

Eröffnungs-Presskonferenz

anlässlich des 131. Kongresses der DGIM

Termin: Samstag, 3. Mai 2025, 12.00 bis 13.00 Uhr

Vor Ort: Pressekonferenzraum, 2. OG, RMCC Wiesbaden

Themen und Referierende:

Resilienz – sich und andere stärken

Professor Dr. med. Jan Galle

*Vorsitzender der DGIM 2024/2025 und Präsident des 131. Internistenkongresses,
Direktor der Klinik für Nephrologie und Dialyseverfahren, Klinikum Lüdenscheid*

Stressoren gelassen begegnen: Resilienz als Grundpfeiler der internistischen Handlungskompetenz

*Professor Dr. med. Imad Maatouk, Schwerpunktleiter Psychosomatische Medizin, Uniklinikum
Würzburg*

Medizin in Krisengebieten: Überleben in humanitären Extremsituationen

Dr. med. Tankred Stöbe

*Internist, Rettungsmediziner und Buchautor, ehemaliger Präsident von „Ärzte ohne Grenzen e.V.“
in Deutschland*

Herausforderung Hitze: Strategien für eine widerstandsfähige Gesellschaft aus ärztlicher Sicht

Dr. med. Martin Herrmann

Mitgründer und Vorsitzender von KLUG e.V. (Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit)

Aus der Krankheit in den Spitzensport: Rückschläge im Leben als Chance begreifen

Franziska Liebhardt

*Dreifach organtransplantierte Paralympicssiegerin und Vorsitzende des Vereins Kinderhilfe
Organtransplantation – Sportler für Organspende e.V. (KiO)*

Von der Digitalisierung bis zur KI: Erwartungen der nächsten Ärztegeneration an ein modernes Gesundheitswesen

Dr. med. Christian Becker

Sprecher der JUNGEN DGIM und Facharzt für Kardiologie am Universitätsklinikum Göttingen

Moderation: Anne-Katrin Döbler, Pressestelle DGIM

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Janina Wetzstein / Katharina Weber

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Pressestelle

Fon +49[0]711/8931-457/-583

wetzstein@medizinkommunikation.org / weber@medizinkommunikation.org

www.dgim.de / www.kongress.dgim.de

www.linkedin.com/company/dgim-ev/ / www.facebook.com/DGIM.Fanpage/ / www.instagram.com/dgim_ev

#dgimkongress

Pressemitteilung

131. Kongress der DGIM vom 3. bis 6. Mai 2025 – Hybridkongress Wiesbaden/Online

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

Resilienz im Gesundheitswesen – Warum widerstandsfähige Strukturen Patientensicherheit bedeuten

Wiesbaden, 3. Mai 2025 – Rund 30 Prozent der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland leiden unter psychischer Erschöpfung (1-3). Wie bleibt medizinisches Personal trotz hoher Arbeitsbelastung, komplexer Herausforderungen und ständigem Zeitdruck dennoch leistungsfähig? Welche Strategien helfen, um die psychische Widerstandskraft zu fördern? Der 131. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM), der in diesem Jahr unter dem Motto „Resilienz – sich und andere stärken“ steht, widmet sich diesen Fragen. Der Kongress bietet zahlreiche Fachvorträge mit praxisnahen Strategien zur Resilienzförderung in der Inneren Medizin. Auch die heutige Eröffnungspressekonferenz beleuchtet das Thema aus verschiedenen Perspektiven.

Internistinnen und Internisten tragen täglich eine hohe Verantwortung für die Gesundheit ihrer Patientinnen und Patienten. Neben komplexen Krankheitsbildern sind sie mit steigenden administrativen Anforderungen und einem oft herausfordernden Arbeitsumfeld konfrontiert. „Die Fähigkeit, auch unter hoher Belastung professionell zu handeln und gleichzeitig die eigene körperliche und mentale Gesundheit zu schützen, ist eine sehr wichtige Kompetenz in der Inneren Medizin“, sagt Kongresspräsident Professor Dr. med. Jan Galle, Direktor der Klinik für Nephrologie und Dialyseverfahren am Klinikum Lüdenscheid.

„Resilienz ist kein individuelles Nice-to-have, sondern systemrelevant“, betont auch Professor Dr. med. Imad Maatouk, Leiter des Schwerpunkts Psychosomatische Medizin am Universitätsklinikum Würzburg und Mitglied der Programmkommission Psychosomatik. „Ohne belastbare Ärztinnen und Ärzte leidet nicht nur die medizinische Versorgung, sondern auch die Patientensicherheit. Nur wer selbst nicht zusammenbricht, kann andere retten.“ Entscheidend sei die Fähigkeit, sich nach schwierigen Fällen mental zu regenerieren und die eigene psychische Gesundheit langfristig zu erhalten.

Wie Menschen mit mentalen Herausforderungen umgehen, ist dabei auch eine Frage der Biologie. „Die Fähigkeit, mit Stress umzugehen, hängt von einem Gleichgewicht bestimmter Hormone im Körper ab“, erklärt Maatouk. Beeinflusst werde es von der sogenannten HPA-Achse aus Hypothalamus, Hypophyse und Nebennierenrinde, dem „Stresshormon“ Cortisol und dem dopaminergen System, so der Experte (4). Resiliente Menschen zeichnen vor allem zwei Eigenschaften aus: „Zum einen erholen sie sich nach stressigen Situationen körperlich sehr schnell, zum anderen bewerten sie Stresssituationen grundsätzlich positiv.“ Dennoch sei Resilienz keine rein individuelle Eigenschaft, sondern ein dynamischer Prozess. Im Arbeitsumfeld und gerade in der medizinischen Versorgung gebe es strukturelle Rahmenbedingungen, die die Fähigkeit zur Resilienz der

Mitarbeitenden unterstützen können. „Klare Kommunikation, eine wertschätzende Feedbackkultur und interdisziplinäre Zusammenarbeit tragen dazu bei, die kollektive Resilienz im Gesundheitswesen zu stärken“, so der Psychosomatiker.

Systemische Ansätze zur Förderung von Resilienz

Entsprechend sieht der Experte das Gesundheitssystem selbst in der Verantwortung, Resilienz fördernde Strukturen zu schaffen. Dazu gehören interdisziplinäre Teams und gezielte Fortbildungsangebote. „Resilienz lässt sich trainieren“, bestätigt Maatouk. Es gebe wissenschaftlich fundierte Methoden wie kognitiv-behaviorale und achtsamkeitsbasierte Ansätze, um die seelische Widerstandskraft zu stärken. Ein Resilienz orientiertes Curriculum als Teil der Weiterbildung könne dazu beitragen, jungen Ärztinnen und Ärzten Handlungssicherheit und Belastbarkeit zu vermitteln. „Gute Kommunikation im klinischen Alltag trägt zudem entscheidend zur Vermeidung von Behandlungsfehlern bei“, so der Experte. Bis zu 80 Prozent der Behandlungsfehler seien auf mangelhafte Kommunikation zurückzuführen (5).

Resilienz in der Patientenversorgung

Doch nicht nur für Ärztinnen und Ärzte sei Resilienz eine wichtige Eigenschaft. Auch Patientinnen und Patienten profitierten davon, so Experte: „Resiliente Menschen zeigen eine bessere Anpassungsfähigkeit an schwere Erkrankungen, was sich positiv auf den Heilungsverlauf und die Lebensqualität auswirkt.“ Studien legen nahe, dass Resilienz fördernde Interventionen insbesondere bei chronischen Erkrankungen zu besseren Behandlungsergebnissen führen können (6).

Schlüsselkompetenz in der Inneren Medizin

„Resilienz ist eine Schlüsselkompetenz in der Inneren Medizin und muss auf individueller, teambezogener und systemischer Ebene gezielt gefördert werden“, betont Kongresspräsident Galle. „Wir brauchen eine Arbeitskultur, die nicht nur Leistung fordert, sondern auch Erholung und psychische Gesundheit systematisch unterstützt.“ Der DGIM Kongress 2025 bietet die Möglichkeit, die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse zu diesem Thema zu diskutieren und konkrete Maßnahmen für den klinischen Alltag abzuleiten. Denn nur ein resilientes Gesundheitssystem kann langfristig eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung und die Gesundheit der Behandelnden sicherstellen.

Literatur und weiterführende Links:

- (1) Grassi, L., & Magnani, K. (2000). Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession: an Italian study of general practitioners and hospital physicians. *Psychotherapy and psychosomatics*, 69(6), 329-334.
- (2) Helaß, M., Haag, G. M., Bankstahl, U. S., Gencer, D., & Maatouk, I. (2023). Burnout among German oncologists: a cross-sectional study in cooperation with the Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie Quality of Life Working Group. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 149(2), 765-777.
- (3) Werdecker L, Esch T. Burnout, satisfaction and happiness among German general practitioners (GPs): A cross-sectional survey on health resources and stressors. *PLoS One*. 2021 Jun 18;16(6):e0253447. doi: 10.1371/journal.pone.0253447. PMID: 34143849; PMCID: PMC8213182.

- (4) Agorastos A, Chrousos GP. The neuroendocrinology of stress: the stress-related continuum of chronic disease development. *Mol Psychiatry*. 2022;27:502–13.
- (5) Hannawa AF, Jonitz G (2017), *Neue Wege für die Patientensicherheit: Sichere Kommunikation. Evidenzbasierte Kernkompetenzen mit Fallbeispielen aus der medizinischen Praxis*. Berlin/Boston: Walter de Gruyter
- (6) Ye, Z. et al (2017). Predicting changes in quality of life and emotional distress in Chinese patients with lung, gastric, and colon-rectal cancer diagnoses: the role of psychological resilience. *Psycho-oncology*, 26(6), 829-835.
- (7) Reinhardt, F., Tesarz, J., & Maatouk, I. (2025). Resilienz als integraler Bestandteil der internistischen Handlungskompetenz. *Die Innere Medizin*, 1-7.

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.

Ausgewählte Vorträge zum Thema Resilienz während des Kongresses:

Samstag, 3. Mai 2025:

- 9:00 – 10:15 Uhr: Resilienz und Gesundheit in der Praxis Saal 1 (hybrid), Hauptsitzung
10:45 – 12:00 Uhr: Resilienz – das Must-have im Arztberuf Saal 1 (hybrid), Forum der JUNGEN DGIM
14:45 – 16:00 Uhr: Umgang mit Belastungen bei Mitarbeitenden im Gesundheitswesen Saal 8 (Präsenz), Trillium 2025: Drei Fachgebiete, ein Thema
14:45 – 16:00 Uhr: Resilienz im Blick auf die planetare Gesundheitskrise Saal 13 (hybrid), KLUG e. V.

Sonntag, 4. Mai 2025:

- 8:00 – 9:15 Uhr: Klimaresilienz - Traum oder Wirklichkeit? Saal 4 (Präsenz), Klinisches Symposium
Plenarsitzung:
13:00 – 14:30 Uhr: Resilienz in der Medizin – Strategien für eine nachhaltige Gesundheitsversorgung Saal 1 (hybrid), Plenarvortrag mit anschließender Panel-Diskussion
14:45 – 16:00 Uhr: Resilienz und Leistungsfähigkeit im Gesundheitswesen Saal 1 (hybrid), Hauptsitzung

Montag, 5. Mai 2025:

- 9:00 – 10:15 Uhr: Psychologische Kurzintervention für die hausärztliche Praxis Saal 8 (Präsenz)
16.30 – 18:15 Uhr: Resilienz – Patienten-Empowerment bei CED und funktionellen GI-Beschwerden Saal 1 (hybrid), Hauptsitzung

Dienstag, 6. Mai 2025:

- 9:00 – 10:15 Uhr: Resilienz fördernde Interventionen in der Onkologie Saal 6 (hybrid). Trillium 2025: Drei Fachgebiete, ein Thema
9:00 – 10:15 Uhr: Resilienz im Berufsleben Saal 4 (Präsenz)

Weitere Informationen, das vollständige Kongressprogramm und die Registrierung finden Sie unter:
<https://kongress.dgim.de>

Pressekontakt für Rückfragen:

Janina Wetzstein / Katharina Weber

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Pressestelle

Fon +49[0]711/8931-457/-583

wetzstein@medizinkommunikation.org / weber@medizinkommunikation.org

www.dgim.de / www.kongress.dgim.de

www.linkedin.com/company/dgim-ev/ / www.facebook.com/DGIM.Fanpage/

www.instagram.com/dgim_ev

#dgimkongress

Pressemitteilung

131. Kongress der DGIM vom 3. bis 6. Mai 2025 – Hybridkongress Wiesbaden/Online

Europa erwärmt sich am schnellsten: Gesundheitsgefahr durch Hitze gehört längst zum Alltag – und braucht dringend Strategien

Wiesbaden, 3. Mai 2025 – Sie kommt ohne Sirene, sie löst keinen Lockdown aus – und kostet doch jedes Jahr Tausende von Menschenleben: Hitze ist längst zur unsichtbaren Gesundheitskrise geworden. Allein im Sommer 2022 starben in Deutschland rund 9100 Menschen an den Folgen extremer Hitze (1) – deutlich mehr als durch Verkehrsunfälle und Drogenkonsum zusammen. Dennoch fehlen vielerorts grundlegende Schutzmaßnahmen. Der 131. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM) widmet sich im Rahmen seines Schwerpunktthemas „Resilienz – sich und andere stärken“ der Frage, wie der gesundheitliche Hitzeschutz systematisch gestärkt werden kann.

„Hitze ist das größte durch den Klimawandel bedingte Gesundheitsrisiko in Deutschland – und es trifft eine zunehmend vulnerable Bevölkerung“, sagt Dr. med. Martin Herrmann, Mitbegründer und Vorsitzender von KLUG e. V. (Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit). Hitzewellen gefährden vor allem ältere und chronisch kranke Menschen, belasten das Gesundheitssystem und können sich zu Katastrophenlagen mit großflächigen Versorgungsengpässen entwickeln. Gerade ältere Menschen verlieren mit zunehmendem Alter die Fähigkeit zur effektiven Thermoregulation, also der Anpassung des Körpers an hohe Umgebungstemperaturen. Gleichzeitig sind sie häufiger von Herz-Kreislauf-, Nieren- oder Lungenerkrankungen betroffen, die sich durch Hitzebelastung verschlimmern können. Bestimmte entwässernde oder Blutdruck senkende Medikamente können zudem die körpereigene Wärmeregulation stören. Zudem erhöhen kognitive Einschränkungen, Immobilität und soziale Isolation das Risiko, eine Hitzewelle nicht rechtzeitig wahrzunehmen oder nicht angemessen darauf zu reagieren. „Für diese Betroffenen ist Hitze keine Unannehmlichkeit, sondern ein potenziell lebensbedrohlicher Stressor“, so Herrmann. Die Folgen reichen von Dehydrierung über Herzinfarkt bis hin zum plötzlichen Todesfall.

Bündnisse, Bildung und Beratung: Hitzeaktionstag am 4. Juni

Trotz der alarmierenden Situation und der weiter fortschreitenden Klimakrise steht der gesundheitliche Hitzeschutz in der gesundheitspolitischen Debatte noch am Anfang. „Umso wichtiger ist es, dass die Ärzteschaft nicht auf politische Rahmenbedingungen wartet, sondern dort handelt, wo sie bereits heute Einfluss hat“, sagt Herrmann. Dazu zählt vor allem, Patientinnen und Patienten in Praxen und Kliniken gezielt über Hitzefolgen zu informieren und eine sogenannte klimasensible Gesundheitsberatung anzubieten. Ärztinnen und Ärzte sollten sich zudem aktiv an regionalen Hitzeaktionsplänen beteiligen, ihre Stimme in gesundheits- und klimapolitischen Debatten einbringen und über mögliche Risiken aufklären – etwa im Rahmen des bundesweiten Hitzeaktionstags am 4. Juni 2025, der von der Bundesärztekammer und KLUG e. V. organisiert wird; in Kooperation mit über 50 Partnerinstitutionen aus dem Gesundheitswesen, der Pflege, den Kommunen und der Zivilgesellschaft. Auch im medizinischen Alltag gibt es Handlungsspielraum: durch klimabewusste Medikamentenwahl,

notwendige Anpassung der Dosierung von Medikamenten, die Vermeidung medizinischer Überversorgung oder eine gesündere, pflanzenbetonte Ernährung in Versorgungseinrichtungen. Nicht zuletzt fordert der DGIM-Kongress dazu auf, Klima- und Gesundheitswissen fest in Lehre, Fortbildung und auch in den Organisationsstrukturen von Krankenhäusern und Praxen zu verankern – damit sie langfristig resilienter und nachhaltiger werden.

DGIM-Kongress als Plattform für konkrete Handlungsperspektiven

„Die Innere Medizin steht vor der Aufgabe, nicht nur Krankheiten zu behandeln, sondern aktiv Gesundheitsgefahren vorzubeugen – auch vor dem Hintergrund der Klimakrise“, betont auch Kongresspräsident Professor Dr. med. Jan Galle. Unter „Klimaresilienz“ verstehe man die Verbindung von Klimaanpassung und Klimaschutz – ein Konzept, das für die Zukunftsfähigkeit von Gesundheitssystemen von größter Bedeutung sei. Mit Vorträgen, Diskussionsforen und Workshops bietet der DGIM-Kongress 2025 Raum für Wissenstransfer und praxisnahe Strategien. Die Session „Klimaresilienz – Traum oder Wirklichkeit?“ (4. Mai 2025, 8:00 Uhr) und das Forum „Resilienz angesichts der planetaren Gesundheitskrise“ (3. Mai 2025, 14:45 Uhr) stellen aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse zur Diskussion und fördern die interprofessionelle Vernetzung. „Wir Internistinnen und Internisten müssen aufhören, Hitze als Ausnahmesituation zu behandeln“, sagt Herrmann. „Sie ist Teil unseres Alltags. Und den müssen wir medizinisch gestalten – bevor er uns gesundheitlich überfordert.“

Quelle:

(1) <https://www.aerzteblatt.de/archiv/hitzeassoziierte-mortalitaet-im-extremsommer-2022-3b613a95-f63e-46b6-aa37-cbe301075f07>

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.

Pressekontakt für Rückfragen:

Janina Wetzstein / Katharina Weber

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Pressestelle

Fon +49[0]711/8931-457/-583

wetzstein@medizinkommunikation.org / weber@medizinkommunikation.org

www.dgim.de / www.kongress.dgim.de

www.linkedin.com/company/dgim-ev/ / www.facebook.com/DGIM.Fanpage/

www.instagram.com/dgim_ev

#dgimkongress

STATEMENT

Resilienz – sich und andere stärken

Professor Dr. med. Jan Galle

Vorsitzender der DGIM 2024/2025 und Präsident des 131. Internistenkongresses, Direktor der Klinik für Nephrologie und Dialyseverfahren, Klinikum Lüdenscheid

„Resilienz – sich und andere stärken“ – unter diesem Leitthema steht der diesjährige Internistenkongress. Es ist ein Thema, das aktueller kaum sein könnte. Die vergangenen Jahre haben uns vor Augen geführt, wie verletzlich unser Gesundheitssystem ist: die Pandemie, geopolitische Krisen wie der Krieg in der Ukraine, der Klimawandel, ökonomische Unsicherheiten und nicht zuletzt tiefgreifende strukturelle Herausforderungen.

Schon 2022 – in einer Zeit, als wir noch mitten in der Pandemie steckten – habe ich dieses Kongress-Motto gewählt. Denn Resilienz betrifft nicht nur den Einzelnen, sondern ganze Systeme. Es geht darum, wie wir als Ärztinnen und Ärzte, als Fachgesellschaften, als Gesellschaft insgesamt mit Belastungen umgehen – und was wir tun müssen, um diese Belastungen künftig besser zu bewältigen. Resilienz ist der Umgang mit Stressoren – und das gilt für Individuen, Staaten und Strukturen gleichermaßen.

Resilienz auf drei Ebenen denken

Wie im Kongressprogramm abgebildet: Wir betrachten Resilienz auf verschiedenen Ebenen:

1. **Individuell** – wie können wir uns selbst stärken?
2. **Strukturell** – was braucht das System, um leistungsfähig zu bleiben?
3. **Zukunftsorientiert** – welche Rolle spielen Digitalisierung, Aus- und Weiterbildung und eine zukunftsfeste Krankenhausstruktur?

Aktuelle Stressoren im System

Zu den größten Belastungsfaktoren im Gesundheitssystem zählen aktuell:

- der **akute Fachkräftemangel**, der viele Teams an die Belastungsgrenze bringt
- der enorme **bürokratische Aufwand**, der oft wertvolle ärztliche Zeit bindet
- die **Herausforderungen bei der Integration internationaler Fachkräfte**
- und der **ökonomische Druck**, der medizinische Entscheidungen zunehmend mitbestimmt

Wir geben in Deutschland viel Geld für Gesundheit aus – doch wir müssen es **klüger** und **gerechter** einsetzen.

Die Rolle der Krankenhausreform

Die DGIM begrüßt die angestoßene Krankenhausreform. Es ist gut, dass das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz auf den Weg gebracht wurde. Doch vieles ist noch unklar – etwa bei den Leistungsgruppen oder der Rolle der ärztlichen Weiterbildung. Wir bringen uns als Fachgesellschaft aktiv in diesen Prozess ein, damit die Reform nicht nur ein Papiertiger bleibt, sondern wirklich wirkt.

Digitalisierung als Beitrag zur Resilienz

Ein weiteres wichtiges Thema: Digitalisierung. Sie ist kein Allheilmittel – aber sie kann helfen, Resilienz zu steigern. Im DGIM-Futur-Forum zeigen wir beispielsweise, wie **Kommunikations-Roboter** in der Notaufnahme Sprachbarrieren überbrücken und Abläufe verbessern können. Solche technischen Hilfsmittel können entlasten – aber nur, wenn sie klug in die Versorgung eingebettet sind.

Individuelle Resilienz – ein Schlüssel zur Gesunderhaltung

Resilienz beginnt bei uns selbst. Jede und jeder von uns braucht Pausen, Ausgleich, einen Rückzugsort. Für mich persönlich ist das die Hobbyfliegerei – für andere mag es Sport, Kultur oder das Zusammensein mit Familie und Freunden sein. Wichtig ist, dass wir die **Selbstfürsorge ernst nehmen** – und dafür auch strukturelle Freiräume schaffen.

Fazit

Der diesjährige Internistenkongress ist mehr als ein fachlicher Austausch – er ist auch eine Plattform für zukunftsweisende Diskussionen. Er ist ein Aufruf: **Lasst uns gemeinsam das System stärken – und uns selbst!**

Resilienz ist nicht nur ein individuelles Konzept, sondern eine **gesundheitpolitische Notwendigkeit**. Wenn wir nicht jetzt handeln, riskieren wir die Handlungsfähigkeit des Systems – und die Gesundheit der Menschen, die darin arbeiten.

Ich lade Sie ein, mit uns zu diskutieren: Wie sieht ein widerstandsfähiges Gesundheitssystem der Zukunft aus? Welche Reformen brauchen wir? Und wie können wir dabei die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten sowie der medizinischen Fachkräfte gleichermaßen im Blick behalten? Im Anschluss an mein Statement erwarten Sie spannende Perspektiven von Kolleginnen und Kollegen, die Resilienz aus ganz unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchten:

- Professor **Imad Maatouk** zeigt, warum **Resilienz ein zentraler Bestandteil ärztlicher Handlungskompetenz** ist.

*Eröffnungs-Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM)
anlässlich des 131. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.
Samstag, 3. Mai 2025, 12.00 bis 13.00 Uhr*

- Dr. **Tankred Stöbe** berichtet von **medizinischen Einsätzen in humanitären Krisengebieten** – und davon, wie Menschen in Extremsituationen überleben.
- Dr. **Martin Herrmann** widmet sich der Frage, wie wir **eine Gesellschaft resilient gegenüber Klimakrisen** gestalten können.
- Paralympicssiegerin **Franziska Liebhardt** gibt einen sehr persönlichen Einblick: wie sich Rückschläge im Leben in Stärke verwandeln lassen.
- Und Dr. **Christian Becker**, Sprecher der JUNGEN DGIM, spricht über die **Erwartungen der nächsten Ärztegeneration an ein zukunftsfestes Gesundheitswesen**.

Es gilt das gesprochene Wort!
Wiesbaden, Mai 2025

STATEMENT

Von der Wissenschaft zur Praxis: Resilienz als Grundpfeiler der internistischen Handlungskompetenz

Prof. Dr. med. Imad Maatouk, Schwerpunktleiter Psychosomatische Medizin, Uniklinikum Würzburg

Resilienz in der Inneren Medizin – ein Muss, kein Kann

In der Inneren Medizin stehen Ärztinnen und Ärzte täglich vor großen Herausforderungen: Komplexe Krankheitsbilder, Zeitdruck und emotionale Belastungen prägen den klinischen Alltag. Resilienz – die Fähigkeit, sich an Belastungen anzupassen und mit schwierigen Situationen konstruktiv umzugehen – ist daher eine essenzielle Handlungskompetenz. Wer hier bestehen will, braucht mehr als Fachwissen. Er braucht innere Stärke. Resilienz.

Resilienz ist nicht individuell, sie ist systemrelevant.

Resilienz betrifft angesichts der komplexen Herausforderungen unserer Zeit die gesamte Gesellschaft. Es geht nicht nur um den Einzelnen. Es geht um das ganze medizinische System. Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, Kliniken – und am Ende die Patientenversorgung. Ohne Resilienz findet Überlastung statt und es passieren Fehler.

Warum Resilienz? Weil die Realität sie fordert.

Wir beobachten gerade eine steigende Radikalisierung unserer Gesellschaft. Das betrifft auch die Situation in den Krankenhäusern und in den Praxen.

Der Schutz vor emotionaler Erschöpfung und Traumatisierung wird dadurch noch bedeutsamer:

Die Belastung steigt. Bis zu 30 Prozent der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland leiden unter psychischer Erschöpfung. Resilienzstrategien helfen, diese enormen emotionalen Belastungen zu bewältigen und langfristig die Leistungsfähigkeit zu erhalten. Resilienz ist dabei eine Haltung, die es zu entwickeln, zu fördern und zu vermitteln gilt.

Nur wer selbst nicht untergeht, kann andere retten.

Bessere Patientenversorgung durch Resilienz.

Resiliente Ärztinnen und Ärzte haben einen klaren Kopf – auch unter Druck. Sie treffen bessere Entscheidungen. Sie kommunizieren präziser. Sie sind präsenter für ihre Patientinnen und Patienten. Gerade in schwierigen Krankheitsphasen macht das den Unterschied. Zwischen Unsicherheit und Halt. Zwischen Chaos und Struktur. Resilienz ist kein Luxus. Sie ist essenziell für eine Medizin, die nicht nur heilt, sondern auch führt.

Institutionen in der Pflicht:

Resilienz ist kein Privatthema. Sie muss gefördert werden. Strukturell. Durch Teamkultur, Supervision, gesunde Arbeitsbedingungen. Krankenhäuser und Praxen müssen Verantwortung übernehmen. Das Gesundheitssystem kann Anreize schaffen, die Kommunikation mit Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen zu fördern. Gesetzliche Rahmenbedingungen helfen und sind zielführend.

Resilienzförderung – ein zentraler Auftrag der medizinischen Weiterbildung:

Junge Ärztinnen und Ärzte stehen häufig unter erheblichem Druck. Eine systematische Resilienzförderung sollte integraler Bestandteil der internistischen Weiterbildung sein, um den Herausforderungen nachhaltig begegnen zu können.

Fazit: Resilienz entscheidet über die Zukunft der Inneren Medizin.

Es braucht eine neue Haltung. Neben medizinischer Exzellenz: mentale Exzellenz. Neben Wissen: Widerstandskraft. Nur wer selbst stabil bleibt, kann andere heilen.

Resilienz ist keine individuelle Privatsache, sondern ein Schlüsselfaktor für die Zukunftsfähigkeit der Inneren Medizin. Neben medizinischer Expertise brauchen wir resiliente Strukturen in der Ausbildung, im Klinikalltag und in der interdisziplinären Zusammenarbeit. Nur so können wir langfristig die Qualität der Patientenversorgung sicherstellen und die Gesundheit der Behandelnden schützen.

Es gilt das gesprochene Wort!

Wiesbaden, Mai 2025

Literatur und weiterführende Links:

Rotenstein, L. S., Torre, M., Ramos, M. A., Rosales, R. C., Guille, C., Sen, S., & Mata, D. A. (2018). Prevalence of burnout among physicians: a systematic review. *JAMA*, 320(11), 1131-1150.

Helaß, M., Haag, G. M., Bankstahl, U. S., Gencer, D., & Maatouk, I. (2023). Burnout among German oncologists: a cross-sectional study in cooperation with the Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie Quality of Life Working Group. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 149(2), 765-777.

Reinhardt, F., Tesarz, J., & Maatouk, I. (2025). Resilienz als integraler Bestandteil der internistischen Handlungskompetenz. *Die Innere Medizin*, 1-7.

PSU AKUT: <https://psu-akut.de/>

Innere Medizin 2025 · 66:350–359
<https://doi.org/10.1007/s00108-024-01830-z>
 Angenommen: 4. Dezember 2024
 Online publiziert: 14. Januar 2025
 © The Author(s), under exclusive licence to
 Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2025

Redaktion

Jan Galle, Lüdenscheid



Resilienz als integraler Bestandteil der internistischen Handlungskompetenz

Franziska Reinhardt¹ · Jonas Tesarz^{2,3} · Imad Maatouk¹¹ Medizinische Klinik II, Lehrstuhl für Integrierte Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Würzburg, Würzburg, Deutschland² Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland³ Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz, Mainz, Deutschland**In diesem Beitrag**

- Ziel der Arbeit
- **Biologische Grundlagen der Resilienz: Stressbewältigung und Anpassungsmechanismen**
- **Resilienz in der medizinischen Versorgung**
Resilienz von Patienten: unterstützende und schützende Funktion bei der Krankheitsbewältigung • Resilienz im Arztberuf: Schutz vor Stress und Burn-out • Institutionelle Resilienz: Verantwortung des Gesundheitssystems • Resilienz in der ärztlichen Weiterbildung: nachhaltige Zukunftsfähigkeit
- **Schlussfolgerung: Resilienz als dynamischer Prozess**

Zusammenfassung

Ärzt:innen in der Inneren Medizin sind hohen Belastungen ausgesetzt. Zustände chronischer emotionaler Erschöpfung und Burn-out sind weit verbreitet. Resilienz – die Fähigkeit, mit schwierigen Situationen umzugehen und sich an widrige Gegebenheiten anzupassen – ist essenziell. Resiliente Ärztinnen und Ärzte bleiben ruhig, treffen klare Entscheidungen und sind in der Lage, ihr kollegiales Umfeld zu unterstützen sowie selbst Unterstützung einzufordern und in Anspruch zu nehmen. Resilienz lässt sich auch auf biologischer Ebene beschreiben und wird durch biologische Mechanismen wie die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse beeinflusst. Doch auch die Resilienz aufseiten der Patient:innen sollte in der Inneren Medizin noch stärker berücksichtigt werden. Resiliente Patient:innen können besser mit den Belastungen durch die Erkrankungen und Folgen der Behandlungen umgehen, was nicht nur den Heilungs- und Regenerationsprozess fördert, sondern auch die Anpassungsfähigkeit an eine veränderte Lebenssituation im Fall einer neu aufgetretenen gesundheitlichen Herausforderung stärkt. Interventionen, die individuelle Bewältigungsstrategien und soziale Unterstützung aktivieren, können den Verlauf chronischer Erkrankungen positiv beeinflussen. Ein hohes Resilienzniveau trägt zur Qualität der Patientenversorgung bei. Sie basiert neben biologischen vor allen Dingen auf psychologischen und sozialen Faktoren und kann gezielt gefördert und trainiert werden.

Schlüsselwörter

Burn-out · Arbeitsbedingter Stress · Bewältigungsstrategien · Soziale Unterstützung · Qualität der Patientenversorgung

Die Belastungen im klinischen Alltag sind für viele Ärzt:innen immens: Zeitdruck, komplexe Krankheitsbilder und emotionale Herausforderungen prägen den Arbeitsalltag, insbesondere in der Inneren Medizin. In Deutschland zeigen Studien, dass bis zu 30% der Ärzt:innen von Burn-out betroffen sind, ein Zustand emotionaler Erschöpfung, der nicht nur die berufliche Leistungsfähigkeit, sondern auch die Qualität der Patientenversorgung beeinträchtigen kann [6, 16, 41]. Der Umgang mit diesen Herausforderungen erfordert

nicht nur medizinisches Fachwissen, sondern auch die Kompetenz zur Resilienz.

Ein konkretes Fallbeispiel veranschaulicht dies:

Fallbeispiel. Dr. Müller, eine erfahrene Internistin, und Dr. Meier, eine junge Ärztin in Weiterbildung, werden zu einer Notfallsituation gerufen. Ein junger Patient mit einer schweren Sepsis muss innerhalb von Minuten stabilisiert werden. Während Frau Meier angesichts des hektischen Geschehens sichtlich angespannt ist und ihre Unsicherheit zeigt, bewahrt Dr. Müller eine



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

bemerkenswerte Ruhe. Sie gibt klare Anweisungen an das Team und unterstützt Dr. Meier mit gezielten Anleitungen. Trotz des Drucks bleibt Dr. Müller fokussiert und priorisiert präzise die entscheidenden Maßnahmen zur Rettung des Patienten. Nach der akuten Phase erklärt sie Dr. Meier ihre Vorgehensweise und nimmt sich Zeit für das Gespräch mit dem besorgten Vater des Patienten. In den folgenden Tagen kümmert sich Dr. Müller weiterhin um den Fall, reflektiert belastende Momente bewusst und nutzt Entspannungstechniken zur mentalen Erholung. Diese Kombination aus Gelassenheit und gezieltem Einsatz von Resilienzstrategien ermöglicht es ihr, auch unter extremen Druck klar und handlungsfähig zu bleiben. Im Gegensatz dazu wirkt Frau Meier, die noch am Anfang ihrer beruflichen Laufbahn steht, durch die emotionalen Herausforderungen sichtbar belastet – ein Aspekt, der mit zunehmender Erfahrung und gezielten Unterstützungsangeboten langfristig besser bewältigt werden könnte.

Resilienz spielt in der Inneren Medizin eine zentrale Rolle, da Internist:innen täglich mit hochkomplexen Krankheitsbildern, hohem Zeitdruck und intensiver Verantwortung konfrontiert sind. Neben fachlicher Expertise ist oft auch emotionale Unterstützung gefordert. Die Fähigkeit, sich nach der Versorgung schwieriger Fälle mental zu regenerieren und die eigene psychische Gesundheit langfristig zu bewahren, ist entscheidend. Ein Mangel an Resilienz kann hingegen das Risiko für einen Burn-out erhöhen und die Qualität der Patientenversorgung beeinträchtigen.

Resilienz ist auch als ein zentraler Schutzfaktor anzusehen, der das psychische Wohlbefinden und inneres Gleichgewicht stabilisiert sowie die Grundlage für eine empathische und effektive Kommunikation mit PatientInnen schafft.

Merke.

- Resilienz spielt in der Inneren Medizin eine zentrale Rolle, da Internist:innen täglich mit hochkomplexen Krankheitsbildern, hohem Zeitdruck und intensiver Verantwortung konfrontiert sind.
- Ein Mangel an Resilienz kann das Risiko für einen Burn-out erhöhen und

die Qualität der Patientenversorgung beeinträchtigen.

Ziel der Arbeit

Ziel dieses Beitrags ist es, eine umfassende narrative Übersicht zu Bedeutung und Förderung von Resilienz in der Inneren Medizin zu geben. Im Zentrum stehen folgende Fragestellungen:

- Warum ist Resilienz für die internistische Handlungskompetenz essenziell?
- Welche wissenschaftlichen Erkenntnisse und praxisnahen Empfehlungen existieren bereits?
- Wie kann Resilienz gezielt gefördert werden?

Dieser Beitrag bietet einen praxisrelevanten Überblick, der aktuelle wissenschaftliche Evidenz mit konkreten Ansätzen für die klinische Praxis verbindet.

Biologische Grundlagen der Resilienz: Stressbewältigung und Anpassungsmechanismen

Resilienz ist ein multidimensionaler, komplexer Prozess [14], der von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird. In den letzten Jahren wurden jedoch zunehmend biologische Korrelate identifiziert; diese weisen darauf hin, dass auch physiologische Mechanismen eine bedeutende Rolle bei der Stressbewältigung spielen. Die zentralen Rollen von Cortisol, Kortikosteron („corticosterone“, CORT) und der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren(HPA)-Achse in der Stressbewältigung sind gut dokumentiert. Diese Mechanismen bereiten den Körper sowohl auf akuten Stress als auch auf langfristige Anpassungen vor [1]. Glukokortikoidhormone wie Cortisol wirken in Kombination mit stressbezogenen Signalen wie Neuropeptiden und Corticotropin-Releasing-Hormon (CRH), indem sie 2 zentrale Rezeptoren aktivieren: Mineralokortikoidrezeptoren (MR) und Glukokortikoidrezeptoren (GR). Diese fungieren wie ein Schalter, der den zirkadianen Rhythmus und die Stressantwort des Körpers reguliert. Der Aktivierungsmechanismus ermöglicht eine rasche Reaktion auf Stressoren, während der „Ausschaltprozess“ überschießende Abwehrreaktionen verhindert, zugleich den

Energieverbrauch optimiert sowie Erholung und langfristige Anpassungsprozesse unterstützt [44].

Walker et al. [38] erweitern dieses Verständnis durch die Untersuchung physiologischer Resilienzmarker wie Herzratenvariabilität (HRV) und poststressbedingter kardiovaskulärer Erholung. Resilientere Individuen erzielen schnellere Erholungszeiten nach Stresssituationen, was darauf hinweist, dass physiologische Mechanismen, die das Gleichgewicht der Stressreaktion regulieren, ein wesentlicher Bestandteil der Resilienz sind.

Neben den beschriebenen Mechanismen spielt das dopaminerge System, insbesondere die Projektionen zum Nucleus accumbens (NAc), eine Schlüsselrolle in der Resilienzbildung [42]. Bei resilienten Individuen bleibt die dopaminerge Erregung auch unter Stresssituationen aktiviert, was eine bewusste Wahrnehmung positiver Kognitionen wie Freude und Hoffnung ermöglicht [4, 10].

Resilienz ist kein statisches Merkmal, sondern ein dynamischer Prozess, der auf der Integration biologischer, psychologischer und sozialer Systeme basiert. Die biologischen Mechanismen, wie die Regulation der HPA-Achse, die Funktion von Glukokortikoid- und Dopaminrezeptoren und die Herzratenvariabilität, schaffen die physiologische Grundlage, auf der psychologische und soziale Ressourcen zur Stressbewältigung aufbauen können. Das Zusammenspiel dieser Faktoren ermöglicht es resilienten Individuen, auf Stress flexibel zu reagieren, sich schnell zu erholen und positive kognitive Bewertungen beizubehalten – was letztlich sowohl die körperliche als auch die psychische Gesundheit fördert [36].

Merke.

- Resilienz basiert auf der Integration biologischer, psychologischer und sozialer Systeme.
- Ihr Zusammenspiel ermöglicht es resilienten Individuen, auf Stress flexibel zu reagieren, sich schnell zu erholen und positive kognitive Bewertungen beizubehalten.

Resilienz in der medizinischen Versorgung

Resilienz von Patienten: unterstützende und schützende Funktion bei der Krankheitsbewältigung

Trotz dieser Erkenntnisse bleiben die Messung und Definition von Resilienz in der wissenschaftlichen Gemeinschaft ein komplexes und oft uneinheitliches Thema, was zu Herausforderungen bei der praktischen Anwendung und der Entwicklung evidenzbasierter Studien führt [5]. Betrachtet man die Rolle von Resilienz in der Gesundheitsversorgung, sollte diese als ein umfassender Prozess verstanden werden, der sowohl auf individueller als auch auf systemischer Ebene einen wesentlichen Einfluss auf die Bewältigung von Stress hat. Angesichts dieser Bedeutung ist es wichtig, zunächst die Resilienz von Patienten in den Fokus zu rücken, da sie eine zentrale Funktion bei der Anpassung an schwere Erkrankungen und deren Behandlung einnimmt. Darüber hinaus erfordert auch die Resilienz der Behandler sowie des institutionellen Umfelds besondere Aufmerksamkeit, um den vielfältigen Herausforderungen des Gesundheitssystems wirksam begegnen zu können.

Naheliegender ist, sich diese beschriebenen Mechanismen zunächst für Patienten anzuschauen. Gerade in einem Umfeld, das häufig von unvorhersehbaren Belastungen und hohen Anforderungen geprägt ist, können resiliente Patienten besser auf die Herausforderungen, die mit schweren Erkrankungen oder langwierigen Behandlungen einhergehen, reagieren [17].

In diesem Zusammenhang möchten wir zunächst verdeutlichen, wie Resilienz innerhalb der Patientenversorgung eine unterstützende und schützende Funktion übernehmen kann. Studien belegen, dass nicht nur direkte Effekte auf den Heilungsprozess beschrieben werden können, sondern auch das langfristige Wohlbefinden und die Anpassungsfähigkeit der Patienten an ihre neuen Lebensrealitäten gestärkt werden [43]. Interventionen, die das Aktivieren eigener Handlungskompetenzen, die Nutzung individueller Bewältigungsstrategien sowie soziale Unterstützung fördern, können entscheidenden Einfluss

auf den Verlauf chronischer Erkrankungen und die Rekonvaleszenz nehmen [15, 43].

In einer umfassenden epidemiologischen Studie mit über 10.000 Teilnehmenden im Alter zwischen 51 und 89 Jahren wurden die Auswirkungen von Resilienz auf die Zunahme an Schwierigkeiten bei Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) und instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) über einen Zeitraum von 2 Jahren untersucht. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass ein höheres Maß an Resilienz vor einer Zunahme der ADL- und IADL-Einschränkungen, die mit dem Auftreten von chronischen Erkrankungen einhergehen, schützt [18].

Zudem legen Forschungsergebnisse nahe, dass Resilienz mit gezielten Interventionen gestärkt werden kann. Eine hochrangige systematische Übersichtsarbeit mit Metaanalyse bestätigt die allgemeine Wirksamkeit von resilienzfördernden Interventionen, weist jedoch darauf hin, dass diese Ergebnisse aufgrund anhaltender definitorischer Unklarheiten mit großer Vorsicht interpretiert werden sollten [13]. In den Fächern der Inneren Medizin wie Kardiologie und Onkologie besteht die Notwendigkeit, spezifische interprofessionelle und interdisziplinäre Ansätze, bei denen PsychosomatikerInnen/ PsychologInnen, FachinternistInnen und Pflegefachkräfte eng kooperieren, zu entwickeln und zu evaluieren. Solche Konzepte sind insbesondere in der Onkologie bereits teilweise etabliert [29, 30]. Ein großes Potenzial können dabei kognitiv-verhaltenstherapeutische und achtsamkeitsbasierte Therapieansätze bieten [11].

Die beschriebenen Mechanismen sind von besonderer Relevanz im Gesundheitssystem – nicht nur für Patienten, sondern auch für Behandler und das institutionelle Umfeld. Es ist wichtig, das Spannungsfeld zu beleuchten, in dem wir tagtäglich agieren. Der organisationale Kontext und die strukturellen Rahmenbedingungen in der Patientenversorgung machen die Entwicklung und Förderung von Resilienz besonders bedeutsam. Stress am Arbeitsplatz, der Verlust von Autonomie sowie der permanente Druck durch Status, Produktivität, klinische Verpflichtungen und notwendige Reformen schaffen ein belastendes Umfeld für alle Beteiligten [21, 39]. Diese Faktoren führen zu einer übermäßigen Arbeitsbelas-

tung bei den Ärzt:innen, was die Anfälligkeit für Fehler erhöht und die Qualität der medizinischen Versorgung mindert, wovon letztlich auch die Patientenversorgung betroffen ist [12]. Organisatorische Defizite tragen somit maßgeblich zu den Herausforderungen in der Patientenversorgung bei und erfordern eine strukturelle Neuorientierung [22, 31]. Studien zeigen, dass durch frühzeitige institutionelle Maßnahmen, wie die Implementierung von Resilienzprogrammen, nicht nur Fehlzeiten und Personalknappheit reduziert, sondern auch das Wohlbefinden der Mitarbeiter langfristig verbessert werden kann [31].

Angesichts der beschriebenen Herausforderungen innerhalb des Gesundheitssystems – sei es durch arbeitsbedingten Stress, strukturelle Defizite oder institutionelle Einschränkungen – wird deutlich, dass Resilienz eine zentrale Rolle im Umgang mit diesen Widrigkeiten spielen muss. Insbesondere im Hinblick auf die Patientenversorgung ist es von entscheidender Bedeutung, Resilienz nicht nur als individuelle Fähigkeit, sondern auch als systemische Schlüsselkompetenz zu betrachten.

Resilienz im Arztberuf: Schutz vor Stress und Burn-out

Studien belegen einwandfrei, dass Burn-out, beschrieben durch Symptome wie emotionale Erschöpfung, verringerte Leistungsfähigkeit und Depersonalisationserleben [19], bei Ärzt:innen deutlich häufiger auftritt als in anderen Berufen, einschließlich anderer Gesundheitsfachberufe [26]. Dies geht sogar so weit, dass dies in *The Lancet* als „Epidemie“ und sogar „globale Krise“ bezeichnet wird [35]. In diesem Zusammenhang kann Resilienz eine Handlungskompetenz, die dem ärztlichen Personal hilft, besser mit den enormen Belastungen des Arbeitsumfeldes umzugehen, darstellen. Resilienz befähigt Ärzt:innen nicht nur dazu, auf Stress effektiv zu reagieren, sondern auch langfristig ihre psychische Gesundheit zu bewahren und den Herausforderungen des ärztlichen Alltags erfolgreich zu begegnen.

Gezielte Resilienzförderung kann als wirksame Burn-out-Prophylaxe bei Ärzt:innen eingesetzt werden. Es ist jedoch von besonderer Bedeutung zu betonen,

dass dies nicht ausschließlich durch die Aktivierung individueller Ressourcen der Ärzte erreicht werden kann. Vielmehr bedarf es zusätzlicher institutioneller Schutzmaßnahmen sowie der Stärkung sozialer Netzwerke. Insbesondere erwies sich die Förderung von Kommunikation innerhalb des medizinischen Teams als hilfreich, um kollektive Resilienz zu stärken und die Belastung durch Stress zu mindern [35, 39].

Merke. Ein unterstützendes Team stärkt die kollektive Resilienz und reduziert individuelle Belastungen.

Institutionelle Resilienz: Verantwortung des Gesundheitssystems

Wie bereits einleitend dargestellt, sind auch die Ärzt:innen Teil des medizinischen Systems. Eine Förderung der organisatorischen Ebene sollte eine zentrale Rolle spielen. Der organisationale Resilienzprozess lässt sich aus der Systemtheorie ableiten (siehe u. a. [45]) und kann als die Fähigkeit eines Systems beschrieben werden, sich selbst zu erhalten oder seine ursprüngliche Funktionsweise wiederherzustellen [8]. Resilienz wird nicht ausschließlich als Reaktion auf Bedrohungen verstanden, sondern auch als die Fähigkeit, Chancen zu nutzen. Übertragen auf das medizinische System bedeutet dies, dass es nicht nur darum gehen sollte, Mitarbeiter vor Burn-out und Überlastung zu schützen, sondern auch proaktiv Möglichkeiten zur Potenzialentfaltung zu schaffen [8]. Die Erfassung des Potenzials eines Systems kann durch 4 zentrale Bereiche strukturiert werden: reagieren, überwachen, lernen und antizipieren. Diese Strukturierung, die durch umfangreiche Forschung unterstützt wird [9, 25, 31], verdeutlicht den praktischen Nutzen für die Umsetzung in der Inneren Medizin. Konkret lassen sich folgende Maßnahmen ableiten:

1. *Das Potenzial zu reagieren:* Flexibilität, insbesondere in Zeiten außergewöhnlicher Herausforderungen wie der Pandemie, wird als entscheidender Faktor hervorgehoben. Es gilt, Strukturen zu schaffen, die es ermöglichen, schnell auf wechselnde Anforderungen zu reagieren. Diese Strukturen können durch starke Führungskompetenz,

Verpflichtung und Verantwortlichkeit innerhalb des Teams gefestigt werden [9, 25].

2. *Das Potenzial zu überwachen:* Potenzielle Belastungssituationen müssen frühzeitig erkannt werden, um sie effektiv zu bewältigen. Dies erfordert klare Kommunikationsstrukturen und Rollenklarheit innerhalb der Teams, die Transparenz fördern und die Zusammenarbeit erleichtern. Maßgebliche Faktoren sind die wahrgenommene Unterstützung auf Mitarbeiterebene und die kollektive Unterstützung. Auf diese Weise können die Effizienz gesteigert und der Umgang mit stressreichen Situationen optimiert werden [9, 25, 31].
3. *Das Potenzial zu lernen:* Zentrale Feedback-Prozesse sind wesentlich für die kontinuierliche Verbesserung. Der Fokus sollte sowohl auf negativen als auch positiven Ergebnissen liegen, um eine ausgewogene Lernkultur zu fördern. Die Anerkennung positiver Leistungen trägt maßgeblich nicht nur zum individuellen Wachstum, sondern auch zur institutionellen Weiterentwicklung bei [25, 31]. Die Betonung auf dem, was gut gelaufen ist, ist ein zentraler Aspekt. Positive Emotionen reduzieren physiologisches Arousal (im Sinne einer Aktivierung durch gesteigerten Sympathikotonus) und erweitern den Aufmerksamkeitsfokus [7].
4. *Das Potenzial zu antizipieren:* Proaktiv auf zukünftige Anforderungen zu reagieren sowie ineffiziente Prozesse zu identifizieren und umzugestalten, ist ein wesentlicher Aspekt für die Resilienz eines Systems. Diese Fähigkeit ermöglicht es, langfristige Lösungen zu entwickeln, die das System widerstandsfähiger gegenüber zukünftigen Herausforderungen machen und es gleichzeitig anpassungsfähiger gestalten [9, 25, 31].

Durch die Umsetzung dieser Prinzipien könnte ein Arbeitsumfeld entstehen, das nicht nur kurzfristige Krisen bewältigt, sondern auch die Grundlage für langfristige und nachhaltige Leistungsfähigkeit schafft.

Merke. Resilienz ist kein festes Persönlichkeitsmerkmal, sondern ein dynamischer Prozess, der sich durch gezielte Förderung entwickeln kann.

Diese Ergebnisse mögen ambitioniert wirken und stellen zunächst einen Vorschlag dar. Doch ihr Potenzial liegt darin, die individuelle Last von den Schultern der Ärzt:innen zu nehmen, indem die persönliche Verantwortung reduziert wird. Anstatt die Last allein auf die individuellen Fähigkeiten der Ärzt:innen zu fokussieren, ermöglichen diese Ansätze die Schaffung von Strukturen, die Verantwortung auf organisatorischer Ebene verteilen. Dies würde nicht nur die Resilienz des medizinischen Systems stärken, sondern auch einen Kulturwandel einleiten, der die institutionelle Unterstützung in den Vordergrund rückt und die Verantwortung des gesamten Systems für das Wohl der Ärzt:innen und die Qualität der Patientenversorgung betont. Ein solcher Wandel wäre ein wichtiger Schritt hin zu einer Medizin, die sowohl die individuelle als auch die systemische Resilienz fördert und letztlich zu einer verbesserten Patientenversorgung führen könnte [25].

Resilienz in der ärztlichen Weiterbildung: nachhaltige Zukunftsfähigkeit

Zu guter Letzt möchten wir uns einem weiteren wichtigen Aspekt der Resilienz widmen: der curriculären Verankerung und Förderung von Resilienzpotenzialen. Es ist entscheidend, dass Resilienz nicht nur in der täglichen Praxis gefördert, sondern auch integraler Bestandteil der medizinischen Aus- und Weiterbildung wird. Insbesondere Ärzt:innen in Weiterbildung erleben in ihrer täglichen Routine einen erheblichen Leidensdruck, der häufig im Spannungsfeld zwischen komplexen medizinischen Entscheidungen und dem Verlust von Patienten entsteht [20]. Dieser emotionale Druck führt oft zu einem erhöhten Risiko für Stress und Burn-out [2]. Um diesem vorzubeugen, sollte die Vermittlung von Resilienzfaktoren systematisch in der Weiterbildung verankert werden.

Merke. Resilienztraining sollte als fester Bestandteil in der ärztlichen Weiterbildung verankert sein.

Es gibt eine intensive Forschung, die sich mit spezifischen psychologischen Resilienzfaktoren befasst; diese werden im Alltagsverständnis oft als Resilienz bezeichnet, wie etwa in den populären „Sieben Säulen der Resilienz“ [27]. Obwohl diese singuläre Sichtweise in wissenschaftlichen Kreisen als eindimensional betrachtet wird, kann sie im Weiterbildungskontext einen wertvollen Ansatz bieten. Insbesondere in der ärztlichen Weiterbildung können diese Konzepte dazu beitragen, Handlungskompetenzen zu entwickeln und Ärzte besser auf die Herausforderungen ihres Berufsalltags vorzubereiten. Zu diesen Faktoren zählen u. a. Optimismus, aktive Problembewältigung, Emotionsregulation, sinnstiftende Aufgaben sowie altruistisches Verhalten [37]. Ebenso bedeutsam ist, sich als Teil einer Gruppe zu verstehen. Dies beinhaltet sowohl strukturierte Lernprogramme als auch die emotionale Unterstützung [33, 34]. Auch achtsamkeitsbasierte Ansätze erzielen in der ärztlichen Weiterbildung überzeugende Effekte [24]. Diese Wirkung lässt sich u. a. auf die Verbesserung der Selbstwahrnehmung, die Reduzierung gesundheitsschädlichen Verhaltens sowie auf direkte positive Effekte auf die physische und psychische Gesundheit zurückführen [3, 32].

Ein kritischer Aspekt, der in Bezug auf Resilienzförderung in der ärztlichen Weiterbildung immer wieder geäußert wird, ist die Sorge, dass junge Ärzt:innen durch Achtsamkeitsansätze und starke Unterstützungsstrukturen zu wenig Gelegenheit erhalten, ihre Belastbarkeit in herausfordernden Situationen eigenständig zu erproben. Kritiker führen an, dass eine zu behütete Ausbildung dazu führen könnte, dass die Belastungsfähigkeit und Widerstandskraft gegenüber den hohen Anforderungen des ärztlichen Alltags nachlassen. Diese Kritik greift ein reales Spannungsfeld auf: Einerseits ist es unbestritten wichtig, zukünftige Ärzt:innen in einer zunehmend komplexen und belastenden Arbeitswelt mental zu stärken und sie mit praktischen Werkzeugen zur Stressbewältigung auszustatten [28]. Andererseits ist es ebenso zentral, dass die Ausbildung auch Räume schafft, in denen junge Ärzt:innen Herausforderungen ohne übermäßige Rückendeckung meis-

tern und lernen, mit Misserfolgen und schwierigen Momenten umzugehen. Ein ausgewogener Ansatz könnte darin bestehen, dass die ärztliche Weiterbildung sowohl resilienzfördernde Maßnahmen als auch kontrollierte, herausfordernde Situationen bietet, in denen die zukünftigen Ärzt:innen ihre Belastbarkeit eigenständig erproben können.

Kommen wir zu Dr. Meier aus dem Fallbeispiel zurück: Als junge Ärztin in Weiterbildung zeigt sie in der Notfallsituation Unsicherheiten und wirkt durch die emotionalen Herausforderungen sichtbar belastet. Hier wird klar, dass Resilienz eine Kompetenz ist, die sich durch Erfahrung und gezielte Unterstützung entwickeln kann. Dieses Beispiel verdeutlicht, wie Resilienzförderung und gezielte Unterstützung angehenden Ärztinnen und Ärzten helfen können, ihre Belastbarkeit Schritt für Schritt zu stärken. Eine ausgewogene Kombination aus praktischer Erfahrung und struktureller Unterstützung ermöglicht es ihnen, unter Druck ruhig und eigenständig zu handeln – eine Fähigkeit, die langfristig nicht nur das Wohlbefinden der Behandelnden, sondern auch die Qualität der Patientenversorgung verbessert.

Durch eine gezielte curriculare Einbindung können zukünftige Ärzt:innen systematisch auf den Umgang mit Belastungen vorbereitet werden. Dabei geht es darum, Resilienz nicht nur als individuelles Merkmal, sondern als Teil einer umfassenden professionellen Kompetenz zu verstehen. Die Förderung sollte dabei im Zusammenspiel mit sozialen und organisatorischen Strukturen erfolgen [37, 40]. Auch wenn Interventionen, die auf die Resilienzpoteziale eines Einzelnen abzielen, positive Effekte auf das gesamte Umfeld haben können, muss sichergestellt werden, dass die Verantwortung nicht allein auf das Individuum verlagert wird. Vielmehr ist es notwendig, dass auf institutioneller Ebene Verantwortung übernommen wird und Strukturen geschaffen werden, welche die ärztlichen Weiterbildungskandidat:innen nachhaltig unterstützen.

Schlussfolgerung: Resilienz als dynamischer Prozess

Zusammenfassend zeigt dieser Beitrag, dass Resilienz in der Inneren Medizin

nicht als statisches Persönlichkeitsmerkmal verstanden werden sollte, sondern als ein dynamischer, förderbarer Prozess, der durch gezielte Interventionen gestärkt werden kann [14, 36]. Resilienz basiert nicht allein auf psychologischen Aspekten, sondern entsteht aus dem Zusammenspiel biologischer und kontextueller Faktoren, die die Handlungskompetenz im ärztlichen Alltag prägen.

Mit den Fortschritten in der medizinischen Versorgung, insbesondere den gestiegenen Überlebensraten nach schweren Erkrankungen, gewinnt die individuelle Anpassungsfähigkeit an belastende Lebensumstände zunehmend an Bedeutung [15, 21]. Diese Entwicklungen unterstreichen die Notwendigkeit, Resilienz als integralen Bestandteil der langfristigen Genesung und beruflichen Anpassung zu verstehen. Diese doppelte Perspektive auf Resilienz – sowohl als essenzielle Fähigkeit zur Genesung für Patienten als auch als Schutzmechanismus für die Fachkräfte – betont die Relevanz resilienzfördernder Maßnahmen auf beiden Seiten.

Gleichzeitig legen Studien, darunter u. a. Watson et al. [39] und Safi et al. [31], nahe, dass die Einführung kooperativer Teamstrukturen die Arbeitsbelastung einzelner Ärzt:innen erheblich reduzieren kann. Die Einsicht, dass Verantwortung nicht ausschließlich auf den Schultern einer einzelnen Person lastet, sondern auf mehreren organisatorischen Ebenen verteilt wird, ist von zentraler Bedeutung [40]. Dies fördert nicht nur die Entwicklung eines unterstützenden institutionellen Arbeitsklimas, sondern stärkt auch die langfristige Resilienz des gesamten Teams im Umgang mit Belastungen [31]. Dabei ist es essenziell, nicht nur in Notfallsituationen oder Krisen zu reagieren, sondern Strukturen zu schaffen, die die Leistungsfähigkeit der Belegschaft langfristig fördern, die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen langfristig verbessern sowie zu einer nachhaltigen und qualitativ hochwertigen Patientenversorgung führen.

Zukünftige Forschungsansätze können das Resilienzkonzept durch bislang weniger berücksichtigte Dimensionen erweitern. Besonders relevant könnten insbesondere die kulturelle Dimension sein, wie der Einfluss der Kultur auf das Resilienzver-

ständnis oder kollektive oder individuelle Bewältigungsstrategien sowie die normative Dimension, welche beispielsweise die Erwartungen an ärztliches Handeln und die soziale Verantwortung des Berufs umfasst [23]. Ein vertieftes Verständnis dieser kontextsensitiven Aspekte könnte nicht nur zu einer langfristigen Stärkung des Gesundheitssystems beitragen, sondern auch die internistische Handlungskompetenz nachhaltig fördern.

Insgesamt ermöglicht die Verknüpfung individueller, versorgungsbezogener und institutioneller Ebenen ein umfassendes Verständnis davon, wie Resilienz auf allen Ebenen des Gesundheitssystems gefördert und aufrechterhalten werden kann.

Fazit für die Praxis

- Resilienz ist ein dynamischer Prozess, der sich durch gezielte Förderung (u. a. der Anpassungsfähigkeiten) entwickeln kann.
- Resiliente Haltung bei Ärzt:innen trägt nachhaltig zur Qualität der Patientenversorgung bei.
- Stabile institutionelle Strukturen sind essenziell für die Förderung von Resilienz im Gesundheitssystem.
- Unterstützende Teamstrukturen stärken die kollektive Resilienz und mindern individuelle Belastungen.
- Resilienztraining sollte integraler Bestandteil der ärztlichen Weiterbildung sein.
- Gesundheitseinrichtungen tragen die Verantwortung, die Resilienz des medizinischen Personals systematisch zu fördern.
- Ein flexibles und proaktives Gesundheitssystem erhöht seine Widerstandsfähigkeit gegenüber zukünftigen Herausforderungen.

Korrespondenzadresse

Univ.-Prof. Dr. Imad Maatouk

Medizinische Klinik II, Lehrstuhl für Integrierte Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Würzburg
Oberdürrbacher Straße 6, 97080 Würzburg, Deutschland
Maatouk_I@ukw.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. F. Reinhardt, J. Tesarz und I. Maatouk geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt.

Resilience as an integral component of action competence in internal medicine

Physicians in internal medicine are exposed to high levels of stress. Conditions of chronic emotional fatigue and burnout are widespread. Resilience, the ability to cope with difficult situations and to adapt to adverse circumstances, is essential. Resilient physicians remain calm, make clear decisions and are in a position to support the collegial environment as well as to requisition and utilize support themselves. Resilience can be described at a biological level and is influenced by biological mechanisms, such as the hypothalamic-pituitary-adrenal axis; even resilience of patients should be more strongly considered in internal medicine. Resilient patients can cope better with the stress due to the disease and sequelae of the treatment, which not only facilitates the healing and regeneration process but also strengthens the adaptability to altered life situations in the case of newly occurring health challenges. Interventions that activate the individual coping strategies and social support can positively influence the course of chronic diseases. A high level of resilience contributes to the quality of patient care. In addition to biological factors, this is based particularly on psychological and social factors and can be specifically promoted and trained.

Keywords

Burnout · Occupational stress · Coping skills · Social support · Quality of health care

Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. Agorastos A, Chrousos GP (2022) The neuroendocrinology of stress: the stress-related continuum of chronic disease development. *Mol Psychiatry* 27:502–513
2. Bugaj TJ, Krug K, Rentschler A, Nikendei C, Szecsenyi J, Schwill S (2020) Mental health of postgraduate trainees in primary care: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract* 21:1–9
3. Carlson LE (2012) Mindfulness-based interventions for physical conditions: a narrative review evaluating levels of evidence. *Int Sch Res Notices* 2012(1):651583
4. Charney DS (2004) Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress. *Am J Psychiatry* 161(2):195–216
5. Davydov DM (2018) Health in medicine: The lost graal. *J Psychosom Res* 111:22–26
6. Driller E, Ommen O, Kowalski C, Ernstmann N, Pfaff H (2011) The relationship between social capital in hospitals and emotional exhaustion in clinicians: a study in four German hospitals. *Int J Soc Psychiatry* 57(6):604–609. <https://doi.org/10.1177/0020764010376609>
7. Fredrickson BL (2004) The broaden-and-build theory of positive emotions. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 359(1449):1367–1377
8. Hollnagel E (2022) Systemic potentials for resilient performance. In: *Resilience in a digital age: Global challenges in organisations and society*. Springer, Cham, 57–17
9. Hammer GB (2021) Mindfulness and GAIN: The solution to burnout in medicine? *Paediatr Anaesth* 31(1):74–79
10. Isingrini E, Perret L, Rainer Q, Amilhon B, Guma E, Tanti A, Giros B (2016) Resilience to chronic stress is mediated by noradrenergic regulation of dopamine neurons. *Nat Neurosci* 19(4):560–563
11. Joyce S, Shand F, Tighe J, Laurent SJ, Bryant RA, Harvey SB (2018) Road to resilience: a systematic review and meta-analysis of resilience training programmes and interventions. *BMJ Open* 8(6):e17858
12. Le HD, Wolinska JM, Baertschiger RM, Himidan SA (2023) Complication is inevitable, but suffering is optional—psychological aspects of dealing with complications in surgery. *Eur J Pediatr Surg* 33(03):181–190
13. Liu JJ, Ein N, Gervasio J, Battaion M, Reed M, Vickers K (2020) Comprehensive meta-analysis of resilience interventions. *Clin Psychol Rev* 82:101919
14. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B (2000) The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev* 71(3):543–562
15. Kirchberger I, Burkhardt K, Heier M, Thilo C, Meisinger C (2020) Resilience is strongly associated with health-related quality of life but does not buffer work-related stress in employed persons 1 year after acute myocardial infarction. *Qual Life Res* 29:391–401
16. Klein J, Grosse Frie K, Blum K, von dem Knesebeck O (2010) Burnout and perceived quality of care among German clinicians in surgery. *Int J Qual Health Care* 22(6):525–530. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzq056>
17. Maatouk I, He S, Becker N, Hummel M, Hemmer S, Hillengass M, Hillengass J (2018) Association of resilience with health-related quality of life and depression in multiple myeloma and its precursors: results of a German cross-sectional study. *BMJ Open* 8(7):e21376
18. Manning LK, Carr DC, Kail BL (2016) Do higher levels of resilience buffer the deleterious impact of chronic illness on disability in later life? *Gerontologist* 56(3):514–524
19. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP (1997) *Maslach burnout inventory*. Scarecrow Education
20. McFarland DC, Roth A (2017) Resilience of internal medicine house staff and its association with distress and empathy in an oncology setting. *Psychooncology* 26(10):1519–1525

21. Michel JB, Sangha DM, Erwin JP III (2017) Burnout among cardiologists. *Am J Cardiol* 119(6):938–940
22. Michtalik HJ, Yeh HC, Pronovost PJ, Brotman DJ (2013) Impact of attending physician workload on patient care: a survey of hospitalists. *JAMA Intern Med* 173(5):375–377
23. Panter-Brick C (2014) Health, risk, and resilience: Interdisciplinary concepts and applications. *Annu Rev Anthropol* 43(1):431–448
24. Patel S, Pelletier-Bui A, Smith S, Roberts MB, Kilgannon H, Trzeciak S, Roberts BW (2019) Curricula for empathy and compassion training in medical education: a systematic review. *PLoS ONE* 14(8):e221412
25. Petrie K, Joyce S, Tan L, Henderson M, Johnson A, Nguyen H, Harvey SB (2018) A framework to create more mentally healthy workplaces: a viewpoint. *Aust N Z J Psychiatry* 52(1):15–23
26. Rathert C, Williams ES, Linhart H (2018) Evidence for the quadruple aim: a systematic review of the literature on physician burnout and patient outcomes. *Med Care* 56:976–984. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000999>
27. Reivich K, Shatté A (2002) The resilience factor: 7 essential skills for overcoming life's inevitable obstacles. Broadway Books
28. Rutter M (2012) Resilience as a dynamic concept. *Dev Psychopathol* 24(2):335–344. <https://doi.org/10.1017/S0954579412000028>
29. 3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatient*innen Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatient*innen – Langversion 2.0, Mai 2023. AWMF-Registernummer: 032-0510L. <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/psychoonkologie/>
30. S3-Leitlinie Komplementärmedizin in der Behandlung onkologischer Patient*innen Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Komplementärmedizin in der Behandlung von onkologischen Patient*innen – Langversion 2.0, Juni 2024. AWMF-Registernummer: 032-0550L. <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/komplementaermedizin/>
31. Safi M, Thude BR, Brandt F, Clay-Williams R (2022) The resilient potential behaviours in an Internal Medicine Department: Application of resilience assessment grid. *PLoS ONE* 17(10):e276178
32. Salmoirago-Blotcher E, Hunsinger M, Morgan L, Fischer D, Carmody J (2013) Mindfulness-based stress reduction and change in health-related behaviors. *J Evid Based Complementary Altern Med* 18(4):243–247
33. Schwill S, Bugaj TJ, Rentschler A, Nikendei C, Szecsenyi J, Krug K (2023) Effects of an educational compact intervention in self-care—a mixed methods study with postgraduate trainees in primary care. *BMC Prim Care* 24(1):124
34. Schwill S, Magez J, Joos S, Steinhäuser J, Ledig T, Rubik A, Flum E (2017) New paths in post-graduate medical training in general practice—8 years of experience with the pilot project Verbundweiterbildungplus Baden-Württemberg. *GMS J Med Educ* 34(5)
35. Sla B (2016) Physician burnout: a global crisis. *Lancet* 388(10193):2272–2281
36. Sisto A, Vicinanza F, Campanozzi LL, Ricci G, Tartaglino D, Tambone V (2019) Towards a transversal definition of psychological resilience: a literature review. *Ann Univ Mariae Curie Sklodowska [Med]* 55(11):745
37. Southwick SM, Pietrzak RH, Tsai J, Krystal JH, Charney D (2015) Resilience: an update. *PLoS Res* 25(4):1–10
38. Walker FR, Pflingst K, Carnevali L, Sgoifo A, Nalivaiko E (2017) In the search for integrative biomarker of resilience to psychological stress. *Neurosci Biobehav Rev* 74:310–320
39. Watson AG, Saggari V, MacDowell C, McCoy JV (2019) Self-reported modifying effects of resilience factors on perceptions of workload, patient outcomes, and burnout in physician-attendees of an international emergency medicine conference. *Psychol Health Med* 24(10):1220–1234
40. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD (2016) Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 388(10057):2272–2281
41. Werdecker L, Esch T (2021) Burnout, satisfaction and happiness among German general practitioners (GPs): A cross-sectional survey on health resources and stressors. *PLoS ONE* 16(6):e253447. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253447>
42. Willmore L, Cameron C, Yang J, Witten IB, Falkner AL (2022) Behavioural and dopaminergic signatures of resilience. *Nature* 611(7934):124–132
43. Ye ZJ, Qiu HZ, Li PF, Liang MZ, Zhu YF, Zeng Z, Quan XM (2017) Predicting changes in quality of life and emotional distress in Chinese patients with lung, gastric, and colon-rectal cancer diagnoses: the role of psychological resilience. *Psychooncology* 26(6):829–835
44. de Kloet ER, Joëls M (2024) The cortisol switch between vulnerability and resilience. *Molecular Psychiatry* 29(1):20–34
45. Baecker D (Ed) (2016) Schlüsselwerke der Systemtheorie. Springer VS

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.

MED UPDATE SEMINARE

2025 | 2026

Hepato Update 2025

14. Hepatologie-Update-Seminar
13. und 14. Juni 2025
Livestream

Wiss. Leitung:

Prof. Dr. Thomas Berg, Leipzig
Prof. Dr. Sven Jonas, Berlin
Prof. Dr. Verena Keitel-Anselmino, Magdeburg
Prof. Dr. Beat Müllhaupt, Zürich

*Unter der Schirmherrschaft der
bng, DGIM, ÖGGH, SASL*

www.hepato-update.com

Onko Update 2026

21. Onkologie-Update-Seminar
16. und 17. Januar 2026
Mainz und Livestream
23. und 24. Januar 2026
Berlin und Livestream

Wiss. Leitung:

Prof. Dr. Andreas Neubauer, Marburg
Prof. Dr. Carsten Bokemeyer, Hamburg-Eppendorf
Prof. Dr. Ralf Hofheinz, Mannheim
Prof. Dr. Karin Jordan, Potsdam

Unter der Schirmherrschaft der DGIM

www.onko-update.com

Auskunft für alle Update-Seminare:

medupdate GmbH
www.med-update.com
Tel.: 0611 - 736580
info@med-update.com



STATEMENT

Medizin in Krisengebieten: Überleben in humanitären Extremsituationen

Dr. med. Tankred Stöbe

Internist, Rettungsmediziner und Buchautor, ehemaliger Präsident von „Ärzte ohne Grenzen e.V.“ in Deutschland

Für Ärzte ohne Grenzen ist es ein ständiges Dilemma: Wie können wir in Konfliktgebieten nahe der Front arbeiten, wo unsere Expertise am dringendsten gebraucht wird, und gleichzeitig größtmöglich für die Teams und ihre Sicherheit sorgen?

Neben ausgefeilten Sicherheitskonzepten, die situationsbedingt manchmal mehrfach täglich angepasst werden müssen, kümmern wir uns intensiv um die mentale Gesundheit der notleidenden Bevölkerungen. Der Triggerpunkt in den 1980er-Jahren: Wenn Mitarbeitende durch den Anblick fremden Leides traumatisiert aus einem Projekt zurückkehren, wie viel schlimmer muss es für die Betroffenen sein? Seit 1996 ist Mental Health ein wichtiger Teil unserer Strategieplanung.

Die Widerstandsfähigkeit eines Menschen kann vielfältig definiert werden. Aus humanitärer Sicht bedeutet Resilienz die Fähigkeit zur erfolgreichen Anpassung inmitten einer Katastrophe. Erfolgreich meint, dass nicht nur das physische Überleben gelingt, sondern dies bei einigermaßen psychischem Wohlbefinden.

Dabei überwiegen die guten Nachrichten: Die meisten Menschen überstehen eine existenzielle Krise ohne bleibende Schäden, für Helfende sind die Aussichten noch besser. Und wir haben heute die Möglichkeit, nicht nur nachträglich zu genesen, sondern vorausschauend etwas zu tun. Denn Widerstandsfähigkeit lässt sich trainieren und wir sollten nicht länger warten, um unsere Resilienz schon heute zu stärken.

Auch die konkrete Hilfe unterstützt die eigene Resilienz. Durch humanitäre Solidarität nimmt die Ohnmacht vor den multiplen globalen Krisen ab, statt weiter zu wachsen.

Es gilt das gesprochene Wort!

Wiesbaden, Mai 2025

Innere Medizin 2025 · 66:360–364
<https://doi.org/10.1007/s00108-025-01855-y>
 Angenommen: 17. Januar 2025
 Online publiziert: 7. Februar 2025
 © The Author(s), under exclusive licence to
 Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2025

Redaktion

Jan Galle, Lüdenscheid



Resilienz im Katastrophenfall – eine Voraussetzung oder zu erwerbende Fähigkeit?

Betrachtung am Beispiel Ärzte ohne Grenzen

Tankred Stöbe

Ärzte ohne Grenzen Deutschland, Berlin, Deutschland

In diesem Beitrag

- Relevanz der Resilienz in der Arbeit von Ärzten ohne Grenzen
- Begriffsbestimmung
- Einschätzung der Sicherheit und Gefahren für internationale und nationale Helfer
- Ärzte ohne Grenzen als resiliente Organisation?
- Resilient werden als individuelle Aufgabe

Zusammenfassung

Über die Resilienz der bedürftigsten Menschen dieser Erde in Katastrophen- und Kriegsgebieten ist wenig bekannt. Für künftige Anpassungsstrategien und eine individuelle Vorbereitung auf schwierige Lebensumstände kann der Umgang mit diesem Thema jedoch überlebenswichtig werden. Für Ärzte ohne Grenzen gewinnt die Resilienz in allen Tätigkeitsbereichen an Bedeutung: bei der Unterstützung von Flüchtenden und Binnenvertriebenen, der Reaktion auf die Auswirkungen der globalen Klimaerwärmung, nach Naturkatastrophen, in Kriegen sowie bei der psychologischen Unterstützung der Helfenden wie der Hilfsbedürftigen. Im vorliegenden Beitrag wird die Begriffsbestimmung der Resilienz diskutiert, deren Deutung dynamisch und vielfältig ist. Die individuelle Resilienz kann durch Selbstbefragung eruiert und reflektiert werden. Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich mit der Sicherheits- bzw. Risikosituation internationaler und lokaler Helfer in Krisengebieten und mit der Frage, ob Ärzte ohne Grenzen als resiliente Organisation betrachtet werden kann. Zuletzt wird darauf eingegangen, wie jeder einzelne Helfer seine persönliche Resilienz stärken kann. Denn: Widerstandsfähigkeit lässt sich trainieren, und wir tun gut daran, sofort damit zu beginnen.

Schlüsselwörter

Resilienz/Definition · Humanitäre Hilfe · Katastrophenhilfe · Psychosoziale Gesundheit · Selbstfürsorge

Relevanz der Resilienz in der Arbeit von Ärzten ohne Grenzen

Um es gleich vorweg zu sagen: Wir wissen zu wenig über die Resilienz der bedürftigsten Menschen dieser Erde. Kaum jemand fragt einen Flüchtling in der libyschen Wüste, ein Waisenkind in Gaza, das seine gesamte Familie verloren hat, einen verfolgten Rohingya in Myanmar, eine Bäuerin an der ukrainischen Front oder die binnenvertriebene Familie im Sudan danach, wie es um ihre Resilienz bestellt ist. Etwas provokant ließe sich formulieren, dass überhaupt nur jene Menschen eine Katastrophe überleben, die eine robuste Resilienz haben, psychisch und physisch. Also ein Luxusthema? Nein, für künftige

Anpassungsstrategien und eine individuelle Vorbereitung auf schwierige Lebensumstände kann der Umgang mit diesem Thema überlebenswichtig werden.

» Für Ärzte ohne Grenzen gewinnt das Thema Resilienz in allen Tätigkeitsbereichen an Bedeutung

Für Ärzte ohne Grenzen (Médecins Sans Frontières [MSF]) gewinnt diese Qualität in allen Tätigkeitsbereichen an Bedeutung: bei der Unterstützung von Flüchtenden und Binnenvertriebenen, der Reaktion auf die Auswirkungen der globalen Klimaerwärmung, nach Naturkatastrophen, in Kriegen und Konflikten sowie bei der



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

psychologischen Unterstützung der Helfenden wie der Hilfsbedürftigen.

Dabei war dieses Thema im humanitären Sektor lange umstritten. Jonathan Whittall von MSF schrieb dazu: „Der Gegensatz zwischen Resilienzaufbau und humanitärer Hilfe ist in der Tat ein wichtiger – und nicht etwas, das von denjenigen abgetan werden sollte, die wollen, dass alle Weltverbesserer zusammenarbeiten.“ Zur Begründung fügt er an: „Der Grund, warum Resilienz und humanitäre Hilfe zwei unterschiedliche Prioritäten bleiben müssen, liegt in der Paket-Lösung, die mit den vom Westen umgesetzten Entwicklungsplänen einhergeht. Angesichts der sich verändernden Machtdynamik sind die Menschen immer weniger daran interessiert, was der Westen zu verkaufen hat“

Allerdings sind diese Gedanken im Februar 2014 formuliert worden und bezogen sich auf die Situation in Afghanistan. Mittlerweile blicken wir bei MSF auf dieses Thema weniger kategorisch, sondern integrativ in der psychosozialen Gesundheit und auch individueller. Im Jahr 2021 schrieben wir: „Heute steht die psychische Gesundheit von Lateinamerika über Afrika, Asien und das Mittelmeer bis hin zu Europa im Vordergrund. In den letzten 10 Jahren ist die Zahl der psychosozialen Behandlungen in unseren Projekten weltweit um 230% gestiegen“ [1].

Für MSF ist Mental Health seit Ende der 1980er-Jahre ein Thema. Der initiale Triggerpunkt: Wenn Mitarbeitende durch den Anblick fremden Leids traumatisiert aus einem Projekt zurückkehren, wie viel schlimmer muss es für die Betroffenen sein? Es folgten erste spezialisierte Einsätze in Armenien und Gaza (1990), Kosovo (1993) und Ruanda (1994). Seit 1996 ist Mental Health ein wichtiger Teil unserer Strategieplanung.

Begriffsbestimmung

Die Definition der Widerstandsfähigkeit ist vielfältig. Aus humanitärer Sicht ist Resilienz die Fähigkeit zur erfolgreichen Anpassung inmitten einer Bedrohung oder Katastrophe. Wobei nicht die normale, also nachvollziehbare Reaktion gemeint ist, sondern die erfolgreiche. Normal können Apathie, Depression und Suizidversuche nach dramatischen Erfahrungen und Ver-

lusten sein. Um die dynamische Bedeutung des Begriffs aufzuzeigen, kann er wie ein individueller Befindlichkeitsmesser gesehen werden, der anzeigt, wo der betroffene Mensch aktuell steht, zwischen zusehender Zukunftsaussicht und erhaltenem Optimismus auf der einen und seelischer Beschädigung bis psychiatrischer Behandlungsnotwendigkeit auf der anderen Seite.

Wir haben die Möglichkeit, mittels Selbstbefragung zu klären, wie es um unsere eigene Resilienz bestellt ist. Wie reagieren wir auf ein Trauma, können wir uns davon erholen oder zerbrechen wir daran? Welche inneren Qualitäten müssen wir mobilisieren, um gestärkt daraus hervorzugehen? Mit guter Widerstandsfähigkeit lösen sich Probleme zwar nicht auf, aber es kann gelingen, hinter ein scheinbar unüberwindliches Ende zu schauen und dieses so zu überwinden. Eine der wichtigsten Fähigkeiten ist dabei, aus einer möglichen Isolation herauszukommen, also auf andere zuzugehen, Hilfe zu suchen oder diese auch einzufordern.

Einschätzung der Sicherheit und Gefahren für internationale und nationale Helfer

Ein Kristallisationspunkt für das Überleben und Wohlbefinden unserer Teams in Auslandseinsätzen ist die Sicherheit. Dabei war und ist es für MSF ein unauflösbares Dilemma, in Konfliktgebieten nahe der Frontlinie zu arbeiten, wo die medizinischen Nöte am gravierendsten sind, und gleichzeitig die größtmöglichen Anstrengungen für die Sicherheit der Teams zu unternehmen. Dieser Spagat ist nie befriedigend zu leisten. Die Aid Worker Security Database (AWSD) untersucht seit fast 30 Jahren, welchen Risiken sich Helfende aussetzen, die sich in der humanitären Hilfe oder Entwicklungszusammenarbeit engagieren. Die drei klassischen großen Sicherheitszwischenfälle werden definiert als Tötungen, Entführungen und Angriffe mit schweren Verletzungen. Seit Jahren steigen die Zahlen dieser Zwischenfälle: von unter 50 zu Beginn der Datensammlung 1997 auf fast 300 im Jahr 2023. Allerdings nahm auch die Zahl der Helfenden zu, sodass eine direkte Korrelation schwer herstellbar ist. Repräsentieren die drei ge-

nannten Risiken auch die tatsächlichen Gefahren? Noch immer unterschätzt wird der Straßenverkehr, der mit großem Abstand das größte Sicherheitsrisiko birgt, gefolgt von ernsthaften Erkrankungen, wie einer schweren Malaria oder einem Herzinfarkt. Erst mit weitem Abstand folgen jene Ereignisse, die gemeinhin als die gefährlichsten angesehen werden.

Der Blick auf die Weltkarte macht deutlich, welche Länder am gefährlichsten sind. Seit letztem Jahr sind dies Südsudan, Sudan, Gaza, Mali und Somalia, in der historischen Gesamtschau von 1997 bis heute führt Afghanistan, gefolgt vom Südsudan und – mit einigem Abstand – Syrien, Sudan und Somalia.

Gefährdet sind aber weniger die internationalen Helfer. Im letzten Jahrzehnt kam es unter ihnen zu durchschnittlich 26 Zwischenfällen. Gefährdet sind vor allem die nationalen Mitarbeitenden. Mit 385 Zwischenfällen sind sie mehr als zehnmal häufiger betroffen und tragen damit die größten Risiken. Das gilt auch für MSF. In Gaza wurden seit Oktober 2023 acht palästinensische Mitarbeitende getötet, darunter Ärzte während der Krankenhausarbeit. Gegen Raketenbeschuss hilft keine individuelle Widerstandskraft.

Ärzte ohne Grenzen als resiliente Organisation?

Ist MSF eine resiliente Organisation? Das ist schwer zu beurteilen. Zwei Studien gingen dieser Frage nach. Zunächst zeigten Forschungsergebnisse, dass humanitäre Arbeit natürlich Auswirkungen auf die Gesundheit hat. In einer prospektiven Beobachtungsstudie zwischen 2017 und 2020 unter 618 internationalen humanitären Helfern („international humanitarian aid workers“ [iHAW]) aus 76 Herkunfts- und 27 Einsatzländern wurde untersucht, ob gesundheitliche Veränderungen und Risikofaktoren für Erkrankungen nach meist kurzfristigen (< 1 Jahr) medizinischen Notfalleinsätzen zu finden sind. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass humanitäre Arbeit sehr anstrengend ist, aber die meisten iHAW gesund geblieben sind [2].

Die zweite Untersuchung kam zu der Schlussfolgerung, dass ein guter Gesundheitszustand vor dem Einsatz dazu beiträgt, mit dem Einsatz verbundene nega-

tive Auswirkungen auf die Gesundheit der iHAW zu verhindern [3]. Es kann wohl davon ausgegangen werden, dass ein „selection bias“ vorliegt, weil sich eher Helfende mit gutem Gesundheitszustand auf eine Projektmitarbeit einlassen.

Regelmäßig werden alle Rückkehrenden aus internationalen Einsätzen befragt und evaluiert. Im vergangenen Jahr antworteten fast 2700 Mitarbeitende aus 130 Ländern auf die Einladung. Das Ergebnis: 92 % sind überwiegend oder sehr zufrieden in der Arbeit mit MSF, immerhin 84 % wünschen sich eine erneute Zusammenarbeit in der nahen Zukunft. Aber reicht das für eine Bescheinigung der Resilienz?

Resilient werden als individuelle Aufgabe

Im Grunde bleibt die Aufgabe individuell. Wie wird man ein resilienter Mensch? Wichtig ist, sich sozial zu verbinden und starke, gesunde und unterstützende Beziehungen aufzubauen. Jeden Tag sollte man nutzen mit klaren Zielsetzungen, die Stabilität erzeugen und helfen, mit Sinn in die Zukunft zu blicken. Aber auch aus der eigenen Vergangenheit lässt sich lernen, wenn reflektiert wird, wie wir dort mit Problemen fertig geworden sind und was uns persönlich in schwierigen Zeiten geholfen hat. Vor allem gilt es, hoffnungsvoll zu bleiben. Da wir die Vergangenheit nicht ändern können, sollten wir den Fokus auf die nahe Zukunft legen, dabei offen für Veränderungen sein und neuen Herausforderungen mit weniger Sorgen begegnen.

» Widerstandsfähigkeit lässt sich trainieren

Eigene Bedürfnisse und Gefühle sind ernst zu nehmen, körperliche und entspannende Aktivitäten sollten wiederholt in den Tagesablauf integriert werden. Ausreichend zu schlafen und sich gesund zu ernähren, ist sinnvoll. Trotzdem sollte Geduld geübt werden gegenüber den eigenen Problemen und anerkennen, dass es Zeit braucht, sich von einem schweren Rückschlag, Trauma oder Verlust zu erholen. Schließlich sollte erkannt werden, wann die eigenen Ressourcen erschöpft sind und professioneller Rat gesucht werden sollte.

Resilience in the face of disaster: A prerequisite or a skill to be acquired? A consideration of this question using Doctors Without Borders as an example

Little is known about the resilience of the most vulnerable people on this planet in disaster and war zones. However, addressing this topic can be of crucial importance for future adaptation strategies and individual preparation for difficult life circumstances. For *Médecins Sans Frontières* (MSF), resilience is becoming increasingly important in all areas of activity: in supporting refugees and internally displaced persons, in responding to the effects of global warming, following natural disasters, in wars, and in providing psychological support to aid workers as well as those that need help. This article discusses the definition of resilience, the interpretation of which is dynamic and multifaceted. Individual resilience can be gauged and reflected upon through self-interrogation. This article then deals with the safety of and risk faced by international and local aid workers in crisis areas as well as with the question of whether Doctors Without Borders can be considered a resilient organization. Finally, the article looks at how each individual aid worker can strengthen their personal resilience. Indeed, resilience can be trained, and we would do well to start straight away.

Keywords

Resilience, psychological/definition · Humanitarian aid · Disaster aid · Psychosocial health · Self-care

So kommen wir zurück zu der Frage im Beitragstitel: Ist Resilienz eine Voraussetzung oder zu erwerbende Fähigkeit im Katastrophenfall? Wahrscheinlich beides. Die gute Nachricht: Widerstandsfähigkeit lässt sich trainieren, und wir tun gut daran, sofort damit zu beginnen.

Fazit für die Praxis

- Aus humanitärer Sicht ist Resilienz die Fähigkeit zur erfolgreichen Anpassung inmitten einer Bedrohung oder Katastrophe.
- Wir haben die Möglichkeit, mittels Selbstbefragung zu klären, wie es um unsere eigene Resilienz bestellt ist.
- Widerstandsfähigkeit lässt sich trainieren. Resilient zu werden, bleibt letztlich eine individuelle Aufgabe.
- Wichtig ist, starke, gesunde und unterstützende soziale Beziehungen aufzubauen.
- Positive Erfahrungen im Umgang mit vergangenen Problemen oder schweren Zeiten zu reflektieren, ist hilfreich.
- Da wir die Vergangenheit nicht ändern können, sollten wir den Fokus auf die nahe Zukunft legen, dabei offen für Veränderungen sein und neuen Herausforderungen mit weniger Sorgen begegnen.
- Wir sollten erkennen, wann die eigenen Ressourcen erschöpft sind und professioneller Rat benötigt wird.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Tankred Stöbe
Ärzte ohne Grenzen Deutschland
Schwedenerstr. 9, 13359 Berlin, Deutschland
tankred.stoebe@berlin.msf.org

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. T. Stöbe gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. <https://www.msf.org/enormous-gaps-mental-health-care-around-world>
2. De Jong K, Martinmäki SE, Te Brake H, Haagen JFG, Kleber RJ (2021) Mental and physical health of international humanitarian aid workers on short-term assignments: findings from a prospective cohort study. *Soc Sci Med*
3. De Jong K, Martinmäki S, Brake HT, Kleber R, Haagen J, Komprou I (2022) How do international humanitarian aid workers stay healthy in the face of adversity? *PLoS ONE* 17(11):e276727. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276727>

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.

STATEMENT

Herausforderung Hitze: Strategien für eine widerstandsfähige Gesellschaft aus ärztlicher Sicht

Dr. med. Martin Herrmann

Mitgründer und Vorsitzender von KLUG e.V. (Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit)

Hitze stellt das größte klimawandelbedingte Gesundheitsrisiko für Menschen in Deutschland dar.

- Die vergangenen Hitzesommer haben gezeigt, dass enormer Handlungsbedarf besteht. So wurden für den Sommer 2022 in Deutschland 9100 hitzeassoziierte Todesfälle [1] berechnet. Hitze hat multiple Auswirkungen auf die Gesundheit und schränkt die Produktivität und das Wohlergehen der Gesellschaft ein. Eine erhöhte hitzebedingte Krankheitslast ist in nahezu allen Fachgebieten der Medizin auszumachen. Dies strapaziert die Kapazitäten des ohnehin belasteten Gesundheitssystem weiter.
- Hitzeereignisse nehmen zukünftig an Häufigkeit und Stärke weiter zu, gleichzeitig erhöht sich auch die Anzahl der Risikopersonen durch die demografischen Entwicklungen weiter [2].
- Unvorhersehbare und flächendeckende Hitzewellen können sich zu Großschadensereignissen und Katastrophen entwickeln, die ein hohes Maß an Anpassungs- und Reaktionsfähigkeit, besonders im Gesundheitswesen, erfordern.

Gesundheitlicher Hitzeschutz erst seit 2019 auf der Agenda

Bis vor wenigen Jahren wurde die zunehmende Bedrohung durch Hitze als Folge der Erderwärmung in der Gesellschaft, aber auch im Gesundheitssektor nicht ernst genommen. Das hat sich seit 2019 geändert. Fridays for Future hat die Klimakrise in die Mitte der Gesellschaft getragen, Health for Future und KLUG e.V. haben die Gesundheitsfolgen der Klimakrise im Gesundheitssektor zum Thema gemacht. Die Bundesärztekammer hat noch 2019 eine Arbeitsgruppe für Klimawandel und Gesundheit initiiert und sich an der Erstellung des ersten deutschen Lancet Countdown Policy Briefs für Deutschland beteiligt. Die erste Empfehlung dieses Policy Briefs: flächendeckende Entwicklung und Umsetzung von Hitzeaktionsplänen.

Rolle der Ärzteschaft – Meilensteine

- 2019 Beteiligung Bundesärztekammer an Kooperation mit Lancet Countdown gemeinsam mit Helmholtz Zentrum München, Potsdam-Institut für Klimafolgenforschung, Charité – Universitätsmedizin Berlin und KLUG. Weitere Policy Briefs folgen 2020, 2021, 2024 [3]
- Positionspapiere vieler Fachgesellschaften zu Klimawandel und Gesundheit, dabei Priorisierung von gesundheitlichem Hitzeschutz
- März 2022: Gründung erstes Hitzeaktionsbündnis durch Ärztekammer Berlin, Senat Berlin und KLUG [4]
- 2023: Positionspapier der Bundesärztekammer zum gesundheitsbezogenen Hitzeschutz [5]
- 2023: Initiierung erster bundesweiter Hitzeaktionstag durch Bundesärztekammer und KLUG [6]

- 2023: Bundespressekonferenz zum Hitzeaktionstag. Bundesminister Lauterbach verspricht nationalen Hitzeschutzplan.
- 2024: Bundesärztekammer und KLUG initiieren breites Bündnis von mehr als 50 großen bundesweiten Verbänden für zweiten bundesweiten Hitzeaktionstag. An Kernteam beteiligen sich GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Hausärztinnen- und Hausärzterverband, AWO Bundesverband, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer und KLUG e.V.

Die Ärzteschaft hat eine Führungsrolle bei der Aufklärung zu Gesundheitsgefahren infolge der Klimakrise. Gesundheitssektor und Gesellschaft müssen gemeinsam zu schnellem Handeln bewegt werden. Dabei ist gesundheitlicher Hitzeschutz das wichtigste Einstiegsthema. Seit 2019 nimmt die Ärzteschaft diese Rolle innerhalb des Gesundheitssystems zunehmend wahr. Es geht jetzt darum, dass sie auch die Gesellschaft in der Breite und Tiefe mobilisiert.

Es gilt das gesprochene Wort!
Wiesbaden, Mai 2025

Literatur:

1. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/hitzeassoziierte-mortalitaet-im-extremsommer-2022-3b613a95-f63e-46b6-aa37-cbe301075f07>
2. https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/11262/JHealthMonit_2023_S4_Hitze_Sachstandsbericht_Klimawandel_Gesundheit.pdf?sequence=1
3. <https://klimagesund.de/>
4. <https://hitzeschutz-berlin.de>
5. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Klimawandel/Positionspapier_Hitzeschutz_neu.pdf
6. <https://hitzeaktionstag.de/hintergrund/>

Innere Medizin 2025 · 66:365–372
<https://doi.org/10.1007/s00108-025-01867-8>
 Angenommen: 4. Februar 2025
 Online publiziert: 13. März 2025
 © The Author(s), under exclusive licence to
 Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2025

Redaktion

Jan Galle, Lüdenscheid



Klimaresilienz und Gesundheit – die Vitalparameter des Planeten leuchten rot

Martin Herrmann · Christian M. Schulz

KLUG – Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit e. V., Berlin, Deutschland

In diesem Beitrag

- **Klimawandel: Was brauchen wir jetzt?**
- **Warum Klimaresilienz entscheidend für die eine Welt ist**
- **Planetare Gesundheit – wo stehen wir?**
- **Gesundheitsfolgen der ökologischen Krise**
- **Rollback und Verdrängung**
- **Welche Maßnahmen sind medizinisch indiziert?**
 Klimasensible Gesundheitsberatung und das Prinzip der Co-Benefits • Ernährungswende • Überversorgung vermeiden und Ressourcen schonen
- **Resilienz – sich und andere stärken**

Zusammenfassung

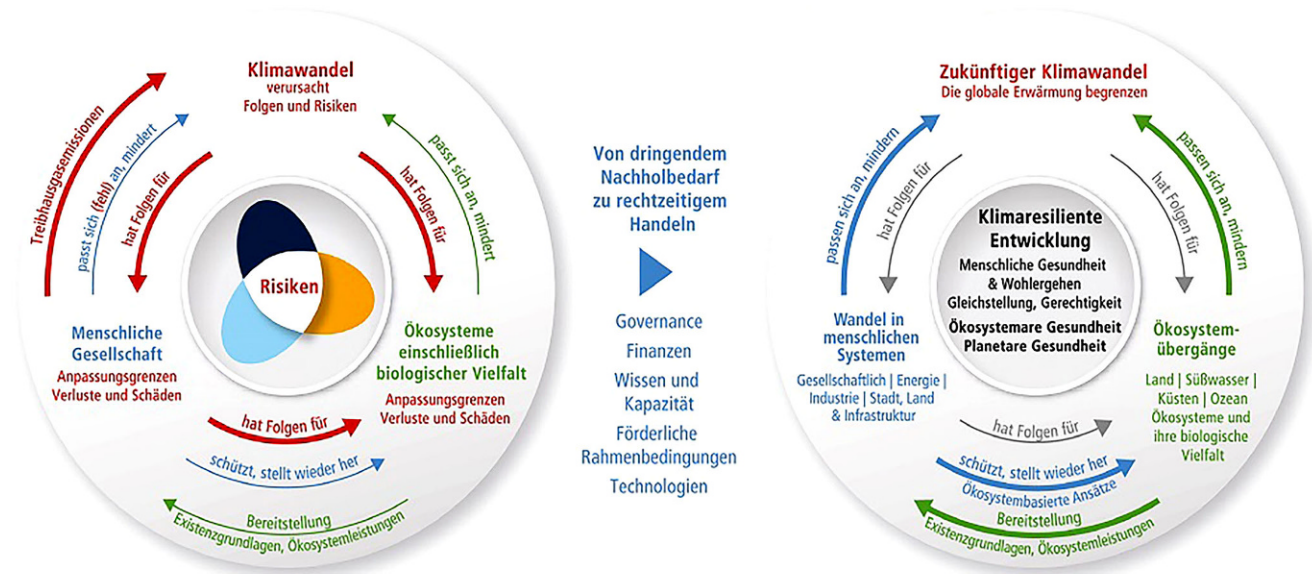
Sechs der neun Erdsysteme sind in gefährlicher Weise überlastet: Klimawandel, Biodiversität, Landnutzung, Umweltverschmutzung, Süßwasserverfügbarkeit und globale Kreisläufe von Stickstoff und Phosphor. Analog zum Multiorganversagen des Menschen drohen auf planetarer Ebene Kaskaden von Erdsystemkipppunkten, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu irreversiblen Schäden für unsere Gesellschaften führen. Diese ökologische Krise manifestiert sich bereits jetzt in einer Vielzahl gesundheitlicher Risiken, von hitzebedingten Todesfällen über Atemwegserkrankungen bis hin zu psychischen Belastungen. Ein „Weiter so“ in der Gegenwart bedeutet für zukünftige Generationen viel weniger Wohlstand, Sicherheit, Freiheit und – vor allem – Gesundheit. Die ökologische Krise ist die größte Bedrohung für die menschliche Gesundheit im 21. Jahrhundert. Klimaresilienz ist definiert als die notwendige Integration von Klimaanpassung und Klimaschutz und bildet einen zentralen Bestandteil der Gesundheitsvorsorge. Handlungsfelder sind 1) die Berücksichtigung der jetzigen und zukünftigen gesundheitlichen Folgen der ökologischen Krise in Prävention, Diagnose und Therapie, 2) die Aufklärung politischer Entscheider:innen zu Klimaresilienz und Gesundheit sowie zu den daraus abzuleitenden konkreten Handlungsschritten für Kommunen, Länder und Bund, 3) die Implementierung klimasensibler Gesundheitsberatung in ambulanten und stationären Settings und die Aufklärung der Bevölkerung, 4) die Initiierung von und Beteiligung an kommunalen, regionalen und nationalen sektoralen und sektorenübergreifenden Aktionsbündnissen, 5) die Erfassung der Treibhausgasemissionen und die Erstellung von Umsetzungsplänen zur Erreichung von Emissionsfreiheit in Gesundheitseinrichtungen und 6) die Priorisierung von Klimaresilienz und Gesundheit in Forschung und Lehre. Eine besondere Aufmerksamkeit liegt auf Maßnahmen, die mehrfach positive Effekte auf die Gesundheit sowohl der Menschen als auch der Erdsysteme haben, sogenannte Co-Benefits. Indem Gesundheitsexpert:innen sich nicht nur auf medizinische Maßnahmen beschränken, sondern Verdrängung überwinden und in politische und gesellschaftliche Prozesse eingreifen, können sie eine Schlüsselrolle bei der Eindämmung dieser Krise spielen.

Schlüsselwörter

Planetare Gesundheit · Öffentliche Gesundheit · Ökologische Krise · Gesundheitsvorsorge · Co-Benefits



QR-Code scannen & Beitrag online lesen



Der Risikopropeller zeigt: Risiken entstehen aus der Überlappung von:

- Klimagefahr(en)
- Verwundbarkeit
- Exposition

Abb. 1 Vom Klimarisiko zur klimaresilienten Entwicklung – Klima, Ökosysteme (einschließlich biologischer Vielfalt) und menschliche Gesellschaft als gekoppelte Systeme. (Aus [2] © IPCC)

Klimawandel: Was brauchen wir jetzt?

In der Geschichte der Inneren Medizin gibt es viele Beispiele von Ärzt:innen, die die Notwendigkeit erkannten, zur wirksamen und schnellen Behebung gesundheitlicher Missstände im politischen Feld aktiv zu werden. Das brauchen wir auch jetzt. Uns allein auf unser Fachgebiet und seine Therapien zu beschränken, reicht nicht aus. Wir müssen unser Verständnis für unsere Verantwortung erweitern.

Beim gesundheitlichen Hitzeschutz ist dieses erweiterte Verständnis von Verantwortung bereits zu beobachten. Seit 2022 sind Hitzeaktionsbündnisse auf Landes- und kommunaler Ebene entstanden. Das nationale Bündnis für den Hitzeaktionstag wurde 2023 ins Leben gerufen, 2024 und 2025 wurde bzw. wird es fortgeführt (<https://hitzeaktionstag.de>). In diesen Bündnissen arbeiten Ärzt:innen mit anderen Berufsgruppen, Gesundheitsinstitutionen und Verwaltungen eng zusammen, entwickeln Maßnahmenpläne und setzen sie gemeinsam sowohl im eigenen Verantwortungsbereich als auch bündnisübergreifend um. Politische Entscheider:innen, aber auch Akteure außerhalb des Gesundheitssektors wie

Schulen, Sportverbände, Gewerkschaften und eine breitere Öffentlichkeit sind daran beteiligt. Erst durch die Vielfalt dieser Perspektiven zeigt sich, welche Maßnahmen (Gesetze, Budgets, Planungen ...) von der Politik umgesetzt werden müssen, um Deutschland hitzeresilient zu machen. In diesem Zuge werden häufig weitere Schlüsselthemen der ökologischen Krise sichtbar – etwa Ernährung, Mobilität und die Energiewende. Auch hier können neue Bündnis- und Netzwerkstrukturen den Unterschied machen. Bisher ist es nur in Anfängen gelungen, politische Entscheider:innen, Klima- und ökologische Akteur:innen sowie die Öffentlichkeit über die Zusammenhänge von menschlicher und planetarer Gesundheit und die Dringlichkeit des Handelns aufzuklären. Das gilt es schnell zu ändern. Internist:innen können dabei eine Schlüsselrolle übernehmen.

Warum Klimaresilienz entscheidend für die eine Welt ist

Wenn wir über Gesundheit im Angesicht der ökologischen Krise sprechen, dann geht es im Kern um funktionierende Erdsysteme und damit um den Fortbestand unserer Lebensgrundlagen. Wir alle brau-

chen saubere Luft zum Atmen, trinkbares Wasser, funktionierende Ernährungssysteme und intakte soziale Systeme. Die menschliche Gesundheit, unser Wohlergehen und die Frage, ob Gerechtigkeit gelingt (innerhalb von Gesellschaften, zwischen Gesellschaften und über Generationen hinweg), ist unauflosbar mit der uns umgebenden Umwelt verbunden. Es geht also um alles.

» Die menschliche Gesundheit ist unauflosbar mit der uns umgebenden Umwelt verbunden

So ähnlich hat es der Weltklimarat in seinem jüngsten Weltklimabericht formuliert [1]. Schnelles und umfassendes Handeln auf allen Ebenen ist die Voraussetzung für den Erhalt der Bewohnbarkeit unseres Planeten. Der Bericht zeigt Wechselwirkungen, Abhängigkeiten und Synergien zwischen unserer Gesellschaft, Klimawandel und Ökosystemen einschließlich biologischer Vielfalt auf (■ Abb. 1). Klimaresilienz ist definiert als die notwendige Integration von Klimaanpassung und Klimaschutz.

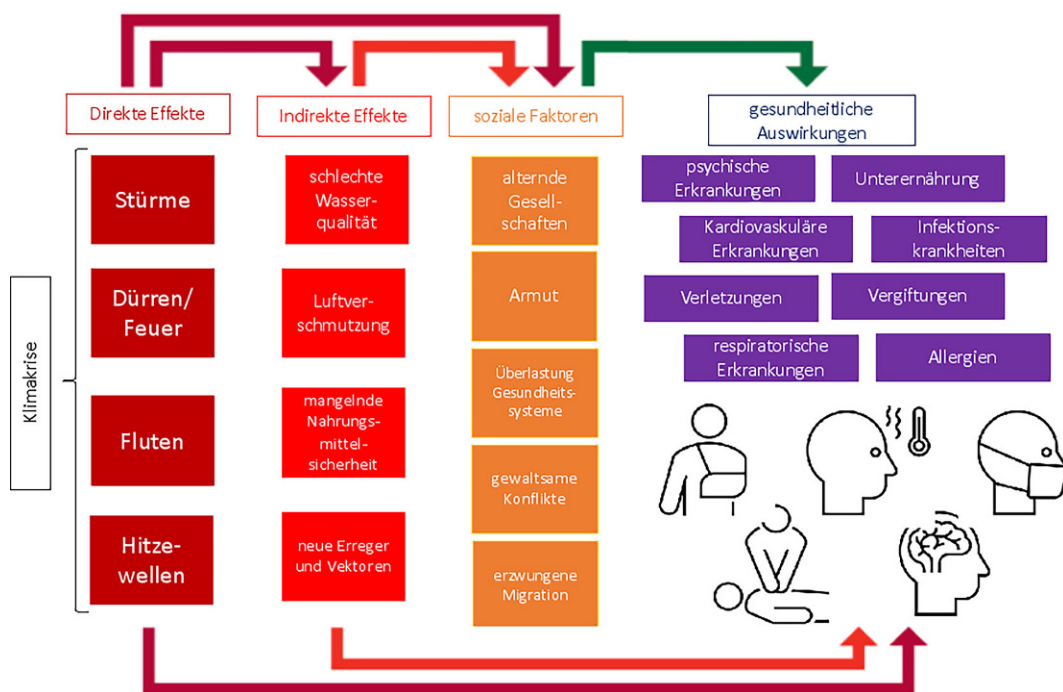


Abb. 2 ◀ Gesundheitliche Folgen der Klimakrise. (Adaptiert nach Watts et al. [12]. Mit freundl. Genehmigung © KLUG e. V.)

Planetare Gesundheit – wo stehen wir?

Die menschengemachte Klimaerhitzung sowie die Verschmutzung und Übernutzung von Böden, Luft und Wasser zerstören unsere Lebensgrundlagen der Menschen und destabilisieren die Gesellschaften, in denen sie leben. Das bemerken wir schon heute. Die Nebenfolgen unserer als Normalität empfundenen Lebensweise kehren inzwischen in Form multipler Krisen zu uns zurück: als Pandemien, Naturkatastrophen, Flüchtlingsbewegungen oder Waldbrände am Urlaubsort.

Sechs von neun Belastungsgrenzen der Erdsysteme (sogenannte „planetary boundaries“) sind überschritten: Klimawandel, Biodiversität, Landnutzung, Umweltverschmutzung, Süßwasserverfügbarkeit und globale Kreisläufe von Stickstoff und Phosphor [3]. Analog zum Multiorganversagen des Menschen drohen auf planetarer Ebene Kaskaden von Erdsystemkipppunkten, die zu beispiellosen und irreversiblen Schäden für unsere Gesellschaften und unseren Planeten führen können – auch in Deutschland. Dazu gehören ein erheblicher Anstieg des Meeresspiegels, das Absterben großer Wälder einschließlich des Amazonas-Regenwalds und die Störung der natürlichen Niederschlagszyklen. Beim derzeitigen Stand

der Erderwärmung befinden wir uns bereits innerhalb des Risikobereichs für fünf Kippunkte. Dazu kommt, dass die Pufferkapazität der Erdsysteme gegenüber den menschengemachten Veränderungen, beispielsweise die Kapazität, CO₂ in den Ozeanen zu speichern, schnell abnimmt (<https://www.planetaryhealthcheck.org>). Wir laufen große Gefahr, aus dem weitgehend stabilen Holozän der letzten 10.000 Jahre in ein Hothouse-Earth-Szenario zu wechseln. Die Zivilisation, wie wir sie kennen, wäre damit nicht vereinbar. Das fortgesetzte Überschreiten der planetaren Belastungsgrenzen wird die Welt innerhalb der kommenden Dekaden grundlegend verändern. Eine der größten Schwierigkeiten liegt darin, die diesen Veränderungen inhärente nichtlineare Dynamik, geprägt durch aktivierte, sich selbst und sich gegenseitig verstärkende Kippunkte, zu begreifen. Ein „Weiter so“ in der Gegenwart bedeutet für zukünftige Generationen viel weniger Wohlstand, Sicherheit, Freiheit und – vor allem – Gesundheit.

Die ökologische Krise hat bereits begonnen und wird, sollte die Begrenzung dieser Entwicklung nicht gelingen, die Menschheitskrise des 21. Jahrhunderts sein [4]. Dies spiegelt sich in den Berichten mehrerer weltweit tätiger Kommissionen wider (Intergovernmental Panel

on Climate Change, Intergovernmental Science-Policy Platform on Biodiversity and Ecosystem Services [5], Global Commission on the Economics of Water [6], Food System Economics Commission [7], Lancet Countdown on Health and Climate Change [8] und Earth4all des Club of Rome [9]). Die Berichte fassen gegenwärtige, kurzfristige und langfristige Risiken zusammen und begründen die wirtschaftlichen und gesundheitlichen Vorteile einer schnellen Transformation. In einem sind sich alle Analysen einig: Die Kosten des Nichthandelns übersteigen die Kosten des Handelns um ein Vielfaches.

Gesundheitsfolgen der ökologischen Krise

Die ökologische Krise ist verknüpft mit einer Erhöhung der Krankheitslast in praktisch allen Bereichen der Medizin. In **Abb. 2** ist dargestellt, wie sich gesundheitliche Auswirkungen der Klimakrise über direkte und indirekte Effekte im Zusammenspiel mit sozialen Faktoren in allen Organsystemen manifestieren können. Gleichzeitig weist unser Gesundheitssystem eine geringe Resilienz auf [10]. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf wahrscheinlicher werdende Pandemien und zunehmende Klimawandelfolgen wie längere, intensivere und häufigere

Hitzewellen mit einer Zunahme von Krankenhauseinweisungen und Tausenden vorzeitiger Todesfälle, auch in Deutschland. Weitere gesundheitliche Folgen der Klimakrise sind die Zunahmen von Allergien, Zoonosen, Gesundheitsfolgen aufgrund extremer Wetterereignisse und Waldbränden sowie eine Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt, dass bereits jetzt 24% der vorzeitigen Todesfälle auf degradierte Ökosysteme zurückzuführen sind [11].

Hinzu kommt die Belastung des Gesundheitssystems durch ungesunde Lebensstile, die selbst wiederum die ökologische Krise verschärfen. Zu einem sehr großen Anteil behandeln wir Krankheitsbilder, die Folge gesundheitsschädlicher Umwelt-, Lebens- und Beschäftigungsverhältnisse sind. Bis zu 78% der etwa 42 Mio. vorzeitigen Todesfälle durch nicht übertragbare Krankheiten weltweit lassen sich auf vier Faktoren und die dazugehörigen Industriezweige zurückführen: Alkohol, Tabak, Konsum ungesunder Lebensmittel und fossile Brennstoffe [13]. Bezogen auf die WHO-Region Europa sind das 7500 vorzeitige Todesfälle jeden Tag [14]. Die Geschäftsmodelle dieser Industriezweige sind erfolgreich, weil es ihnen gelingt, Folgekosten in Form von Gesundheitskosten oder abnehmenden Ökosystemleistungen zu externalisieren. Diese externalisierten Kosten tragen die dadurch erkrankten Menschen, die Gesellschaft mit ihren Gesundheitssystemen und zukünftige Generationen [13]. Insbesondere die Nahrungsmittelindustrie und die Industrie zur Förderung fossiler Energieträger tragen darüber hinaus maßgeblich zu einer fortgesetzten Überschreitung der planetaren Belastungsgrenzen bei und erhöhen die Krankheitslast auf diese Weise zusätzlich.

» Unser Ernährungssystem trägt maßgeblich zur Überschreitung planetarer Belastungsgrenzen bei

Die Verbrennung fossiler Energieträger stand 2021 im Zusammenhang mit EU-weit 327.000 vorzeitigen Todesfällen aufgrund schlechter Luftqualität [15]. Ernährungsmuster mit einem erhöhten Anteil energiedichter, hochverarbeiteter und tierischer Lebensmittel sowie mit einem

geringen Anteil unverarbeiteter pflanzlicher Lebensmittel erhöhen das Risiko für Übergewicht und Adipositas und begünstigen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus Typ 2 und einige Krebserkrankungen [16]. Gleichzeitig trägt unser Ernährungssystem maßgeblich zur Überschreitung planetarer Belastungsgrenzen bei: Es verursacht etwa ein Drittel der weltweiten Treibhausgasemissionen, ist Hauptverursacher der Biodiversitätsverluste und für etwa 80% der weltweiten Landnutzungsänderungen verantwortlich [17]. In Deutschland belaufen sich die versteckten Kosten des Ernährungssystems jährlich auf 328 Mrd. Dollar, einschließlich Gesundheits-, Klima- und Umweltkosten [18].

Auch Gesundheitssysteme tragen maßgeblich zur Verschlimmerung der ökologischen Krise bei. Für das deutsche Gesundheitswesen wird ein Beitrag von 5,2 bis 6,7% zu den landesweiten Treibhausgasemissionen und ein Anteil von etwa 5% am Verbrauch von Rohstoffen ausgewiesen. Die vor- und nachgeschalteten Lieferketten tragen etwa zwei Drittel zu den Gesamtemissionen des Gesundheitswesens bei.

Rollback und Verdrängung

Wir erleben derzeit im deutschsprachigen Raum und weltweit einen starken Rollback bei Klimathemen. Dahinter stehen Interessengruppen, die vom Status quo profitieren. Der Rollback liegt aber auch an persönlichen und kollektiven Verdrängungsmechanismen. Es hat lange gedauert, bis der Gesundheitssektor die wissenschaftlichen Berichte über den Klimawandel als langfristig größte Gesundheitsbedrohung unserer Zeit wirklich anerkannt hat. Die erste Lancet Commission zu Klima und Gesundheit berichtete bereits 2009 [19]; das Erwachen des deutschen Gesundheitssektors begann zehn Jahre später (<https://klimagesund.de>). Nach wie vor verdrängt auch der größte Teil der Bevölkerung und der politischen Entscheider:innen das Ausmaß der Gesundheitsbedrohung durch die ökologische Krise. Verdrängung kennen wir Ärzt:innen aus unserem beruflichen Alltag und der Geschichte der Medizin.

Für Gesundheitsberufe allerdings ist ab dem Moment der „Diagnosestellung“ eine Beteiligung an der Verdrängung keine Option mehr. Angesichts der ökologischen Krisen mit ihren fatalen Folgen die Augen zu verschließen und nicht zu handeln, ist genauso wenig eine Option, wie einem schwer kranken Menschen zu suggerieren, dass alles halb so schlimm sei und ein paar Tabletten ohne nennenswerte Nebenwirkungen ausreichen.

Vielmehr geht es darum, Verantwortung zu übernehmen, die Verdrängung zu überwinden und Handlungsbereitschaft zu erzeugen. Dafür müssen wir die Verdrängungsmechanismen und -strukturen in unserem Sektor, unseren Institutionen und bei uns selbst anerkennen und die konkreten Auswirkungen und Risiken in unseren Arbeitskontexten verstehen. Das ist kein leichter Weg. Aufgrund unseres Berufsethos aber sind wir vertraut damit, dort hinzugehen und zu bleiben, wo es schwer ist. Auch deshalb haben viele von uns unseren Beruf gewählt.

Welche Maßnahmen sind medizinisch indiziert?

Aus den oben dargestellten Zusammenhängen von Klimaresilienz und Gesundheit leitet sich ein umfassender Handlungsimperativ ab. Die Vitalparameter des Planeten leuchten rot. Entsprechend müssen Klimaresilienz und Gesundheit auf allen Ebenen zur Priorität gemacht werden. Da es um tiefgreifende Veränderungen geht, reichen vertraute Methoden allein nicht aus. Die transformative Dimension von Klimaresilienz und die Bearbeitung der wesentlichen Handlungsfelder sind obligatorisch.

Wesentliche Handlungsfelder sind:

- Berücksichtigung der jetzigen und zukünftigen gesundheitlichen Folgen der ökologischen Krise in Prävention, Diagnose und Therapie
- Aufklärung politischer Entscheider:innen zu Klimaresilienz und Gesundheit und zu den daraus abzuleitenden konkreten Handlungsschritten für Kommunen, Länder und Bund
- Klimasensible Gesundheitsberatung (siehe unten) in ambulanten und stationären Settings und Aufklärung der Bevölkerung

Infobox 1

Möglichkeiten zur inhaltlichen Vertiefung und Fortbildung im Bereich Klimaresilienz und Gesundheit

- Englischer Übersichtsbeitrag aus dem *New England Journal of Medicine*: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmra1807873>
 - Kostenloser deutscher Online-Kurs für Ärzt:innen: „Klimawandel – Was ändert sich für die Patientenversorgung?"; <https://high-edu.courses/>
 - Kostenloser deutscher Online-Kurs für alle Disziplinen: „Planetary Health – Gesunde Erde, gesunde Menschen?"; <https://open.vhb.org/blocks/ildmetaselect/detailpage.php?id=295>
 - Lernplattform mit vielen Videoformaten: <https://planetary-health-academy.de/>
 - Website der Deutschen Allianz Klimawandel und Gesundheit (KLUG e. V.) mit vielen grundsätzlichen Informationen: <https://www.klimawandel-gesundheit.de/planetary-health/>
 - Open-Access-CME-Beitrag zu Epidemiologie und Prävention hitzebedingter Gesundheitsstörungen: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00391-019-01594-4>
 - Buch: Planetary Health – Klima, Umwelt und Gesundheit im Anthropozän: <https://www.mwv-berlin.de/produkte/!/title/planetary-health/id/791>
 - Buch: Heidelberger Standards der Klimamedizin: <https://shop.heidelbergerklinischestandards.de>
 - Kompetenzzentrum für klimaresiliente Medizin und Gesundheitseinrichtungen (KliMeG): <https://klimeg.de/>
 - Leitfaden zur klimasensiblen Gesundheitsberatung für die hausärztliche Praxis: https://www.med.uni-wuerzburg.de/fileadmin/0300-planetaregesundheit/2024/KSGB_Leitfaden_Version_1.0_01.pdf
-
- Initiierung von und Beteiligung an kommunalen, regionalen und nationalen sektoralen und sektorenübergreifenden Aktionsbündnissen
 - Erfassung der Treibhausgasemissionen und Erstellung von Umsetzungsplänen zur Erreichung von Emissionsfreiheit und Ressourceneffizienz in Gesundheitseinrichtungen
 - Priorisierung von Klimaresilienz und Gesundheit in Forschung und Lehre

Die Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmenplänen kann parallel in Kliniken, Praxen, Fachgesellschaften und Netzwerken beginnen. Viel kann von Vorreitern

und Experten in den Handlungsfeldern übernommen (■ **Infobox 1**) und auf den eigenen Kontext übertragen werden. Es geht nicht darum, auf allen Ebenen und in allen Handlungsfeldern gleichzeitig zu beginnen, sondern darum, dort Schwerpunkte zu setzen, wo die Bedeutung hoch ist und erste Handlungsbereitschaft von Schlüsselakteuren besteht. Einige Handlungsfelder erläutern wir im Folgenden detaillierter.

Klimasensible Gesundheitsberatung und das Prinzip der Co-Benefits

Das Konzept der klimasensiblen Gesundheitsberatung im ambulanten Sektor wurde in den letzten Jahren entwickelt und ist inzwischen auf breiter Basis erprobt worden [20]. Der Grundgedanke ist, Klimaresilienz in die Kommunikation mit Patient:innen und deren Angehörigen zu integrieren. Auf Basis der Vorarbeiten können Leitfäden und Bildungsmodule auch für die stationäre und rehabilitative Versorgung schnell entwickelt und umgesetzt werden. Eine besondere Aufmerksamkeit liegt auf Maßnahmen, die mehrfach positive Effekte haben: sowohl direkt auf die Gesundheit der Menschen als auch indirekt über den Schutz intakter Ökosysteme, sogenannte Co-Benefits.

Der Begriff „gesundheitliche Co-Benefits“ beschreibt die wechselseitigen positiven Auswirkungen von Klimaresilienz und Gesundheitsförderung [21]:

- Bewegung und aktive Mobilität haben positive Effekte auf die Gesundheit und das Klima [22].
- Für den Bereich Ernährung ist die „planetary health diet“ eine wissenschaftlich fundierte Ernährungsempfehlung, die die Vorteile einer vollwertigen und überwiegend pflanzlich basierten Ernährung für die individuelle Gesundheit und für die Gesundheit unseres Planeten vereint. Sie stimmt in großen Teilen mit den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) und der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) überein [23–25].
- Die Reduzierung von Multimedikation kann synergistische positive Effekte im Sinne der Co-Benefits haben [26].

Im Rahmen der klimasensiblen Gesundheitsberatung spielen gesundheitliche Co-Benefits eine zentrale Rolle, da die gemeinsamen Gewinne für die Gesundheit der Patient:innen und das Ziel Klimaresilienz als Motivation für eine Verhaltensänderung in der Gesundheitsberatung genutzt werden können [27]. Die folgenden Abschnitte gehen auf die Aspekte der Ernährungswende und der Überversorgung gesondert ein, da sie zentrale Hebel für zahlreiche positive Veränderungen darstellen.

Ernährungswende

Der Wechsel zu einer weitgehend pflanzenbasierten Ernährungsweise im Sinne der „planetary health diet“ bzw. im Einklang mit den aktuellen Empfehlungen der DGE ist einer der wichtigsten Hebel für die Eindämmung der ökologischen Krise [23–25]. Genauer: Ohne die Ernährungswende kann die ökologische Krise nicht bewältigt werden. Eine pflanzenbasierte Ernährung benötigt nur einen Bruchteil der Ressourcen an Flächen, Wasser, Dünger und Pestiziden. Das reduziert die Treibhausgasemissionen, schützt maritime und ländliche Ökosysteme sowie deren Biodiversität, verbessert auf diesem Wege den Schutz vor zukünftigen Pandemien, erhöht die Nahrungsmittelsicherheit und ermöglicht sogar, CO₂ aus der Atmosphäre zurückzuholen und auf der Erde zu binden. Genauso vielfältig sind die gesundheitlichen Vorteile einer pflanzenbetonten Ernährung. Daher spielen die aktuellen Empfehlungen der DGE bei vielen internistischen Erkrankungen eine hochrelevante Rolle in der Prävention und Therapie. Daraus leiten sich wichtige Maßnahmen ab:

- Verankerung einer weitgehend pflanzenbasierten Ernährung in der Gesundheitsberatung in Kliniken, Rehabilitationseinrichtungen und Praxen
- Anpassung des Speiseangebots in Kliniken und Kantinen (<https://klimeg.de/handlungsfelder/handlungsfeld-ernaehrung/>)
- Berücksichtigung in Leitlinien und in den Fort- und Weiterbildungscurricula

Auch hier ist die Aufklärung der politischen Entscheider:innen und der Öffentlichkeit von großer Bedeutung und die Initiierung von Bündnissen und Netzwerken

auf den verschiedenen Ebenen notwendig. Als Ärzt:innen können wir mit dieser Kombination von Maßnahmen einen wichtigen Beitrag dazu leisten, die notwendige Ernährungswende anzustoßen und damit die Gesundheit heutiger und zukünftiger Generationen zu schützen.

Übersversorgung vermeiden und Ressourcen schonen

Wir können nicht davon ausgehen, dass das Bruttoinlandsprodukt und die daran gekoppelte Finanzierung des Gesundheitssystems weiterhin bedarfsgerecht zunehmen. Wahrscheinlicher ist, dass die finanziellen, personellen und ökologischen Ressourcen zur Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung abnehmen, vor allem im Verhältnis zur durch den demografischen Wandel steigenden Nachfrage.

Das macht es erforderlich, eine klare Vorstellung von einer nachhaltigen Versorgung zu entwickeln, eine gesellschaftliche Diskussion über die zukünftige Ausrichtung der Gesundheitsversorgung anzustoßen und sie mit fundierter Expertise zu begleiten. Ein zentraler Aspekt dieser Diskussion ist die gleichzeitige Berücksichtigung von Über-, Fehl- und Unterversorgung.

» „Klug entscheiden“ hilft, Über-, Fehl- und Unterversorgung zu vermeiden, und schont so Ressourcen

Übersversorgung im Gesundheitswesen bezeichnet medizinische Maßnahmen, die nicht erforderlich sind, weil sie keine bedeutende Verbesserung der Lebenserwartung oder der Lebensqualität der Patient:innen bewirken, häufig mehr Schaden als Nutzen anrichten und/oder von den Patient:innen selbst abgelehnt werden [28]. „Klug entscheiden“ spielt als Initiative der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) seit Jahren eine wichtige Rolle bei der Reduktion von Über-, Fehl- und Unterversorgung. Sie schont Ressourcen, ohne das eigene zu betonen.

Ein wichtiges Handlungsfeld in diesem Zusammenhang ist die Verordnung von Medikamenten. Medikamente verursa-

chen Emissionen und enden mehr oder minder metabolisiert in für andere Organismen toxischen Konzentrationen in der Umwelt. Die Umstellung von Dosieraerosolen auf Pulverinhalatoren stellt eine der einfachsten und effektivsten Maßnahmen dar, um den CO₂-Fußabdruck im Gesundheitswesen zu verringern. Im Gegensatz zu Pulverinhalatoren enthalten Dosieraerosole als Treibmittel sogenannte Flurane, deren Schadenspotenzial etwa 1530-mal höher ist als das von CO₂. Patient:innen haben in der großen Mehrheit der Fälle keinen Nachteil durch die Verwendung von Pulverinhalatoren. Im Gegenteil: Viele Patient:innen können damit genauso gut oder sogar besser behandelt werden (S2k-Leitlinie „Klimabewusste Verordnung von Inhalativa“; [29]).

Wichtige Hinweise zur Vermeidung von Übersversorgung in der Intensivmedizin gibt das Positionspapier der Ethiksektionen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) sowie der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIIN; [30]). Dazu zählen

- die regelmäßige Überprüfung von Therapien und Zielen,
- die Nutzung bestehender Unterstützungsangebote für das Behandlungsteam sowie für Patient:innen und deren Angehörige (z. B. durch Ethiker:innen oder Palliativmediziner:innen bei Intensivvisiten),
- die Förderung der Autonomie der Patient:innen sowie
- die Umsetzung einer umfassenden Vorsorgeplanung.

Resilienz – sich und andere stärken

Persönliche und gemeinsame Resilienz entsteht, wenn wir uns den Herausforderungen unserer Zeit stellen und uns auf unsere eigene Fähigkeit besinnen, angemessen zu reagieren, zu gestalten und uns anzupassen. Die enormen Herausforderungen durch die ökologische Krise erfordern von uns die Fähigkeit, hyper-spezialisierte Perspektiven zu verlassen und stattdessen disziplin-, berufsgruppen- und sektorenübergreifend sprech- und handlungsfähig zu werden. Dafür müssen wir aus den vertrauten Hierarchie- und Machtstrukturen und ihrem

verengten Fokus auf Kontrolle und Fehlervermeidung heraustreten. So werden wir in die Lage versetzt, gemeinsam eine Gesamtperspektive einzunehmen und sie immer wieder neu zu beleben.

Wir haben als Ärzt:innen in den letzten 150 Jahren viele große und kleine Transformationen angestoßen und umgesetzt. Viele der heutigen Routineinterventionen waren früher völlig unvorstellbar. Diese Durchbrüche waren nur möglich, weil mutige Vorreiter neue Perspektiven und Methoden oft gegen die Skepsis und den Widerstand des medizinischen Establishments entwickelt und in kreativer Weise Widerstände überwunden haben. Das sind alles Beispiele gelebter Resilienz. Wir können unser Wissen über zerstörerische Lebens- und Wirtschaftsweisen in Handeln umsetzen, mit der Zerstörung aufhören und dabei neu lernen, andere zu stärken und Stärkung durch andere an- und aufzunehmen.

Fazit für die Praxis

- Die menschliche Gesundheit, unser Wohlergehen sowie die soziale und intergenerationale Gerechtigkeit sind unauflosbar mit der uns umgebenden Umwelt verbunden.
- Politische Entscheider:innen, ökologische Akteur:innen und die Öffentlichkeit müssen über die Zusammenhänge von menschlicher und planetarer Gesundheit und die Dringlichkeit des Handelns aufgeklärt werden. Internist:innen können dabei eine Schlüsselrolle übernehmen.
- Die enormen Herausforderungen durch die ökologische Krise erfordern von uns, disziplin-, berufsgruppen- und sektorenübergreifend sprech- und handlungsfähig zu werden.
- Gesundheitssysteme tragen durch Treibhausgasemissionen und Rohstoffverbrauch maßgeblich zur Verschlimmerung der ökologischen bzw. Klimakrise bei.
- Der Wechsel zu einer weitgehend pflanzenbasierten Ernährungsweise ist einer der wichtigsten Hebel für die Eindämmung der ökologischen Krise und geht mit vielfältigen gesundheitlichen Vorteilen einher.
- Die Vermeidung einer medizinischen Über-, Fehl- und Unterversorgung ist mit erheblichen Co-Benefits verbunden.
- Ein weiteres wichtiges medizinisches Handlungsfeld ist die ressourcen- und klimaschonende Verordnung von Medikamenten.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Martin Herrmann

KLUG – Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit e.V.
Cuvyrstr. 1, 10997 Berlin, Deutschland
m.herrmann@klimawandel-gesundheit.de

Prof. Dr. med. Christian M. Schulz

KLUG – Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit e.V.
Cuvyrstr. 1, 10997 Berlin, Deutschland
christian.schulz@klimawandel-gesundheit.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. M. Herrmann und C.M. Schulz geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. IPCC (2022) Climate Change 2022: Impacts, Adaptation and Vulnerability
2. IPCC (2022) Zusammenfassung für die politische Entscheidungsfindung [H.-O. Pörtner, D.C. Roberts, E.S. Poloczanska, K. Mintenbeck, M. Tignor, A. Alegría, M. Craig, S. Langsdorf, S. Lösschke, V. Möller, A. Okem (Hrsg.)]. In: Klimawandel 2022: Folgen, Anpassung und Verwundbarkeit. Beitrag der Arbeitsgruppe II zum Sechsten Sachstandsbericht des Zwischenstaatlichen Ausschusses für Klimaänderungen [H.-O. Pörtner, D.C. Roberts, M. Tignor, E.S. Poloczanska, K. Mintenbeck, A. Alegría, M. Craig, S. Langsdorf, S. Lösschke, V. Möller, A. Okem, B. Rama (Hrsg.)]. Deutsche Übersetzung (korrigierte Version) auf Basis der Version vom Juli 2022. Deutsche IPCC-Koordinierungsstelle, Bonn; Die Luxemburger Regierung, Luxemburg; Bundesministerium für Klimaschutz, Umwelt, Energie, Mobilität, Innovation und Technologie, Wien; Akademie der Naturwissenschaften Schweiz SCNAT, ProClim, Bern; Mai 2023. <https://doi.org/10.48585/rz5m-2q42>
3. Richardson K, Steffen W, Lucht W et al (2023) Earth beyond six of nine planetary boundaries. *Sci Adv* 9(37):eadh2458. <https://doi.org/10.1126/sciadv.adh2458>
4. Kemp L, Xu C, Depledge J et al (2022) Climate Endgame: Exploring catastrophic climate change scenarios. *Proc Natl Acad Sci U S A* 119(34):e2108146119. <https://doi.org/10.1073/pnas.2108146119>
5. Core Writing Team HLaJRe (2023) Synthesis Report. A Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Contribution of Working Groups I, II and III to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. In: IPCC (Hrsg) Climate Change 2023: IPCC. Geneva (im Druck)
6. Water GCotEo. The Economics of Water—Valuing the Hydrological Cycle as a Global Common Good.
7. Ruggeri Laderchi C, Lotze-Campen H, DeClerck F et al (2024) The Economics of the Food System Transformation. Global Policy Report: Food System Economics Commission (FSEC)
8. Romanello M, Walawender M, Hsu SC et al (2024) The 2024 report of the Lancet Countdown on health and climate change: facing record-breaking threats from delayed action. *Lancet*

Climate resilience and health: the planet's vital signs are flashing red

Six of the nine Earth systems are dangerously stressed: climate change, biodiversity loss, land use, pollution, freshwater availability, and the global biogeochemical cycles of nitrogen and phosphorus. Analogous to human multi-organ failure, cascading planetary tipping points threaten to cause irreversible damage to our societies. This ecological crisis is already manifesting in a variety of health risks, from heat-related deaths and respiratory diseases to mental health. For future generations, continuing business as usual in the present means much less prosperity, security, freedom, and—most importantly—health. The ecological crisis is the greatest threat to human health in the 21st century. Climate resilience is defined as the necessary integration of climate adaptation and mitigation, and is a central component of preventive health care. Key action areas include: 1) considering the current and future health impacts of the ecological crisis in prevention, diagnosis, and treatment; 2) educating policymakers about climate resilience and health, and deriving concrete actions for municipalities, states, and federal governments; 3) implementing climate-sensitive health advice in outpatient and inpatient settings and educating the public; 4) initiating and participating in municipal, regional, and national sectoral and cross-sectoral action alliances; 5) monitoring greenhouse gas emissions and developing implementation plans for emission-free health facilities; and finally, 6) prioritizing climate resilience and health in research and education. Special attention is given to measures that have multiple positive effects on both human health and Earth systems, known as co-benefits. By not limiting themselves to medical measures alone, but overcoming displacement and intervening in political and societal processes, health experts can play a key role in combating this crisis.

Keywords

Planetary health · Public health · Ecological crisis · Preventive health care · Co-benefits

- 404(10465):1847–1896. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01822-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01822-1)
9. Club of Rome (2022) Earth for all—A survival guide for humanity
10. Pflege SG Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung zukünftiger Krisen 2023. <https://www.svr-gesundheit.de/publikationen/gutachten-2023/>
11. (2023) Public health and environment World Health Organization. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/public-health-and-environment>. Zugegriffen: 2023-11-28
12. Watts N, Amann M, Arnell N et al (2021) The 2020 report of The Lancet Countdown on health and climate change: responding to converging crises. *Lancet* 397(10269):129–170. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32290-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32290-X)
13. Gilmore AB, Fabbri A, Baum F et al (2023) Defining and conceptualising the commercial determinants of health. *Lancet* 401(10383):1194–1213. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00013-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00013-2)
14. World Health Organization. Regional Office for Europe (2024) Commercial determinants of noncommunicable diseases in the WHO European region
15. Agency EE (2023) Harm to human health from air pollution in Europe: burden of disease 2023. <https://www.eea.europa.eu/publications/harm-to-human-health-from-air-pollution>. Zugegriffen: 17. Dez. 2024
16. Schwingshackl L, Hoffmann G, Lampousi AM et al (2017) Food groups and risk of type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Eur J Epidemiol* 32(5):363–375. <https://doi.org/10.1007/s10654-017-0246-y>
17. Poore J, Nemecek T (2018) Reducing food's environmental impacts through producers and consumers. *Science* 360(6392):987–992. <https://doi.org/10.1126/science.aag0216>
18. (2023) The State of Food and Agriculture. <https://www.fao.org/3/cc7724en/online/cc7724en.html>. Zugegriffen: 15. Dez. 2024
19. Costello A, Abbas M, Allen A et al (2009) Managing the health effects of climate change: Lancet and University College London Institute for Global Health Commission. *Lancet* 373(9676):1693–1733. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60935-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60935-1)
20. Herrmann A, Mews C, Hansen H et al (2023) Klimasensible Gesundheitsberatung. *Z Allg Med* 99(8):426–436. <https://doi.org/10.1007/s44266-023-00139-8>
21. Wabnitz K, Ende M, von der Haar A (2024) Evidenzsynthese zu Co-Benefits: Eine Aufarbeitung der aktuellen wissenschaftlichen Evidenz. Centre for Planetary Health Policy
22. Weltgesundheitsorganisation RfE (2022) Zulußgehen und Radfahren: Neueste Erkenntnisse zur Unterstützung von Politikgestaltung und Praxis. WHO
23. Willett W, Rockström J, Loken B et al (2019) Food in the Anthropocene: the EAT–Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. *Lancet* 393(10170):447–492. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31788-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31788-4)
24. Systems E-LCoHDFSF. EAT–Lancet Commission Summary Report.
25. Breidenassel C, Schäfer AK, Melanie M, Richter M, Linseisen J, Watzl B (2022) The Planetary Health Diet in contrast to the food-based dietary guidelines of the German Nutrition Society (DGE).

- Ernähr Umsch 69(5):56–72. <https://doi.org/10.4455/eu.2022.012>
26. Tennison I, Roschnik S, Ashby B et al (2021) Health care's response to climate change: a carbon footprint assessment of the NHS in England. *Lancet Planet Health* 5(2):e84–e92. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(20\)30271-0](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(20)30271-0)
 27. Amelung D, Fischer H, Herrmann A et al (2019) Human health as a motivator for climate change mitigation: results from four European high-income countries. *Glob Environ Chang* 57:101918. <https://doi.org/10.1016/j.gloenvcha.2019.05.002>
 28. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018) Bedarfsge-rechte Steuerung der Gesundheitsversorgung
 29. AWMF (2024) S2k-Leitlinie Klimabewußte Verordnung von Inhalativa
 30. Michalsen A, Neitzke G, Dutzmann J et al (2021) Überversorgung in der Intensivmedizin: erkennen, benennen, vermeiden. *Med Klin Intensivmed Notfallmed* 116(4):281–294. <https://doi.org/10.1007/s00063-021-00794-4>

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Instituts-adressen neutral.

MED UPDATE SEMINARE 2025

Nephro Update 2025

18. Nephrologie-Update-Seminar
16. und 17. Mai 2025
Mainz

Wiss. Leitung:

Prof. Dr. Kai-Uwe Eckardt, Berlin
Prof. Dr. Jürgen Floege, Aachen
Prof. Dr. Julia Weinmann-Menke, Mainz

*Unter der Schirmherrschaft der DGfN, GPN, DN,
DGIM, KfH*

nephro-update.com

Endokrino Update 2025

6. Endokrinologie-Update-Seminar
19. und 20. September 2025
Livestream

Wiss. Leitung:

Prof. Dr. Matthias Blüher, Leipzig
Prof. Dr. Jörg Bojunga, Frankfurt
Prof. Dr. Martin Fassnacht, Würzburg
Prof. Dr. Dr. Dagmar Führer, Essen

Unter der Schirmherrschaft der DGIM

www.endokrino-update.com

Internisten Update 2025

20. DGIM-Internisten-Update Seminar
7.–8. November 2025
Köln, München und Livestream
28.–29. November 2025
Berlin, Wiesbaden und Livestream

www.internisten-update.com

Wiss. Leitung:

Prof. Dr. Christian Ell, Wiesbaden
Prof. Dr. Dr. Dagmar Führer, Essen
Prof. Dr. Jan Christoph Galle, Lüdenscheid
Prof. Dr. Gerd Hasenfuß, Göttingen
Prof. Dr. Lothar Kanz, Tübingen
Prof. Dr. Edelgard Lindhoff-Last, Frankfurt
Prof. Dr. Bernhard Manger, Erlangen
Prof. Dr. Jessica Rademacher, Hannover

Unter der Schirmherrschaft der DGIM

Auskunft für alle Update-Seminare

medupdate GmbH
www.med-update.com
Tel.: 0611 - 736580
info@med-update.com

The logo for medupdate features a stylized yellow and orange curved line above the text "medupdate" in a lowercase, sans-serif font.

STATEMENT

Aus der Krankheit in den Spitzensport: Rückschläge im Leben als Chance begreifen

Franziska Liebhardt

Dreifach organtransplantierte Paralympicssiegerin und Vorsitzende des Vereins Kinderhilfe Organtransplantation – Sportler für Organspende e.V. (KiO)

Wir alle kennen Momente im Leben, die uns herausfordern – Zeiten, in denen es scheint, als ob der Weg zu unseren Zielen versperrt ist. In denen Schicksalsschläge Lebenspläne und -träume zerstören. Doch was passiert, wenn wir diese Hindernisse nicht als das Ende sehen, sondern als Chance für einen Neuanfang?

Mein Name ist Franziska Liebhardt, und ich bin Paralympicssiegerin im Kugelstoßen.

Im Jahre 2005 war ich 23 und Volleyballerin. Mit leistungssportlichen Ambitionen und überzeugt, ganz gesund zu sein. Ich war mir damals sicher, dass ich beim Training so schnell außer Puste kam, weil einfach meine Ausdauer schlecht war. Bis die Diagnose kam: systemische Autoimmunerkrankung. Meine Lunge war zu diesem Zeitpunkt bereits schwer befallen, auch andere Organe waren bereits in Mitleidenschaft gezogen. Die Diagnose war für mich zunächst ein Schock. Die Erkrankung drängte sich zunehmend mehr in mein Leben. Erst keinen Sport mehr treiben, dann nicht mehr Treppen steigen, nicht mehr gehen, schließlich nicht mehr stehen, nicht mehr sitzen, nicht mehr sprechen, nicht mehr essen können. Im Laufe der Monate nahm sie mir jegliche Autonomie, sie machte mich schließlich zum Pflegefall, beatmet auf einer Intensivstation. Alle Therapieversuche scheiterten, irgendwann sagte man mir, dass nur eine Lungentransplantation mein Leben noch würde retten können.

Im April 2009 erhielt ich auf den letzten Drücker eine Spenderlunge.

Ein Pfleger sagte nach der Operation zu mir „Bei uns ist das wie in der Autowerkstatt. Alter Motor raus, neuer Motor rein – und schon läuft alles wieder.“ Aber so einfach war es leider nicht. Als Sportlerin kannte ich meinen Körper gut. Nach der OP war aber plötzlich alles ganz anders. Nach der Operation merkte ich aber tatsächlich auch sehr schnell Aufwind. Mit der Organspende kehrte auch Lebensqualität zurück. Mein Leben war vorerst gerettet, und doch musste ich lernen, aktiv loszulassen von den Ideen meines bisherigen Lebens. Akzeptieren, dass einige Lebenswünsche so nicht mehr erfüllbar waren. Ich erkannte aber gleichzeitig, dass, wenn ich nur offen dafür bin, sich dafür andere Türen öffnen ... und trotz allem ein gutes Leben möglich ist, wenn auch anders als ursprünglich geplant. Ganz bewusst baute ich eine neue, tragfähige Lebensbasis auf, fand neue Ziele im Leben und schöpfte daraus wieder Lebensmut und -sinn.

Mein Leben nahm wieder richtig Fahrt auf und schon wenige Monate nach der Transplantation kam mir immer öfter der damals fast wahnwitzig anmutende Gedanke: Vielleicht ist ja auch der Leistungssport wieder möglich.

Die Reaktion der Ärzte: Leistungssport? Mit Spenderlunge? Denken Sie nicht mal dran!

Aber Visionen zu entwickeln, sich zu fragen „Was möchte ich trotz aller Probleme in meinem Leben erreichen?“, verleiht dem Alltag Sinn und Motivation. Es ist wichtig für die Resilienz.

Ich beschloss also, dass ich diese Entscheidung selbst treffen musste, sie mir nicht vorschreiben lassen durfte. Weil ich merkte, dass ich mich sonst gedanklich einschränkte, sinnbildlich verbarriadierte in den eigenen vier Wänden und den ganzen Tag nur angstvoll auf das wartete, was andere voller Pessimismus an die Wand gemalt hatten.

Ich wollte den Fokus auf das Kontrollierbare legen, mich auf die Dinge konzentrieren, die ich beeinflussen konnte, anstatt mich auf das zu fixieren, was außerhalb der eigenen Kontrolle lag. Es ging mir dabei aber nicht darum, Risiken bewusst einzugehen. Es ging darum, sich auch Größeres wieder zuzutrauen, neues Selbstvertrauen zu schöpfen. Optimistisch in die Zukunft zu blicken. Und es lief erst mal richtig gut.

2010 aber kam es zu einem Hirnstamminfarkt. Eine halbseitige spastische Lähmung, Schluckstörungen, Sehstörungen waren die Folge. Nichts ging mehr. Doch ich zweifelte nur kurz. Ich konnte die Situation als solche nicht ändern, ich konnte nur das Beste daraus machen. Ein kurzer Perspektivwechsel brachte tatsächlich Positives: Nach dem Schlaganfall und der daraus entstandenen spastischen Lähmung war ich nun auch im paralympischen Sport startberechtigt.

Hinzu kam zu dieser Zeit allerdings, dass die Nieren schon länger nicht mehr richtig arbeiteten. Ein Jahr nach dem Schlaganfall, 2011, kam die Dialysepflicht. Dank Nachtdialyse musste ich mein Leben trotzdem nicht stark einschränken und 2012 schenkte mir mein Vater eine seiner Nieren. Eine Lebendspende.

Das Ziel, ein Start bei den Paralympics, behielt ich trotz aller Probleme immer fest im Blick. Ich wusste, alle Sportler wollen zu den Spielen, nur die besten werden es schaffen. Also krepelte ich mein Leben um für dieses Ziel. Wechselte für 5 Jahre in den Profisport. 2016 erlebte ich dann den Höhepunkt meiner sportlichen Laufbahn. Bei den Paralympischen Spielen in Rio gewann ich Gold im Kugelstoßen, außerdem sicherte ich mir Silber im Weitsprung.

Ein Journalist hat mich nach diesen Erfolgen mal gefragt, ob ich in meinem Leben wohl mehr Glück oder mehr Pech gehabt hätte. Ich musste über die Antwort nicht lange nachdenken. Ich bin krank geworden, das war natürlich Pech. Aber ich hatte damals schon zweimal, heute sogar dreimal, ein Spenderorgan bekommen, habe viele Operationen und Komplikationen gut überstanden, habe mein Leben neu wertschätzen gelernt. Ich habe viele Erfahrungen gemacht, die mir sonst vorenthalten worden wären. Ich habe bis jetzt fast 16 Jahre geschenkt bekommen, die absolut prall gefüllt waren mit Leben und für die ich unendlich dankbar bin. Für mich steht außer Zweifel, dass ich ein Glückskind bin.

Mittlerweile habe ich meine sportliche Karriere beendet und widme mich voll und ganz meinem Engagement für die Organspende. Als Vorsitzende des Vereins Kinderhilfe Organtransplantation – Sportler für Organspende (KiO) setze ich mich für Familien mit transplantierten Kindern ein und kämpfe für bessere Rahmenbedingungen in der Organspendepraxis. Organspende hat mir nicht nur das Leben gerettet, sondern auch die Möglichkeit gegeben, ein erfülltes Leben zu führen. Ich empfinde es als meine Verantwortung, darauf aufmerksam zu machen, wie wichtig Organspenden sind.

*Eröffnungs-Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM)
anlässlich des 131. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.
Samstag, 3. Mai 2025, 12.00 bis 13.00 Uhr*

Resilienz ist für mich der Schlüssel zu einer guten Lebensqualität, egal, in welcher Lebenssituation ich mich aktuell befinde. So entstand auch die Idee, hier am DGIM-Kongress teilzunehmen, als mir Professor Jan Galle davon berichtete, dass das diesjährige Programm rund um das für mich so wichtige Thema „Resilienz“ kreise. Dass ich hier beim DGIM-Kongress sogar auf der Plenarsitzung zum Thema Resilienz sprechen darf, bedeutet für mich, dieses wichtige Thema aus der Patientenperspektive darstellen und den Fachzuhörern damit noch mal eine neue Perspektive auf dieses Thema eröffnen zu dürfen.

Als Botschaft möchte ich allen Teilnehmenden des DGIM-Kongresses 2025 mit auf den Weg geben, dass Resilienz ein sich dynamisch entwickelnder, individueller Prozess ist, der über die Lebensspanne eines Menschen variabel ist und den man erlernen kann.

Es gilt das gesprochene Wort!
Wiesbaden, Mai 2025

STATEMENT

Von der Digitalisierung bis zur KI: Erwartungen der nächsten Ärztegeneration an ein modernes Gesundheitswesen

Dr. med. Christian Becker

Sprecher der JUNGEN DGIM und Facharzt für Kardiologie am Universitätsklinikum Göttingen

Die Digitalisierung ist heute ein ständiger Begleiter im Gesundheitswesen und wird dies in den kommenden Jahren noch verstärkt sein. Die Implementierung digitaler Technologien erfolgt jedoch nicht um der Technik willen, sondern mit dem Ziel, die Patientenversorgung nachhaltig zu verbessern. Trotz zahlreicher Fortschritte zeigt sich im klinischen Alltag eine Diskrepanz zwischen technischer Machbarkeit und den tatsächlichen Bedürfnissen der Ärztinnen und Ärzte. Digitale Prozesse, die nicht am ärztlichen Bedarf ausgerichtet sind, führen zu Mehrarbeit und ineffizienten Abläufen. Um das volle Potenzial der Digitalisierung auszuschöpfen, müssen strukturelle Anpassungen erfolgen, die eine sinnvolle Integration digitaler Werkzeuge in den medizinischen Alltag ermöglichen. Ein zentrales Anliegen ist die Verbindung von Digitalisierung mit Effizienzsteigerung und Entlastung des medizinischen Personals, um letztlich das Hauptziel nicht aus den Augen zu verlieren: eine bessere Patientenversorgung.

1. **Die Erwartungen junger Ärztinnen und Ärzte an ein modernes Gesundheitswesen**
 - Ein offenes Mindset für Veränderungen und Mut zur Digitalisierung
 - Notwendiger Abbau von Bürokratie, da aktuell digitale Prozesse oft zusätzlichen Arbeitsaufwand verursachen
 - Stärkere Einbindung der ärztlichen Expertise in die Gestaltung digitaler Lösungen
 - Praxisnähere Umsetzung digitaler Innovationen, insbesondere in großen Klinikstrukturen
 - Klare Regulierungen und ethische Standards für digitale Innovationen

2. **Zentrale Aspekte der Digitalisierung im Gesundheitswesen**
 - Elektronische Patientenakte (ePA) und E-Rezept zur besseren Datenverfügbarkeit
 - Telemedizin als Mittel zur Effizienzsteigerung und besseren Patientenbetreuung
 - Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) als innovative Therapiebegleiter
 - Nutzung medizinischer Daten für wissenschaftliche Zwecke

3. **Künstliche Intelligenz (KI) und das Selbstverständnis des Arztberufs**
 - Was ist unsere Motivation für den Beruf? (Stichwort „Halbgott in Weiß“ versus evidenzbasierte Medizin) → besser informierter Patient/besser informierte Patientin bedeutet auch mehr Eigenverantwortung
 - Dürfen wir Patientinnen und Patienten KI vorenthalten, nur weil wir selbst uns damit (noch) nicht gut genug auskennen?
 - Muss sich das Studium verändern? Bedarf an mehr Informatikinhalten
 - „Wie viel muss ich noch wissen, wenn es doch die KI weiß?“

- Sind wir offen für Neuerungen, so, wie wir auch für neue Therapieformen offen sind?
- Vertrauens-/Spannungsfeld: PatientInnen – ÄrztInnen – KI
- Explainable AI als Lösung für transparente und nachvollziehbare KI-Entscheidungen

Fazit

Die Digitalisierung und der Einsatz von KI im Gesundheitswesen müssen gezielt darauf ausgerichtet sein, Ärztinnen und Ärzte in ihrer Arbeit zu entlasten und die Patientenversorgung zu optimieren.

Dazu sind folgende Schritte erforderlich:

- Digitalisierung am medizinischen Bedarf orientieren, nicht an technischer Machbarkeit
- bürokratische Hürden reduzieren, um digitale Tools effizient zu nutzen (Stichwort Datennutzung versus Datenschutz)
- Informatikinhalte in der medizinischen Ausbildung verankern
- Vertrauen in KI-Systeme durch Transparenz und Erklärbarkeit fördern
- Etablierung ethischer Leitlinien für KI-gestützte Diagnostik und Therapieentscheidungen
- wissenschaftliche Nutzung von Gesundheitsdaten fördern, ohne Datenschutzaspekte zu vernachlässigen

Die JUNGE DGIM setzt sich dafür ein, dass diese Entwicklungen aktiv mitgestaltet werden und sich die nächste Ärztegeneration konstruktiv in die Diskussion einbringt.

Es gilt das gesprochene Wort!
Wiesbaden, Mai 2025

Literatur:

- Gemeinsam digital – Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege, Bundesministerium für Gesundheit, März 2023
- Digitalisierung: Der Arztberuf wandelt sich, Deutsches Ärzteblatt; Andre Haserück, Oktober 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 internistische Schwerpunkte: Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Geriatrie, Hämatonkologie, Infektiologie, Intensivmedizin, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie und Rheumatologie. Angesichts notwendiger Spezialisierung sieht sich die DGIM als integrierendes Band für die Einheit der Inneren Medizin in Forschung, Lehre und Versorgung. Neueste Erkenntnisse aus der Forschung sowohl Ärztinnen und Ärzten als auch Patientinnen und Patienten zugänglich zu machen, nimmt sie als ihren zentralen Auftrag wahr.

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

Mehr über die Fachgesellschaft finden Interessierte hier: www.dgim.de

DGIM Futur – Rundgang für die Presse

anlässlich des 131. Kongresses der DGIM

Termin: Samstag, 3. Mai 2025, 14.30 bis 15.15 Uhr

Treffpunkt: Halle Nord, DGIM Futur RheinMain CongressCenter

Schwerpunkt: KI-gestützte Triagierung und Ersteinschätzung in der Notaufnahme

Begrüßung und Ausblick

KI und Immersive Technologien (VR, MR, AR) in der medizinischen Lehre und Patientenversorgung: Aktueller Stand und Perspektiven

Professor Dr. Martin Hirsch, Professor und Leiter des Instituts für Künstliche Intelligenz in der Medizin, Philipps-Universität Marburg und

Professor Dr. med. Ivica Grgić, Klinik für Innere Medizin und Nephrologie

Transplantationszentrum Marburg & Institut für Künstliche Intelligenz in der Medizin, Leiter des XR-Lab in Medicine, Philipps-Universität Marburg | Universitätsklinikum Giessen und Marburg (UKGM)

Hands-On

- **Kommunikationsroboter der Charité: Self-Check-In und Kommunikationsunterstützung in der Notaufnahme**
mit Professor Holger Schlingloff, Leiter des Lehrstuhls Spezifikation, Verifikation und Testtheorie, Institut für Informatik, Humboldt-Universität zu Berlin
- **DokPro - KI-System zur Unterstützung der Ersteinschätzung von Patienten**
mit Dr. Peter Mross, leitet als wissenschaftlicher Mitarbeiter die Bereiche Data Analysis und Rapid Prototyping am Institut für Künstliche Intelligenz in der Medizin, Philipps-Universität Marburg, UKGM

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Pressekontakt für Rückfragen:

Janina Wetzstein

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Pressestelle

Fon +49[0]711/8931-457

wetzstein@medizinkommunikation.org

www.dgim.de / www.kongress.dgim.de

www.linkedin.com/company/dgim-ev/ / www.facebook.com/DGIM.Fanpage/ www.instagram.com/dgim_ev/

#dgimkongress

Montags-Pressekonferenz

anlässlich des 131. Kongresses der DGIM

Termin: Montag, 5. Mai 2025, 12.00 bis 13.00 Uhr

Vor Ort: Pressekonferenzraum, 2. OG, RMCC Wiesbaden

Online-Teilnahme unter:

https://us06web.zoom.us/webinar/register/WN_W8E4rtMXQMWblgMslrBfvQ#/registration

Themen und Referierende:

Den Menschen als Ganzes betrachten: Warum Interdisziplinarität in der Inneren Medizin immer wichtiger wird

Professor Dr. med. Jan Galle

Vorsitzender der DGIM 2024/2025 und Präsident des 131. Internistenkongresses, Direktor der Direktor der Klinik für Nephrologie und Dialyseverfahren, Klinikum Lüdenscheid

Neue Mittel, alte Werte? Wie KI und Ethik sich verbinden lassen

Prof. Dr. Martin Hirsch, Professor und Leiter des Instituts für Künstliche Intelligenz in der Medizin, Philipps-Universität Marburg

Ärztliche Weiterbildung für die Zukunft der Inneren Medizin: Herausforderungen und Chancen durch die Krankenhausreform

Prof. Dr. med. Georg Ertl, Generalsekretär DGIM

Ohne Wissenschaft kein Fortschritt: Stärkung von Clinician und Medical Scientists für eine bessere Medizin

Professor Dr. med. Dagmar Führer-Sakel

nächste DGIM-Vorsitzende und DGIM-Kongresspräsidentin 2026; Direktorin der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Stoffwechsel am Universitätsklinikum Essen

Abschluss und Ankündigung DGIM 2026

Moderation: Katharina Weber, Pressestelle DGIM

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Janina Wetzstein / Katharina Weber

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Pressestelle

Fon +49[0]711/8931-457/-583

wetzstein@medizinkommunikation.org / weber@medizinkommunikation.org

www.dgim.de / www.kongress.dgim.de

www.linkedin.com/company/dgim-ev/ / www.facebook.com/DGIM.Fanpage/ / www.instagram.com/dgim_ev

#dgimkongress

Presseempfang mit Imbiss und Getränken: Meet the expert

anlässlich des 131. Kongresses der DGIM

Termin: Montag, 5. Mai 2025, 13.00 bis 14.00 Uhr – im Anschluss an die Pressekonferenz

Treffpunkt: Pressebüro

Anmeldung per Mail: schoeffmann@medizinkommunikation.org

Impulsvortrag

„Willst Du mich behandeln, musst du wissen, wer ich bin“

Prof. Dr. Marie von Lilienfeld-Toal, Direktorin des Instituts für Diversitätsmedizin an der Ruhr-Universität Bochum

Persönlicher Austausch bei Mittags-Imbiss und Getränken

Das Team der DGIM-Pressestelle steht für Austausch, Feedback, Themenideen und Unterstützung rund um Ihre Berichterstattung zur Verfügung.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Janina Wetzstein / Katharina Weber

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Pressestelle

Fon +49[0]711/8931-457/-583

wetzstein@medizinkommunikation.org / weber@medizinkommunikation.org

www.dgim.de / www.kongress.dgim.de

www.linkedin.com/company/dgim-ev/ / www.facebook.com/DGIM.Fanpage/

www.instagram.com/dgim_ev

#dgimkongress