



Planetary Health Academy 2021

Allgemeinmedizin im Kontext von Planetary Health

Prof. Dr. Martin Scherer

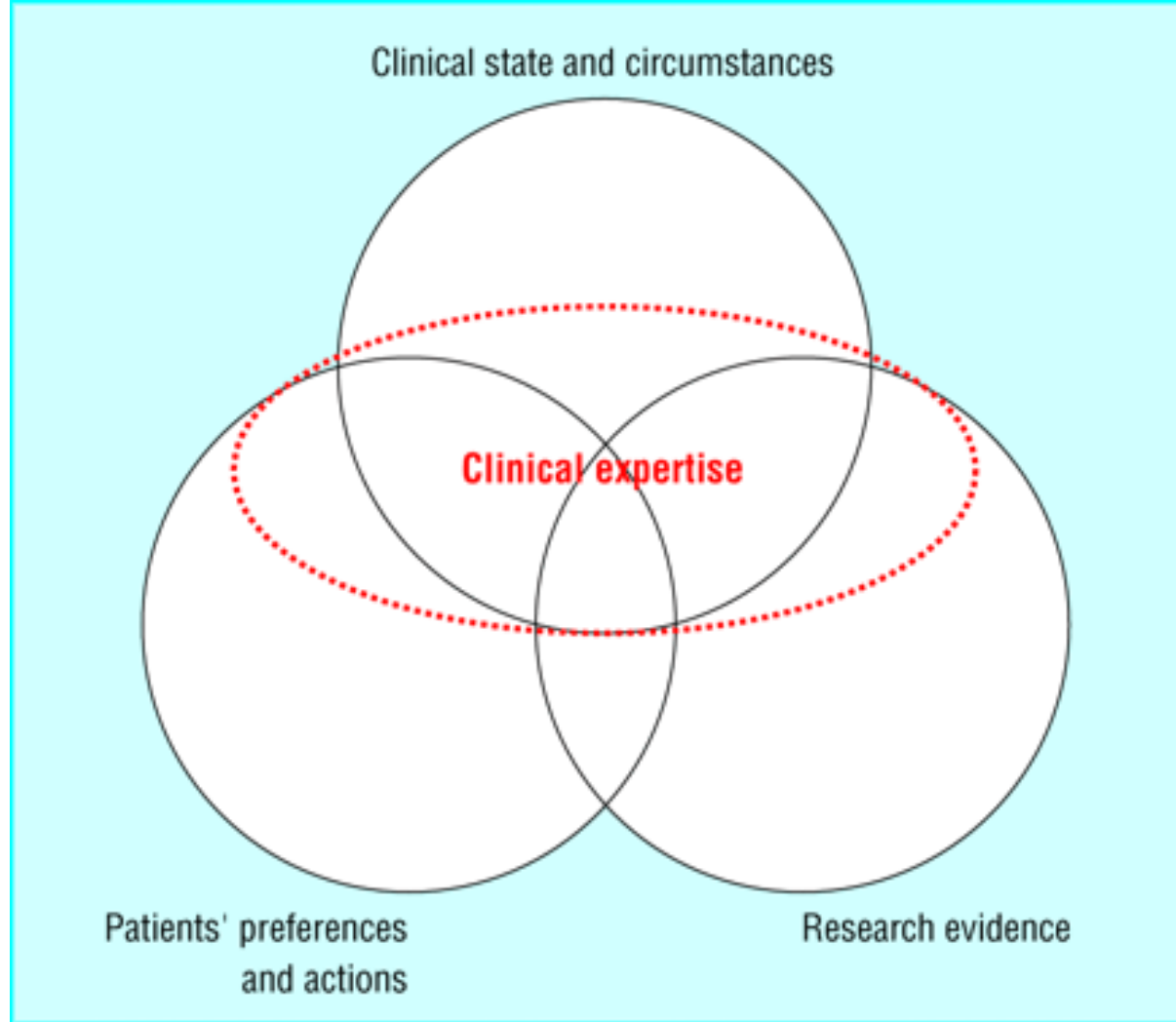


- wissenschaftlich
- kritisch
- **unabhängig**
- innovativ

**Deutsche Gesellschaft für
Allgemeinmedizin und Familienmedizin**

10117 Berlin, Schumannstr. 9
Tel.: 030 – 20 966 98 00
geschaeftsstelle@degam.de, www.degam.de

Gute Medizinische Entscheidungen



Haynes, B et al: An updated model for evidence based clinical decisions. BMJ 2002; 324: 1350



Das Arbeitsziel der Allgemeinmedizin ist eine qualitativ hochstehende Versorgung, die den Schutz des Patienten, aber auch der Gesellschaft vor Fehl-, Unter- oder Überversorgung einschließt.

Schutz vor Über- und Unterversorgung – gemeinsam entscheiden

S2e-Leitlinie

AWMF-Register-Nr. 053-045
DEGAM-Leitlinie Nr. 21

Deutsche Gesellschaft
für Allgemeinmedizin
und Familienmedizin e.V.



DEGAM Patienteninformation¹

Schutz vor Über- und Unterversorgung – gemeinsam entscheiden

Genug ist besser als zu viel oder zu wenig

Oberstes Ziel unseres Gesundheitssystems ist das Patientenwohl. Der Patient erhält die medizinische Behandlung, die er benötigt. Vor unnötigen Behandlungen wird er geschützt. Das nützt dem Patienten doppelt. Zum einen kann zu viel Medizin schädlich sein und zum anderen verbleiben durch das Weglassen unnötiger Dinge mehr Ressourcen für die nötigen. Unser Gesundheitssystem und die darin arbeitenden Menschen müssen sich auch ökonomisch behaupten. Daher werden Patienten häufig als Verbraucher angesehen, die frei entscheiden können. Übersehen wird dabei, dass die Entscheidungsfreiheit von Menschen in Not eingeschränkt ist. Es wird um diese Menschen und für Angebote einer Gesundheitsindustrie geworben. „Gesundheitsinformationen“ sind oft interessengeleitet.

Da es mehr gesunde als kranke gibt, eröffnen auch im Nutzen unbelegte Früherkennungs- und Screeninguntersuchungen riesige Märkte. Laboranalysen, bildgebende Verfahren, spezialistische Expertisen und neue Pharmaka werden in Zweck und Wirksamkeit regelmäßig überschätzt. Über mögliche Schäden und über fehlende wissenschaftliche Untermauerung der Angebote wird selten gesprochen. Es gibt zahlreiche Maßnahmen, die Leitlinien zufolge überflüssig sind (Übersorgung), aber auch solche, die zu selten eingesetzt werden (Unterversorgung). In einer weiteren Leitlinie² wurden diese Maßnahmen zusammengefasst, um eine bessere, gerechtere, sicherere und menschenfreundlichere medizinische Versorgung zu gewährleisten.

Passgenaue Versorgung setzt voraus, den Versorgungsbedarf zu kennen. Wann ist etwas eine Krank-

mit ebenso unnötigen Nebenwirkungen. Die Verschwendung bezahlen die Patienten - und solche, die es werden sollen - mit Lebenszeit, Lebensqualität, Gesundheit, Krankenkassenbeiträgen.

Wie viel Über- u. Unterversorgung gibt es?

Versorgungsunterschiede zwischen Regionen oder Kliniken sowie zeitliche Veränderungen von Versorgungs-häufigkeiten sind Indizien für Über- bzw. Unterversorgung, aber keine Beweise. Um feststellen zu können, wie häufig Über- und Unterversorgung sind, bräuchte man idealerweise eine eindeutige Definition der Krankheit, perfekte Diagnostik zum irrtumsfreien Erkennen der Krankheit und ebenso irrtumsfreie Kenntnisse darüber, welche Therapien welchen Nutzen und Schaden mit welchen Wahrscheinlichkeiten mit sich bringen. Diese Klarheit ist nicht gegeben. Häufig fehlen Forschungsergebnisse oder sie sind uneindeutig oder irreführend aufgrund methodisch mangelhafter Studien. Prinzipiell sind Diagnosen und Prognosen nur mit bestimmten Wahrscheinlichkeiten richtig und Behandlungen wirken nicht unbedingt bei allen Patienten und auch nicht in gleichem Ausmaß. Daher sind Über- und Unterversorgung nicht vollständig erfassbar und auch nicht vollständig vermeidbar, aber – und das ist ein Ziel dieser Leitlinie – minimierbar.

Wer empfiehlt hier was und warum?

Hausärztinnen und Hausärzte sind Vermittler zwischen Patienten und weiteren Spezialisten. Sie haben den ganzen Patienten im Blick und können daher die

Gesundheitssysteme unterliegen zunehmender Ökonomisierung. Patienten werden als Verbraucher angesehen, die frei entscheiden können. Gesundheitsinformationen sind oft interessengeleitet. Früherkennungs- und Screeninguntersuchungen, Laboranalysen, bildgebende Verfahren, neue Pharmaka sowie Experten und spezialistische Expertisen werden überschätzt. Mögliche Schäden oder fehlende Evidenz werden selten thematisiert. Diese Leitlinie fasst die wichtigsten Leitlinienempfehlungen zu Über- und Unterversorgung zusammen. Ziel ist eine bessere, gerechtere, sicherere und menschenfreundlichere Medizin.

Definitionen

Versorgungsbedarf bezeichnet einen Zustand, dessen Behandlung gesundheitlichen Nutzen erwarten lässt. Übersorgung ist Versorgung, die über die Bedarfdeckung hinausgeht. Die erbrachten Leistungen sind meist ohne hinreichenden Nutzen oder nicht indiziert. Unterversorgung besteht, wenn bei anerkanntem Bedarf die Versorgung ganz oder teilweise nicht erfolgt, obwohl sie mit hinreichend gesichertem Nutzen und effizienter zur Verfügung steht. Überdiagnostik bezeichnet diagnostische Maßnahmen, die für das Erkennen einer Erkrankung oder für die Therapieentscheidung überflüssig sind bzw. deren Nutzen durch Schäden kompensiert wird, also Übersorgung sind. Zu den Schäden der Überdiagnostik zählen auch Überdiagnosen und deren Folgen, insbesondere Überbehandlungen.

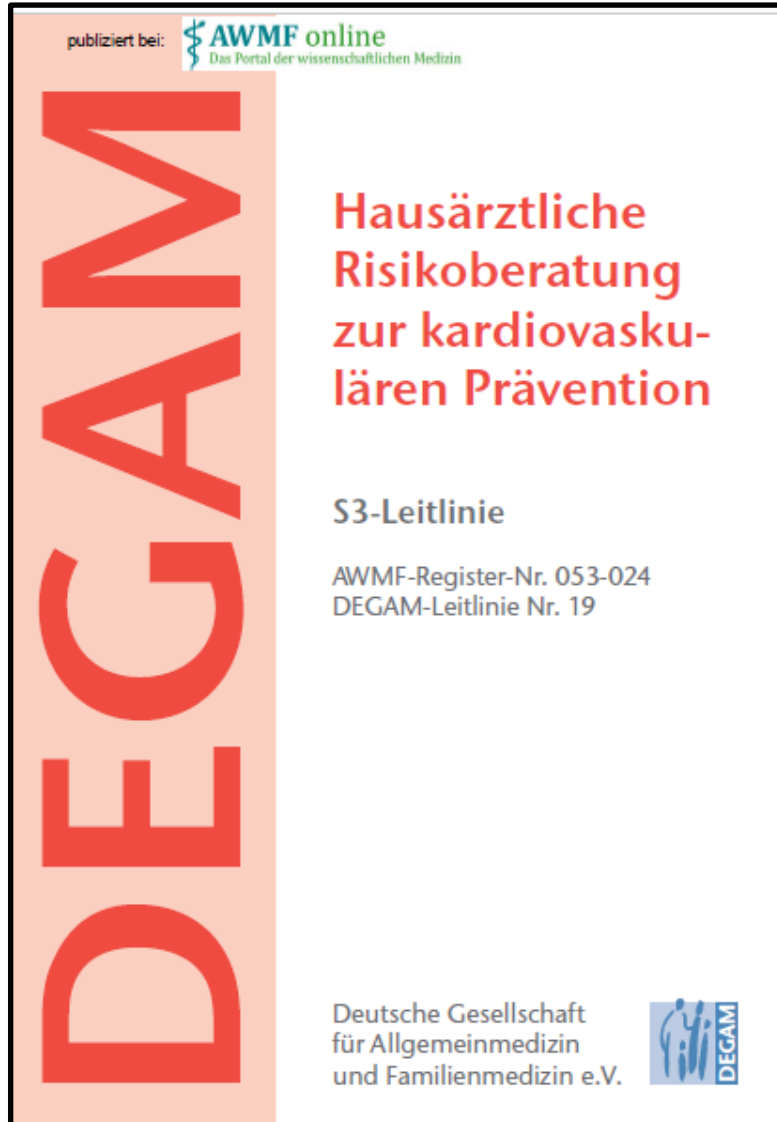
Häufigkeit von Über- und Unterversorgung

Versorgungsunterschiede (z. B. zwischen Kliniken oder regional) sowie zeitliche Veränderungen von Versorgungshäufigkeiten können ein Indiz für Über- bzw. Unterversorgung sein, sind aber kein hinreichender Beleg. Im konkreten Versorgungsfall, müssen die obigen abstrakten Definitionen so formuliert werden, dass eine objektive Messung von Über- und Unterversorgung möglich wird. Dafür werden idealerweise benötigt: eine klare Definition der Krankheit, valide Diagnostik zum objektiven Feststellen der Krankheit und valide Kenntnisse darüber, welche Therapien erfolgversprechend sind und welchen Nutzen und Schaden sie mit welcher Wahrscheinlichkeit mit sich bringen. Diese Klarheit ist jedoch selten gegeben. Häufig fehlen Forschungsergebnisse oder sie sind unklar und uneindeutig.

Diagnostik

Halschmerzen	Bei 9 bis 22 Centro-Kriterien (McIsaac-Score < 3) ist die Wahrscheinlichkeit einer GAS-Pharyngitis gering. Auch bei positivem Rachenabstrich wird heute in vielen Fällen eher eine Pharyngitis anderer Ätiologie bei asymptomatischem GAS-Trägerstatus angenommen. Bei diesen Patienten sollten daher kein Rachenabstrich für Schnelltest oder Kultur durchgeführt und keine Antibiotika verordnet werden.	■
Müdigkeit	Bei primär ungeklärter Müdigkeit sollen anhand von Screeningfragen eine Depression oder Angststörung sowie vorangehende Infektion eruiert werden. Weitergehende Labor- oder apparative Untersuchungen sollen nur bei auffälligen Vorbefunden/spezifischen Hinweisen in der empfohlenen Basisdiagnostik erfolgen.	□
Brustschmerz	Schützen Sie bei jedem Patienten mit Brustschmerz die Wahrscheinlichkeit (gering, mittel oder hoch) einer KHK ein. Zur konkreten Stratifizierung der Wahrscheinlichkeit empfehlen wir den speziell für den allgemeinen Versorgungsbereich entwickelten Marburger Herz-Score. Empfehlen Sie dem Patienten eine Koronarangiographie nur, wenn damit ein definierter diagnostischer und/oder therapeutischer Nutzen zu erwarten ist.	■
Demenz	Bei Hinweisen auf behandelbare Demenzen soll mit den Patientinnen und Patienten bzw. ihren gesetzlichen Vertretern die Möglichkeit einer bildgebenden Diagnostik besprochen werden.	■
Kreuzschmerz	Finden sich bei Patienten mit Kreuzschmerzen durch Anamnese und körperliche Untersuchung beim Erstkontakt keine Hinweise auf gefährliche Verläufe oder andere ernstzunehmende Pathologien, sollen vorerst keine weiteren diagnostischen Maßnahmen durchgeführt werden. Bei akuten und rezidivierenden Kreuzschmerzen soll ohne relevanten Hinweis auf gefährliche Verläufe oder andere ernstzunehmende Pathologien in Anamnese und körperlicher Untersuchung keine bildgebende Diagnostik durchgeführt werden.	■
Therapie		
Herzschmerzen	Der Hausarzt soll verständlich machen, dass die meisten Halschmerzen viral bedingt sind und dass bei Virusinfektionen Antibiotika nicht helfen.	■
	Bei ambulant erworbenem Pneumonie und fehlenden Risikofaktoren sollte eine empirische orale antibiotische Therapie über 5-7 Tage mit einem Aminopenicillin, alternativ mit einem Tetracyclin oder einem Makrolid, erfolgen.	■
	Eine unkomplizierte akute Bursitis soll nicht mit Antibiotika behandelt werden.	■
	Neuraminidase-Inhibitoren zur Therapie der saisonalen Influenza sollten nur in Ausnahmefällen angewandt werden.	■
	Ein akuter Husten im Rahmen eines Infektes sollte nicht mit Expektorantien (Sekretolytika, Mukolytika) behandelt werden.	■
	Die Arzneimittelrichtlinie lässt eine Verordnung von Antidementiva zu Lasten der GKV nur zu, wenn Verlaufskontrollen durchgeführt werden und diese Kontrollen nicht eine deutliche Verschlechterung zeigen. Vor einer Behandlung sollen darum die Betroffenen und ggfs. ihre Angehörigen darauf hingewiesen werden, dass eine Verlaufskontrolle geplant wird und ggfs. zu einem Abbruch der Behandlung führen kann.	■
Unspezifische Schmerzen	Transdermale Opioide sollen nicht zur Behandlung akuter und subakuter nicht-spezifischer Kreuzschmerzen angewendet werden.	■
	NSAR sollen nicht parenteral verabreicht werden.	■
	Intravenös-, -muskulär oder subkutan applizierbare Schmerzmittel, Lokalanästhetika, Glukokortikoide und Muskelrelaxantien sollen nicht zur Behandlung nicht-spezifischer Kreuzschmerzen angewendet werden.	■
Langzeit-/Primärversorgung		
	In den meisten Fällen zieht die Demenz eines Betroffenen die ganze Familie in Mitleidenschaft. Subjektive leiden die An- und Zugehörigen häufig stärker unter der Demenz der Betroffenen als die Betroffenen selbst. In der hausärztlichen Behandlung von Personen mit Demenz soll ein besonderer Fokus auf die spezifischen Risiken der übrigen Familienmitglieder als besonders vulnerabler Gruppe gelegt werden.	□
Unspezifische Schmerzen	Die Opioidtherapie soll regelmäßig reevaluiert werden, bei akuten nicht-spezifischen Kreuzschmerzen nach spätestens vier Wochen, bei chronischen Kreuzschmerzen nach spätestens drei Monaten. Die Opioidtherapie soll beendet werden, wenn das vereinbarte Therapieziel nicht erreicht wird. Für den gesamten Versorgungsprozess soll ein Arzt eine „Lotsenfunktion“ übernehmen. Dieser Arzt ist erste Anlaufstelle für die Erkrankten und koordiniert sämtliche Behandlungsschritte.	■

DEGAM S3-Leitlinie „Hausärztliche Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention“



Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM).
Hausärztliche Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention. AWMF-
Registernr. 053-024. verfügbar unter www.degam.de (letzter Aufruf 09.11.21)

Nichtmedikamentöse Maßnahmen

6.1.1.1 Empfehlung

Menschen mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko sollen bezüglich gesundheitsbezogener Verhaltensweisen (Bewegung, Ernährung, Rauchstopp) beraten werden.

Empfehlungsgrad

A

Level of evidence

T Ia

Ergebnis Konsensverfahren

starker Konsens

Konkrete Empfehlungen zur Bewegung

6.1.2.1 Empfehlung

Alle Personen sollten zu regelmäßiger körperlicher Aktivität ermutigt werden. Die Kombination bzw. Auswahl der körperlichen oder sportlichen Aktivität sollte sich an den Vorlieben/Fähigkeiten des Einzelnen orientieren.

B

P I, T II

starker
Konsens

6.1.2.2 Empfehlung

Bei moderater Intensität bezüglich Freizeitaktivität sollte diese möglichst an 5 Tagen der Woche mit jeweils 30 Minuten erfolgen.

B

P I, T II

starker
Konsens

DEGAM S3-Leitlinie „Hausärztliche Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention“ - Patienteninformation

DEGAM PatientenInformation

Bringen Sie ihr Leben in Schwung!

Welche Empfehlungen? Alternativen/Hilfen

- Kostenlose Informationsbroschüren Ihrer Krankenkasse
- <http://www.sportprogesundheit.de/spg/angebote-in-ihrer-naehe/>
- www.gesundheitsinformation.de: Suchwort körperliche Aktivität
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Ostmerheimer Str. 220, 59109 Köln; Tel: 0221 8992-0 <http://www.bzga.de/informaterialien/ernaehrung-bewegung-stressbewaeltigung/>; Broschüre GUT DRAUF-Tipp: Fitness, Sport, Body.
- <http://www.berlin-laeuft.de/fitness-news-details/items/anfangen-aber-wie-die-deutschen-sportaerzte-raten-im-fruehling-sport-mit-spass-betreiben-trainingspartner-finden-fuer-abwechslung>

Sie wird überreicht durch:

© DEGAM

Autor
E. Baum und die Autorinnen der DEGAM-Leitlinie „Kardiovaskuläre Prävention“

Konzeption und wissenschaftliche Redaktion
SLK-Leitungsteam der DEGAM

Stand 2017

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin



DEGAM PatientenInformation

Bringen Sie ihr Leben in Schwung!

Wer?

Wir alle brauchen Bewegung!



Warum?

Wir fliegen heute mit Überschall und kommunizieren per Telefon und Internet. Aber unser Körper und unser Stoffwechsel sind noch auf die Umweltbedingungen eines steinzeitlichen Jägers und Sammlers eingestellt. Stressreaktionen waren damals lebensnotwendig. Nach einer Anspannung mit Beschleunigung von Puls, Atmung und Blutgerinnung und Erhöhung von Blutzucker und Blutfetten erfolgte die Nutzung dieser Zusatzenergien bei Kampf, Jagd oder Flucht.

Fehlt heute diese Umsetzung in Bewegung, bleibt die Stressreaktion länger erhalten. Sie kann über Diabetes, Blutdruckerhöhung und erhöhte Blutfett-

spiegel zu „Zivilisationskrankheiten“ wie Gefäßverkalkung, Herzinfarkt und Schlaganfall führen. Bewegung ist der natürliche Weg zum Abbau von Stress und senkt Blutzucker, Blutdruck und andere Risikofaktoren.

Regelmäßige Bewegung birgt viele Vorteile:

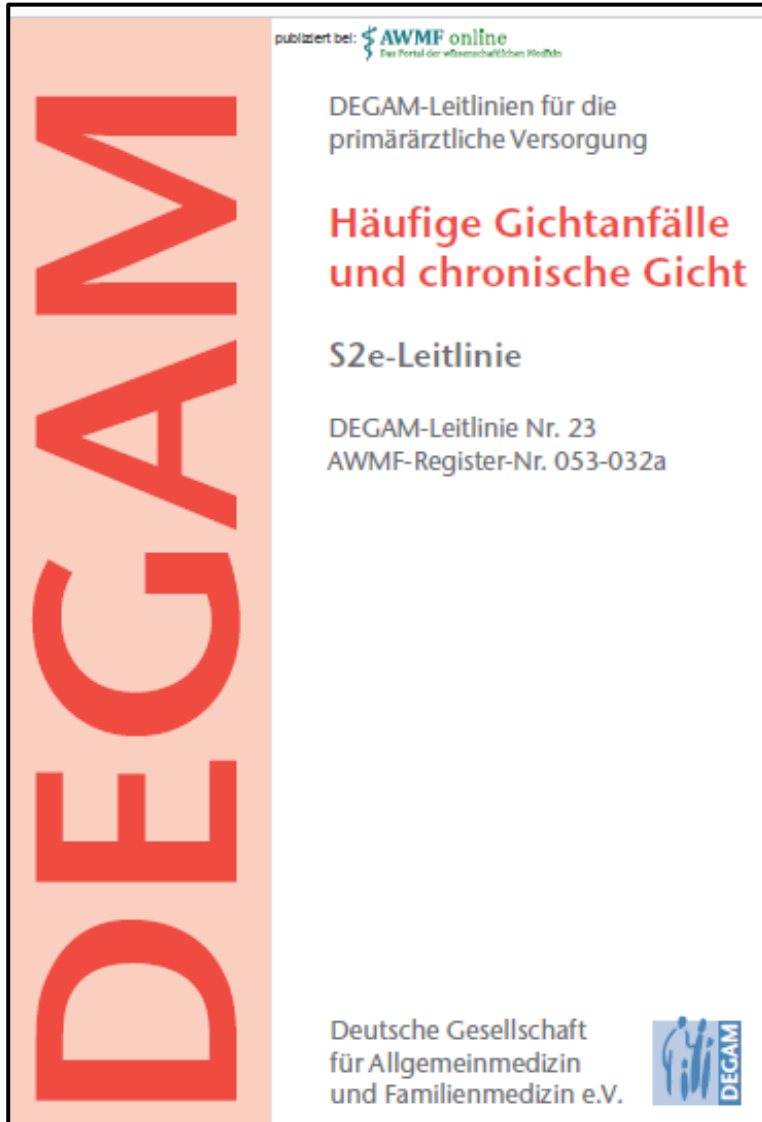
- Lebensverlängerung
- Weniger Infektionen, Krebserkrankungen, Ängste und Depressionen
- Senkung des Risikos für Herzinfarkt, Schlaganfall, Gefäßverschlüsse und Osteoporose,
- Senkung von Blutdruck, Blutzucker und Gewicht
- Mehr Lebensqualität, mehr körperliches Wohlfühl und u. U. verbesserte Sexualität
- Mehr Beweglichkeit, Aktivität, Belastungs- und Leistungsfähigkeit

Es ist nie zu spät, mit regelmäßiger Bewegung zu beginnen! Es gibt eigentlich niemanden, der nicht von maßvollem, aber regelmäßigem Training profitieren würde. Selbst nach Herzinfarkt oder bei Herzschwäche wirkt Bewegung besser als die meisten Medikamente oder Operationen. Das ersetzt zwar nicht die verordneten Medikamente, verbessert aber ihre Wirkung.

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin



DEGAM S2e-Leitlinie „Häufige Gichtanfälle und chronische Gicht“



Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Häufige Gichtanfälle und chronische Gicht. AWMF-Registernr. 053-032a. verfügbar unter www.degam.de (letzter Aufruf 09.11.21)

Nichtmedikamentöse Maßnahmen

1 Empfehlung

Patienten mit Gicht sollten darauf hingewiesen werden, dass Alkohol, mit Zucker gesüßte Getränke und sehr fettes Essen vermieden werden sollten.

Empfehlungsgrad

B

Level of evidence

T V

Ergebnis Konsensverfahren

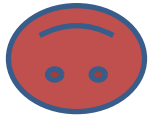
Expertenkonsens¹

Abweichende Empfehlung von den Quelleitlinien (Erläuterung unter 4.1)

Nichtmedikamentöse Maßnahmen



- alles Vegetarische, magere Milchprodukte
- Für Männer scheint 1/4 l und für Frauen 1/8 l Wein am Tag nicht mit vermehrtem Auftreten von Gicht einherzugehen



- Alkohol z. B. in Form von Bier und „Hochprozentigem“
- Mit Zucker gesüßte Getränke
- Sehr fettes Essen (viele Fleisch-/Wurstprodukte)

DEGAM S2e-Leitlinie „Häufige Gichtanfälle und chronische Gicht“- Patienteninformation

DEGAM Patienteninformation:

Gicht

Wie wird Gicht erkannt und behandelt?

Ein Gichtanfall ist meist sehr gut zu erkennen. Untersuchungen des Blutes, Ultraschall, Röntgen usw. sind meist nicht nötig. Der akute Anfall wird bis zum Abklingen der Beschwerden mit einem der folgenden Medikamente behandelt:

- Cortison
z. B. Prednisolon 40 mg/Tag
(mögliche Nebenwirkungen:
Blutzucker- und Blutdruckanstieg)

oder

- Schmerzmittel
z. B. Naproxen 2 x 500 mg, Diclofenac 3 x 50 mg oder Ibuprofen 3 x 600 mg (mögliche Nebenwirkungen: Magengeschwüre, Blutdrucksteigerung, Verschlechterung von Nierenfunktion und Herzschwäche)

oder

- Colchicin
nicht mehr als 4 x 0,5 mg am 1. Tag, 3 x 0,5 mg am 2. Tag und ab dem 3. Tag 2 x 0,5 mg, maximal 6 mg/ Gichtanfall (mögliche Nebenwirkungen: sehr häufig Durchfall und Erbrechen)

Eine harnsäuresenkende Therapie (z. B. mit Allopurinol 100 mg/Tag) sollte erst erwogen werden, wenn ein Gichtanfall sehr häufig (mehr als 1 bis 2 mal im Jahr) auftritt.

Eine erhöhte Harnsäure ohne weitere Symptome ist kein Grund zur Einnahme von harnsäuresenkenden Medikamenten.

Was ist chronische Gicht?

Bei manchen Menschen kommt es aus verschiedenen Gründen immer häufiger zu Gichtanfällen und es können sich in selteneren Fällen auch dauerhaft Ablagerungen von Harnsäurekristallen im Körper bilden. Solch eine Ablagerung nennt man einen „Tophus“ (siehe Bild). Diese Ablagerungen können unter ungünstigen Umständen zu chronischen Beschwerden in Gelenken führen. Das nennt man dann chronische Gicht. Behandelt wird die chronische Gicht mit harnsäuresenkenden Medikamenten (z. B. Allopurinol).

Welche Risikofaktoren gibt es?

Je höher die Harnsäurekonzentration ist, desto höher ist auch das Risiko, Gicht zu bekommen. Es gibt jedoch viele Menschen, die eine hohe Harnsäure im Blut haben und nie an Gicht erkranken oder nur ganz selten einen Gichtanfall bekommen. Von erhöhter Harnsäure im Blutserum spricht man in der Regel, wenn sie höher als 0,416 µmol/l (= 7 mg/dl) ist.

Risikofaktoren für eine Gicht sind z. B. fettes Essen und Alkohol. Immer wieder wird beobachtet, dass Gichtanfälle am Tag nach einem besonders opulenten Mahl auftreten. In Tierversuchen zeigte sich, dass Fette wichtige Auslöser für Gichtanfälle sind.

Was kann ich selbst tun, um nicht noch einmal Gicht zu bekommen und gesund zu bleiben?

Bisher wurde nicht ausreichend untersucht, wie viel eine Diät dazu beiträgt weniger Gichtanfälle zu bekommen. Deswegen geben manche Mediziner gar keine Empfehlungen zur Diät.

GUT:

- alles Vegetarische, auch wenn es viel Harnsäure enthält, magere Milchprodukte
- Für Männer scheint 1/4 l und für Frauen 1/8 l Wein am Tag nicht mit vermehrtem Auftreten von Gicht einherzugehen

SCHLECHT:

- Alkohol z. B. in Form von Bier und „Hochprozentigem“ geht dosisabhängig mit einem erhöhten Risiko von Gicht einher
- Mit Zucker gesüßte Getränke
- Sehr fettes Essen

Warum beschäftigt sich die DEGAM mit der Klimakrise?

Veränderung des Klimas hat Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit und das Gesundheitswesen insgesamt.

Klimaassoziierte Erkrankungen werden zukünftig noch stärker Teil der hausärztlichen Primärversorgung, die in Gesundheitsfragen der erste Ansprechpartner für Patientinnen und Patienten ist, sein.

Public Health ist ein wichtiger Baustein für die hausärztliche Tätigkeit. Planetary Health als Teil öffentlicher Gesundheit gewinnt an Bedeutung.

Als evidenzbasiert arbeitende wissenschaftliche Fachgesellschaft sieht sich die DEGAM in einer grundsätzlichen Verantwortung auf diesem Gebiet.

Welche Mission verfolgt die DEGAM im Bereich Planetary Health?

Wissensvermittlung: Zusammenhang von Klimawandel und Gesundheit erklären. Auswirkungen auf den Bereich der Primärversorgung darstellen. Ärztinnen und Ärzte sensibilisieren, Patientinnen und Patienten aufklären.

Verbesserung der Versorgungsqualität bei klimafolgenbedingten Gesundheitsfragen. Ein Beispiel sind Hitzewellen und ihre Auswirkungen. Ziel ist der präventive Gesundheitsschutz.

Vorbildfunktion etablieren: Hausärztinnen und Hausärzte von einer ressourcenschonenden und resilienten Hausarztpraxis überzeugen. Außerdem gesellschaftlichen Einfluss nutzen (Advocacy).

Welche Maßnahmen ergreift die DEGAM?

Institutionalisierung: AG Klimawandel und Gesundheit der DEGAM

- a) Positionspapier(e)
- b) Fortbildungsveranstaltungen
- c) Beteiligung an Leitlinien
- d) Regelmäßiger Austausch

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin



Positionspapier der AG Klimawandel und Gesundheit der DEGAM

Der Klimawandel ist die größte Bedrohung für die globale Gesundheit im 21.Jhd - Hausärzt*innen sind gefragt!



**Deutsche Gesellschaft
für Allgemeinmedizin und Familienmedizin**
German College of General Practitioners and Family Physicians

DEGAM BENEFITS FAMULATUR LEITLINIEN NACHWUCHS ZEITSCHRIFT

DEGAM > Arbeitsgruppen > AG Klimawandel/Gesundheit

DEGAM

Über uns

Mitglied werden

Positionen und Stellungnahmen

Presse

Kongresse & Veranstaltungen

Tage der Allgemeinmedizin

DEGAM Intern

Stiftung

Praxisiegel

SGAM

AG Klimawandel/Gesundheit

Die Veränderung des Klimas hat direkte Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit und das Gesundheitswesen. Auch bei einer Begrenzung des maximalen globalen Temperaturanstieges auf unter 2 Grad Celsius in diesem Jahrhundert - wie im Paris-Abkommen 2015 vereinbart - werden die Auswirkungen des Klimawandels zunehmende Bedeutung in der hausärztlichen Primärversorgung erlangen. In absehbarer Zukunft werden Extremwetterereignisse wie Starkregen und Hitzewellen mit direkten Gesundheitsgefahren, die Ausbreitung vektorbedingter Erkrankungen, allergischer Atemwegserkrankungen durch invasive Pflanzenarten, klimabedingte psychische Erkrankungen, Erkrankungen durch toxische Algenblüten sowie die Zunahme von Hautkrebskrankungen und vorzeitige Todesfälle durch Luftschadstoffe zunehmend wichtige Themenfelder in der Patientenversorgung sein.



Vielen Dank

Prof. Dr. med. Martin Scherer

Direktor

Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf