in diesem Urteil geprägte Begriff der „informationellen Selbstbestimmung“ macht seitdem eine steile Karriere in deutschen Landesdatenschutzgesetzen¹. Der Rechtsbegriff ist in anderen Ländern völlig unbekannt, findet ganz offensichtlich weder im Steuer-, Personenstands- oder Melderecht Anwendung und wird weder im Grundgesetz noch in der DSGVO erwähnt. Was die DSGVO dagegen einfordert, ist die Kontrolle über die „eigenen“ Daten¹, vor allem ein Recht gegen deren missbräuchliche Verwendung. Das verstehen viele Datenschützer als Auftrag zum Schutz gegen Zugriff, der mit einer einfachen Zustimmung zur zweckgemäßen Nutzung und Weitergabe offenbar nicht zu regeln ist. Ein Kollege von mir hat, nach überstandener Krebserkrankung, seinen behandelnden Arzt gebeten, ihm seine Kontrollbefunde, mit vorheriger schriftlicher Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht, per Email unverschlüsselt zuzusenden. Dies war nicht möglich, weil auf Grund von Vorgaben des örtlichen Datenschützers der Kollege ja nicht wüsste, welche Gefahren von unverschlüsselten Emails ausgehen und es Aufgabe des Datenschutzes sei, den Patienten vor sich selbst zu schützen. So viel zur deutschen Lesart der DSGVO.

Datenschutz fordert Menschenleben

Erschütternd liest sich ein Beitrag, der berichtet, dass potenziell lebensrettende Immuntherapien an einer Klinik des National Institutes of Health (NIH) in den Vereinigten Staaten, für die Stammzellspenden erforderlich waren und Spender in der deutschen Spenderdatei ermittelt worden waren, nicht, oder nur mit lebensbedrohlicher Zeitverzögerung durchgeführt werden konnten. Auf Grund der Vorgaben der DSGVO durften wichtige Informationen über die potenziellen Spender nicht an die zuständigen amerikanischen Gesundheitsbehörden, hier das NIH, weitergegeben werden². Hierdurch schränkt die DSGVO den Austausch von Gesundheitsdaten zwischen Ländern drastisch ein, selbst wenn Spender dem zugestimmt haben sollten. Begründung ist das Nicht-Bestehen eines

angemessenen Schutzniveaus im Drittland, so dieses nicht unter den Regularien der europäischen DSGVO arbeitet. Auch die transatlantische Zusammenarbeit der Krebsregister wird seit der Einführung des DSGVO erheblich erschwert, was zu einer Verzerrung der Erkenntnisse, vor allem bei seltenen Krebserkrankungen führt.

Der Austausch von Patientendaten zwischen Medizinern kann Menschenleben retten und die Beweggründe sind andere als bei Google, Amazon oder der Schufa. Die DSGVO berücksichtigt diesen Unterschied nicht.

Die Vorgabe, dass in jedem Fall ein schriftliches Einverständnis des Patienten zur Nutzung und Weitergabe selbst anonymisierter Gesundheitsdaten erforderlich ist, hat noch ganz andere Konsequenzen. Ein Beispiel ist das Trauma-Register der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie DGU, in dem seit fast 30 Jahren die Behandlungsergebnisse von mittlerweile über 450.000 schwerverletzten Patienten in Deutschland und Ländern wie der Schweiz umfassend und anonym dokumentiert werden. Seit Einführung der DSGVO ist die Anzahl der Datensätze um 17% gesunken³, weil es bei den am schwersten Verletzten oder gar Verstorbenen oft unmöglich ist, ein schriftliches Einverständnis für die anonyme Dateneingabe zu erhalten. Dies verzerrt die Statistiken natürlich erheblich und macht ihre Qualität zunichte, auf deren Basis lange Jahre die aktuellen S3-Leitlinien und Behandlungsempfehlungen für Schwerverletzte immer wieder angepasst wurden. Auch das gefährdet letztlich Menschenleben.

Datenschutz und medizinischer Erkenntnisgewinn

Gemeinsam haben Wissenschaftsrat und Deutsche Forschungsgemeinschaft die Defizite im Feld der Klinischen Studien der deutschen Universitätsmedizin im internationalen Vergleich untersucht und entsprechende Empfehlungen an die Wissenschaftspolitik gerichtet⁴. Von zahlreichen Wissenschaftlern wird auch die deutsche Anwendung der DSGVO für diese Defizite verantwortlich gemacht. Fehlender Pragmatismus, die Unterstellung, Patientinnen und Patienten seien nicht mündig genug, um die Folgen einer Zurverfügungstellung ihrer Daten für die Wissenschaft zu übersehen, lange Wege im Antragswesen, komplizierte Ausgestaltungen der Datenschutzbestimmungen und seitenlange Unterlagen in klinischen Studien halten nicht nur die Industrie davon ab, klinische Studien in Deutschland durchzuführen. Die gedruckten Patienteninformationen zu möglichen Datenschutzrisiken sind oft um ein Vielfaches länger als die Aufklärung über die Risiken der eigentlichen, zu untersuchenden Intervention. In der Coronapandemie wurden Defizite besonders deutlich. Als die Nachverfolgung von Infektionsfällen und die Warnung vor Kontakten noch hohe

Priorität hatten, konnte die deutsche Version der Corona-Warn-App diese Aufgabe nicht wirklich erfüllen, weil ein „angemessener Datenschutz dem Virus nach Meinung der Datenschützer nicht zum Opfer fallen durfte“⁵.

Die wichtigsten Forschungsergebnisse und Behandlungsfortschritte zur Bekämpfung der Coronapandemie kamen nicht aus Deutschland. Unsere Auslegung der DSGVO ist einer der Gründe.

Von Forschenden wird diese Interpretation der DSGVO als einer der Gründe genannt, warum die entscheidenden Impfstudien zur Coronapandemie in Großbritannien und nicht in Deutschland durchgeführt wurden⁶. Die Erkenntnisse zur Bedeutung der Kortison-Therapie bei schwerer Covid-19-Infektion im Krankenhaus lieferte die britische Recovery-Studie⁷, die in zwei Jahren über 46.000 Patienten in Großbritannien eingeschlossen hat und kontinuierlich weitere Erkenntnisse zu wirksamen und nicht wirksamen Behandlungen der COVID-19-Infektion liefert⁸. Im deutschen Netzwerk Universitätsmedizin Konsortium des BMBF wurde bisher nicht einmal ein Zehntel dieser Patientenzahlen eingeschlossen und die Zahl der daraus veröffentlichten Studien und Behandlungsempfehlungen ist eher überschaubar.

Datensparsamkeit oder Patientenwohl

Zu den Grundsätzen für die Verarbeitung personenbezogener Daten gehört neben der Zweckbindung (Abs. 1b, Art. 5 DSGVO) die Datenminimierung, also die Beschränkung auf das dem Zweck der Verarbeitung unbedingt notwendige Maß (Abs. 1b, Art. 5 DSGVO)⁹. Das soll die Sammelwut von Google und Amazon eingrenzen, aber auch die von staatlichen Behörden. Völlig kontraproduktiv ist dieser Grundsatz der Datensparsamkeit, wenn es um die klinischen Daten einzelner Patienten geht oder um medizinische Daten aus klinischen Studien, bei Krankheitsregistern oder bei populationsbasierten epidemiologischen Untersuchungen. Je umfassender die eingeschlossenen Daten sind, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit bisher unbekannte Zusammenhänge aufzudecken: zwischen Medikamenten und ihren Nebenwirkungen oder unerwarteten Gesundheitseffekten, und zwischen Laborparametern, Biomarkern oder Umwelteinflüssen und der Entstehung von Krankheiten. Fördert man mit den Steuergeldern der Bürger solche Forschung, sollten diese erwarten können, dass der größtmögliche Nutzen und Erkenntnisgewinn aus ihren Daten gezogen wird, um die Krankenversorgung der Zukunft zu verbessern.

Datensparsamkeit und Fristvorgaben zur Vernichtung von medizinischen Daten sind eine riesige Verschwendung menschlicher, wirtschaftlicher und wissenschaftlicher Ressourcen.

Datensparsamkeit, also möglichst nur das Nötigste zu erfragen, zu messen oder zu erheben, engste Zweckbestimmung, dass Daten aus einer ursprünglich für Bluthockdruck genehmigten Studie nicht für Fragestellungen zu Herz- und Nierenerkrankungen erneut ausgewertet werden dürfen, und eine vorgegebene Vernichtung von Daten nach einigen Jahren machen in der Medizin nicht den geringsten Sinn. Sie sind eine unglaubliche Verschwendung menschlicher, wirtschaftlicher und wissenschaftlicher Ressourcen. Einmal gesammelte klinische Daten einer Studie nach 15 Jahren zu vernichten bedeutet, dass alle Aufzeichnungen des weltweit größten Trichinose-Ausbruchs (1982 in Bitburg) im Jahr 1997 in den Aktenvernichter gegeben oder die digitalen Erhebungsbögen gelöscht worden wären. Die Langzeitbeobachtungen, die wir inzwischen über 40 Jahre nach Erkrankungsbeginn der Trichinose haben, wären heute nach DSGVO nicht mehr möglich und über die Behandlungsmöglichkeiten und letztlich Todesursachen der Betroffenen wüssten wir nichts.

Der Sachverständigenrat Gesundheit (SVR), unter dem Vorsitz von Ferdinand Gerlach, empfiehlt in seinem Gutachten über die „Digitalisierung für Gesundheit“ schon im Jahr 2017, längst überholte Konzepte, wie das der Datensparsamkeit, zu streichen. Um Patientenversorgung und Forschung enger zu verzahnen, sollten, im Gegenteil, der Wissenschaft „möglichst viele Daten zur Verfügung stehen“¹⁰, mit einer Betonung auf der „Qualität der Daten und deren möglichst breiten Verwendbarkeit, über den ursprünglichen Erhebungszweck hinaus, in auffindbarer, zugänglicher, interoperabler und wiederverwendbarer Form“¹¹. Also, nicht mehr Datensparsamkeit, enge Zweckbindung und Datenlöschung, sondern den Fokus weg von „Daten dürfen nicht in die falschen Hände geraten“ hin zu, dass die richtigen Daten in die richtigen Hände gelangen, dorthin wo erforscht wird, was gesund hält, was krank macht und wie man Krankheiten behandeln kann¹⁰.

Passiert ist in diese Richtung seit fünf Jahren nichts. Vielleicht wird unter der Ampelkoalition ein im Koalitionsvertrag angekündigtes Gesundheitsdatennutzungsgesetz jetzt Wirklichkeit¹², dass das Anrecht der Patienten auf eine optimale Nutzung seiner vorhandenen Gesundheitsdaten berücksichtigt¹³.

Patienten müssen vor dem Missbrauch ihrer Daten unbedingt geschützt werden. Sie haben aber auch ein Recht darauf, dass alle ihre Daten für den Erhalt oder die Wiederherstellung der eigenen Gesundheit zur Verfügung stehen und für die Forschung ‚auf der Basis einer guten und breiten Datenqualität‘ eingesetzt werden¹⁴. Die Medizin braucht endlich neue und eigene Regelungen in der DSGVO.

Literatur

1. Winfried Veil. Die Schutzgutmisere des Datenschutzrechts (Teil II). CR-online.de. <https://www.cr-online.de/blog/2019/03/18/die-schutzgutmisere-des-datenschutzrechts-teil-ii/>, Zugriff am 31.01.2022.
2. Piotr Heller. Wenn Datenschutz den medizinischen Fortschritt gefährdet. Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 10.05.2021. <https://www.faz.net/aktuell/wissen/medizin-ernaehrung/wenn-europaeischer-datenschutz-den-medizinischen-fortschritt-gefaehrdet-17330572.html>, Zugriff am 28.01.2022
3. Christiane Badenberg. Kritik an DSGVO. Unfallchirurgen: Übertriebener Datenschutz gefährdet Menschenleben. Ärztezeitung vom 19.04.2021.
<https://www.aerztezeitung.de/Politik/Unfallchirurgen-sehen-Menschenleben-durch-uebertriebenen-Datenschutz-gefaehrdet-418893.html>, Zugriff am 01.02.2022.
4. Eckard Picht. Klinische Studien. Stellungnahme der Arbeitsgruppe „Klinische Studien“ der DFG-Senatskommission für Grundsatzfragen in der Klinischen Forschung. 2018.
https://www.dfg.de/download/pdf/dfg_im_profil/geschaeftsstelle/publikationen/stellungnahmen_papiere/2018/181025_stellungnahme_ag_klinische_studien.pdf?msckid=186f366aa86911ec89170a0d44f0412c, Zugriff am 20.3.2022.
5. Matthias Drobinski. Informationelle Selbstbestimmung „Der Datenschutz darf nicht dem Virus zum Opfer fallen“. Süddeutsche Zeitung vom 05.02.2021. <https://www.sueddeutsche.de/politik/corona-app-datenschutz-1.5196409>, Zugriff am 28.01.2022.
6. Werner Bartens. Im internationalen Vergleich sind wir nicht gut. Süddeutsche Zeitung vom 28.09.2021. <https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/medikamente-covid-deutschland-forschung-1.5423308>, Zugriff am 18.01.2022.
7. The Recovery Collaborative Group. Dexamethasone in Hospitalized Patients with Covid-19. NEJM 2021;384: 693-704. DOI: 10.1056/NEJMoa2021436.
8. RECOVERY Randomisation Evaluation of COVID-19 Therapy. Information for site staff.
<https://www.recoverytrial.net/for-site-staff>, Zugriff am 21.03.2022.
9. Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). <https://dsgvo-gesetz.de/>, Zugriff am 01.02.2022.
10. Christian Geinitz. „Daten teilen heißt heilen“. Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 24.03.2021.
https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/an-spahn-digitalisierung-im-gesundheitswesen-kann-leben-rettet-17260743.html?printPagedArticle=true#pageIndex_3, Zugriff am 28.01.2022.
11. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Digitalisierung für Gesundheit. Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems.
https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2021/SVR_Gutachten_2021.pdf, Zugriff am 01.02.2022.

12. Koalitionsvertrag 2021 - 2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei (SPD), Bündnis 90/Die Grünen und den Freien Demokraten (FDP). Mehr Fortschritt Wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit.

<https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/04221173eef9a6720059cc353d759a2b/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1>, Zugriff am 18.02.2022.

13. Rebecca Beerheide. Interview mit Professor Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, Vorsitzender des Sachverständigenrates (SVR): „Wir fordern einen modernen und zeitgemäßen Datenschutz“ Dtsch Arztebl 2021; 118(21): A-1040 / B-859. [https://www.aerzteblatt.de/archiv/219241/Interview-mit-Professor-Dr-med-Ferdinand-M-Gerlach-Vorsitzender-des-Sachverstaendigenrates-\(SVR\)-Wir-fordern-einen-modernen-und-zeitgemaessen-Datenschutz](https://www.aerzteblatt.de/archiv/219241/Interview-mit-Professor-Dr-med-Ferdinand-M-Gerlach-Vorsitzender-des-Sachverstaendigenrates-(SVR)-Wir-fordern-einen-modernen-und-zeitgemaessen-Datenschutz), Zugriff am 28.01.2022.

14. Heyo K. Kroemer. Digitale Medizin – Die „Teslarisierung“ der deutschen Forschung. Magdeburger News. <https://www.magdeburger-news.de/?c=20210712091153>, Zugriff am 01.02.2022.

REFERENTENSTATEMENT

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

Die Auswirkungen der Digitalisierung auf unseren Sozialstaat und damit auch die Gesundheitsversorgung der Zukunft werden aktuell noch weitestgehend unterschätzt. Digitale Dienste sind auf unseren Handys bereits heute nicht nur optionale Apps, sondern vielmehr Teil eines digitalen Ökosystems, dessen Bedeutung noch weiter zunehmen wird. Von echten digitalen Plattformen für die eigene Gesundheit sind wir jedoch noch entfernt.

Zu den zentralen Voraussetzungen und damit Herausforderungen, die vor uns liegen, zählt die digitale Infrastruktur. Cloud-Anwendungen müssen der neue Standard in der stationären Versorgung werden, um so den Anforderungen einer effizienten Datenverarbeitung in Versorgung und Forschung Rechnung zu tragen. Der große Vorteil ist hierbei, dass IT-Services unabhängig vom Standort eines Rechenzentrums bereitstehen. Es eröffnet sich hiermit auch die Option, medizinische Versorgung dezentraler und damit dichter an den Patientinnen und Patienten anzubieten, als dies derzeit möglich ist. Doch auch Edge-Computing wird eine wichtige Rolle spielen. Gemeint ist die Verlagerung von Rechen- und Speicherkapazitäten aus der Cloud auf mobile Endgeräte, womit eine ressourcenschonende Datenübertragung zwischen dezentralen und zentralen Komponenten erreicht werden kann. Mit diesen modernen IT-Architekturen können schnell innovative Digitalisierungslösungen entwickelt und in der Breite ausgerollt werden.

Gerade für den Einsatz mobiler Endgeräte in virtuellen privaten Netzwerken (VPN) müssen erforderliche Rechtsgrundlagen und Standards praktikabel gestaltet werden, um flexible Arbeitsmodelle auch in der Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Die sichere Nutzung von Fremdgeräten (*bring your own device*) ist beispielsweise ein derzeit noch ungelöstes Problem. Auch die Landesdatenschutz- und Landeskrankenhausgesetze müssen harmonisiert werden, um den versorgungs- und forschungsfeindlichen, regionalen Flickenteppich unterschiedlicher Vorgaben in den einzelnen Bundesländern zu beenden.

Digitalisierung bekommen wir nicht zum Nulltarif, und gerade in den ersten Jahren der digitalen Transformation ist mit einem hohen Investitionsbedarf zu rechnen. In Anerkennung der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Bedeutung der Health-IT müssen die Schaffung und der Einsatz von digitalen Infrastrukturen zur Erhebung und Verarbeitung von Daten in hoher Qualität eine eigene

Finanzierung erhalten. Über die reguläre Kostenerstattung in der Gesundheitsversorgung wird dies nicht zu leisten sein.

Nicht außer Acht lassen müssen wir aber auch die Veränderungen, die die Einführung neuer Technologien mit sich bringt. Digitale Transformation ist nicht nur Technologisierung, sondern auch ein Kulturwandel: Viele Konzepte, die bisher vor allem in der Arbeitswelt und in den Arbeitsprozessen des IT-Sektors vorzufinden waren, werden mehr und mehr auch das Gesundheitswesen prägen. Darauf müssen wir vorbereitet sein, um den digitalen Wandel im Sinne der Versorgung unserer Patientinnen und Patienten gemeinsam zu gestalten.

Es gilt das gesprochene Wort!
Wiesbaden, Mai 2022

Quellen und weitere Referenzen:

- Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg, Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften (2021)
- Digitalisierung für Gesundheit, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2021)
- Future of Health – Der Aufstieg der Gesundheitsplattformen, Roland Berger (2021)
- Smart Health Systems, Bertelsmann Stiftung (2018)

REFERENTENSTATEMENT

Digitalisierung aus Sicht der jungen Ärztegeneration

Dr. med. Anahita Fathi, Sprecherin der AG Junge DGIM, Fachärztin I. Med. Klinik – Sektion Infektiologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Technologischer Fortschritt, die zunehmende Nutzung digitaler Systeme und die Weiterentwicklung künstlicher Intelligenz (KI) haben Einfluss auf unser tägliches Leben und eröffnen auch der Medizin neue Möglichkeiten und eine Chance, die Patient:innenversorgung nachhaltig zu verbessern. Die Implementation von digitalen Systemen in der Medizin ist daher ein zentrales Anliegen vieler Akteure im Gesundheitssystem.^{1,2}

Durch den Einsatz von Telemedizin können aus der Distanz Diagnostik und Befundungen auch in Settings mit limitierten Ressourcen durchgeführt werden. KI-Applikationen können bereits prähospital und in der breiten Bevölkerung eingesetzt werden und Ärzt:innen in ihrer Entscheidungsfindung unterstützen. Eine umfängliche Digitalisierung der Dokumentation von Therapieverläufen verbessert zudem die Kontinuität der Patient:innenbehandlung. Auch die Forschung profitiert von dem Daten- und Informationsgewinn, der durch die Digitalisierung erreicht werden kann. Insgesamt führt digitale Innovation daher zu einer höheren Qualität der Patientenversorgung.

Während die Möglichkeiten, die die Digitalisierung bietet, vielversprechend sind, zeichnet der Status quo ein anderes Bild: In deutschen Kliniken wird vielerorts noch über Fax kommuniziert.³

Verschlüsselte E-Mail-Systeme sind oft nicht vorhanden, sodass der weitaus schnellere, unkompliziertere und schlichtweg zeitgemäßere Austausch via E-Mail über und mit Patient:innen nicht möglich ist. Eine flächendeckende Nutzung der digitalen Patientenakte, wie sie in anderen Ländern bereits Standard ist, wurde in Deutschland noch nicht umgesetzt. Dies führt zu einem Informationsverlust, der sich nachteilig auf die Patient:innenversorgung auswirkt. Hierdurch müssen Ergebnisse bereits durchgeführter Untersuchungen, wenn sie nicht vorliegen, zeitaufwendig angefordert und unter Umständen wiederholt werden. Untereinander inkompatible Systeme unterschiedlicher Einrichtungen führen zudem zu einem erhöhten Dokumentationsaufwand. So müssen meldepflichtige Infektionen wie SARS-CoV-2 noch immer per Fax gemeldet werden, da eine einheitliche Infrastruktur für die Meldungen noch nicht vorliegt.

Während die Pandemie uns den Verbesserungsbedarf auf dem Gebiet der Digitalisierung schmerzhaft vor Augen geführt hat, hat sie auch Entwicklungsprozesse angestoßen. Die digitale Vernetzung mit Kolleg:innen anderer Fachgebiete wurde vorangetrieben und telemedizinische Sprechstunden und

Beratungen wurden weiter ausgebaut. Viele Fortbildungen für Ärzt:innen sind zudem nun digital verfügbar und ermöglichen einen demokratischen Zugang zu Wissen.

Durch die aktuellen Entwicklungen wird zunehmend klar, dass die Digitalisierung in der Medizin kein Nischenthema, sondern von zentraler Bedeutung ist. Als junge Ärzt:innen wollen und müssen wir diesen Prozess mitgestalten, um die digitalen Prozesse auf die Bedürfnisse unserer Patient:innen anzupassen. Wichtig ist hierbei sowohl der Schutz von Patient:innendaten vor dem Zugriff und einer kommerziellen Nutzung von Dritten, als auch unbürokratische Möglichkeiten zur Datenspende zu schaffen, um die Qualität der klinischen Versorgung und der Forschung zu optimieren. Bei der Entwicklung von KI-Anwendungen muss außerdem die Diversität unserer Gesellschaft abgebildet werden, um möglichen Bias der Algorithmen vorzubeugen. Des Weiteren ist es notwendig, sicherzustellen, dass das Vertrauen und die Intimität, die die Grundlage der Arzt-Patienten-Beziehung bilden, trotz dieser neuen Möglichkeiten weiterhin gewährleistet sind. Um den Veränderungsprozess zu begleiten und Gesundheitspersonal zu unterstützen und zu schulen, benötigen die IT-Abteilungen unserer klinischen Institutionen zudem eine adäquat und insbesondere personell bessere Ausstattung. Junge Mediziner:innen sollten bereits in ihrer Ausbildung digitale Kompetenzen erlernen, um die Innovation, die die Digitalisierung uns bietet, auch umsetzen zu können. Da die Digitalisierung für uns in der Jungen DGIM ein so wichtiges Thema darstellt, haben wir ihr in unserem Tagungsprogramm auf dem Jahreskongress eine eigene Session gewidmet.

Es gilt das gesprochene Wort!
Wiesbaden, Mai 2022

Quellen und weitere Referenzen:

- 1 Bündnis Junger Ärzte. Positionspapier des Bündnisses Junge Ärzte (BJÄ) zu Digitalisierung, Applikationen (Apps) und künstlicher Intelligenz im Gesundheitswesen. *Chirurg* 91, 265-266 (2020).
- 2 World Health Organization. *FROM INNOVATION TO IMPLEMENTATION – eHealth in the WHO European Region*, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/302331/From-Innovation-to-Implementation-eHealth-Report-EU.pdf (2016).
- 3 Ärztezeitung. *Ärzte faxen am liebsten*, <https://www.aerztezeitung.de/Kooperationen/Aerzte-faxen-am-liebsten-310948.html> (2017).

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 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“

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

Moderation: Dr. Adelheid Liebendörfer, Pressestelle der DGIM, Stuttgart

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 **#dgim2022**

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