

DGIM aktuell

Newsletter der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin



Inhalt

1/2016

Editorial

DGIM – Presidential News

Schwerpunkt beim 122. Internistenkongress: Sport als Therapie

Bis vor wenigen Jahren galt körperliche Belastung bei vielen internistischen Erkrankungen als kontraindiziert. Die Trainingstherapie kann jedoch auch bei Patienten mit

schwerer Herzinsuffizienz als sicher betrachtet werden. Sport als Therapie thematisiert DGIM-Vorsitzender Gerd Hasenfuß in seinen Presidential News. [→ Seite 2](#)

DGIM – aktiv

DGIM Umfrage zu „Klug entscheiden“

Die DGIM identifiziert und benennt mit ihrer Initiative „Klug entscheiden“ Über- und Unterversorgung in der Medizin. Denn oft bekommen Patienten medizinische Untersuchungen und Behandlungen verschrieben, die ihnen

nicht nützen oder sogar schaden. Andere hilfreiche Methoden werden dagegen zu selten eingesetzt. Warum es in der Praxis dazu kommt, erläutern DGIM-Mitglieder in einer Onlinebefragung. [→ Seite 3](#)

DGIM im Gespräch: Viola Hach-Wunderle über die neue Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Venenthrombose und der Lungenembolie“

Thrombosen und Lungenembolien sind vielfach Ursache für Todesfälle in Deutschland. Das Beachten bestehender Leitlinien ist für die richtige Behandlung – nicht nur in diesem Fachbereich – ganz entscheidend. Gibt es neue Erkenntnis-

se, ändern sich die Behandlungsempfehlungen, und Experten verschiedener Bereiche und Fachgesellschaften erstellen gemeinsam eine neue Leitlinie. Viola Hach-Wunderle ist dazu im Gespräch mit DGIM aktuell. [→ Seite 4](#)

MEDICA EDUCATION CONFERENCE 2016: Heute die Medizin von morgen erfahren

Wie werden Ärzte künftig über Telemedizin entlastet? Wie erfolgt der 3D-Druck eines Implantats und für wen kommt es infrage? Welche Richtlinien müssen Forscher beim Aufbau einer Biobank befolgen? Dem spannenden

Feld von (IT-)technischen Entwicklungen im Gesundheitsbereich widmet sich die MEDICA EDUCATION CONFERENCE. [→ Seite 6](#)

Kongress

UPDATE Kardiologie für den Generalisten: Refresher-Track an allen vier Kongresstagen

Neu im Programm des 122. Internistenkongresses ist der Refresher Track „Kardiologie für den Generalisten“, der sämtliche relevanten Themen der Kardiologie umfasst. Mit

täglichen Veranstaltungen, darunter 14 Symposien und verschiedene Workshops, erstreckt er sich über alle vier Kongresstage. [→ Seite 7](#)

Digital: DGIM-Onlinekongress – Webcasts im Internet

[→ Seite 8](#)

Korporative Mitglieder

Frühjahrssymposium der Korporativen Mitglieder

Blutdruck, Gewicht, Herzschlag, Schritte, Tempo: Die Deutschen zählen, messen, vergleichen und optimieren, was die Technik hergibt. Schon heute zeichnet sich ab, dass die Nutzung von Mobile Devices die digitale Medizin

der Zukunft stark prägen wird. Wie die digitale Vernetzung den ärztlichen Alltag künftig verändert, ist das Thema des Frühjahrssymposiums der Korporativen Mitglieder der DGIM, das im April in Mannheim stattfindet. [→ Seite 8](#)



Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Mitglieder der DGIM,

unsere Fachgesellschaft verfügt mit ihren mehr als 24.000 Mitgliedern über ein immenses

Wissen und Informationspotenzial, das beim Einsatz adäquater Befragungstechniken äußerst wertvolle Ergebnisse liefern kann. Zwei kürzlich durchgeführte Mitgliederumfragen zeigen dies beispielhaft. Vom 03. September bis 05. Oktober 2015 haben wir Sie zu unserer Qualitätsoffensive „Klug entscheiden“ befragt. Aus einer Gesamtzahl von 19.958 Mitgliedern mit zustellbarer E-Mail-Adresse konnten 4.181 Onlineinterviews erfolgreich realisiert werden. Das ist eine sehr bemerkenswerte Rücklaufquote von 21,8 Prozent. Die Ergebnisse sind höchst interessant und wichtig. Vom 28. Januar bis 03. März 2016 wurden insgesamt 4.174 Internisten der DGIM und des BDI zu ihren Erfahrungen in der Behandlung von Flüchtlingen befragt. Insgesamt konnten 2.318 Internisten, die bereits in die Behandlung von Flüchtlingen involviert waren, zu diesem wichtigen Thema Auskunft geben. Ziel der Befragung war es, herauszufinden, mit welchen Erkrankungen wir tatsächlich bei den Flüchtlingen rechnen müssen, um uns Internisten adäquat darauf vorbereiten zu können. Die Ergebnisse der beiden Mitgliederbefragungen werden wir Ihnen auf dem 122. Internistenkongress vorstellen.

An dieser Stelle möchte ich mich bei denjenigen bedanken, die sich die Zeit genommen haben, die Onlinefragen zu beantworten. Ihre Erfahrung und Einschätzung sind sehr wertvoll und wichtig. Sie werden uns hoffentlich auch bei künftigen Befragungen weiterhelfen!

Mit herzlichen Grüßen

Ihr 
Gerd Hasenfuß

122. Internistenkongress

Termin: 09. bis 12. April 2016
Ort: Congress Center Rosengarten
Mannheim, Rosengartenplatz 2,
68161 Mannheim

DGIM-App „DocFit N1“ – Fit Im Quartal

Per Smartphone werden Sie mit der App täglich durch ein speziell auf Ärzte und Ihren Arbeitsalltag ausgerichtetes 12-Wochen-Fitnessprogramm geleitet. Die Trainingspläne jeweils für Einsteiger und Fortgeschrittene bestehen aus Kardiotraining (Walken/Laufen) sowie aus Kraft-, Warm-up- und Dehnübungen. Die App steht ab Kongressbeginn in den App-Stores von Apple und Android zur Verfügung.

Schwerpunkt beim 122. Internistenkongress: Sport als Therapie

Bis vor wenigen Jahren galt körperliche Belastung bei vielen internistischen Erkrankungen als kontraindiziert. Heute wird selbst bei Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz die Trainingstherapie als sicher betrachtet. Zur Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit empfiehlt sich aerobes Ausdauertraining (auch Intervalltraining) gegebenenfalls verbunden mit Krafttraining. Die dem Training zugrunde liegenden Therapiemechanismen sind multifaktoriell, wobei die Verbesserung der Endothelfunktion eine zentrale Rolle einzunehmen scheint.

Körperliches Ausdauertraining hat auch bei anderen internistischen Erkrankungen signifikante Effekte auf die Symptomatik und die Prognose. Bei der COPD zeigte sich, dass Ausdauertraining nicht nur zu einer Verbesserung der Leistungsfähigkeit, sondern auch zu einer Abnahme der Exazerbationen mit konsekutiver Hospitalisierung führt.

Eine zunehmende Anzahl von Studien setzt sich mit der Bedeutung des Ausdauertrainings bei Tumorkrankungen auseinander. Körperliches Training wirkt sich günstig auf die Folgen und Nebenwirkungen der Chemotherapie bei verschiedenen Tumorerkrankungen aus. Darüber hinaus gibt es epidemiologische Hinweise dafür,

dass moderate bis starke körperliche Aktivität bei Patienten mit Brust- oder Kolonkarzinom die Rezidivrate und sogar die tumorspezifische Mortalität senken kann. Eine kürzlich veröffentlichte Arbeit zeigte in Tumormodellen der Maus, dass Ausdauertraining, über Katecholamine und Interleukin-6 NK-Zellen mobilisiert, die Tumore infiltrieren und so Tumorwachstum hemmen kann. Mit zunehmendem Verständnis der zugrunde liegenden Mechanismen sollte auch die Akzeptanz des körperlichen Trainings als Therapieform bei Ärzten und Patienten zunehmen. Viele Fragen im Hinblick auf Art und Ausmaß des Trainings gilt es noch zu klären. Die vorliegenden Studien sprechen jedoch eindeutig dafür, dass körperliches Training in Zukunft bei verschiedensten internistischen Erkrankungen eine wesentliche Therapieform darstellen könnte.

Trainingstherapie bei verschiedenen internistischen Erkrankungen wird daher auch ein Schwerpunktthema auf unserer 122. Jahrestagung in Mannheim vom 09. bis 12. April 2016 darstellen. Zur Jahrestagung möchte ich Sie daher nochmals sehr herzlich einladen.

Ihr

Gerd Hasenfuß ■



DGIM Umfrage zu „Klug entscheiden“ zeigt: Leitlinien-Wissen kommt beim Arzt oft nicht an

Die DGIM identifiziert und benennt mit ihrer Initiative „Klug entscheiden“ Über- und Unterversorgung in der Medizin. Denn oft bekommen Patienten medizinische Untersuchungen und Behandlungen verschrieben, die ihnen nicht nützen oder sogar schaden. Andere hilfreiche Methoden werden dagegen zu selten eingesetzt. Warum es in der Praxis dazu kommt, erläutern DGIM-Mitglieder in einer Onlinebefragung.

Die Ergebnisse wird die DGIM auch in ihre Angebote für ihre Mitglieder einfließen lassen. Die DGIM bietet deshalb bereits eine kostenfreie digitale Alternative an: Die App „Mobile Leitlinien Innere Medizin“ führt über Entscheidungsbäume durch zahlreiche Leitlinien und ermöglicht Mediziner, im Arbeitsalltag evidenzbasiertes Wissen abzurufen und leitliniengerechte Entscheidungen bei der Behandlung von Patienten zu treffen. ■

Bildgebung – zum Beispiel Kernspintomographien – und umfassende Blutuntersuchungen sind zwei Beispiele für Leistungen, die Ärzte erbringen, obwohl sie nicht notwendig sind. Dies zeigt die Umfrage der DGIM unter rund 4200 Ärzten. 70 Prozent der Befragten geben an, dass sie mehrmals pro Woche mit Überversorgung konfrontiert sind. Dass notwendige Leistungen nicht erbracht werden, erleben rund die Hälfte der Befragten weniger als ein Mal pro Woche, 22 Prozent mehrmals.

Ein Grund: Leitlinien sind oft unverständlich, unübersichtlich und zu lang. Ein Teil der Fälle von Über- oder Unterversorgung seien darauf zurückzuführen, dass den Ärzten die notwendigen Informationen fehlen. Darüber hinaus sei die Sorge vor Behandlungsfehlern bei 80 Prozent der Befragten ein Grund für Überversorgung, sagt Professor Dr. med. Gerd Hasenfuß, Vorsitzender der DGIM und Direktor der Klinik für Kardiologie und Pneumologie an der Universitätsmedizin Göttingen. Die Mitgliederumfrage bestärke die Fachgesellschaft darin, für Über- und Unterversorgungen anfällige medizinische Leistungen im Rahmen ihrer Initiative „Klug entscheiden“ zu benennen.

Die Leitlinien, die aktuelles medizinisches Wissen abbilden, umfassen nicht selten über 150 Seiten und sind damit im Berufsalltag vieler Ärzte nicht geeignet, Informationen zu vermitteln. Die Fachgesellschaft setzt sich deshalb dafür ein, neue Formen von Leitlinien zu entwickeln.



Klug entscheiden

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

„Klug entscheiden“ auf dem 122. Internistenkongress in Mannheim

Samstag, 09. April 2016

Klinisches Symposium: „Klug entscheiden“ von 10.00 bis 11.30 Uhr, Saal 22

Sonntag, 10. April 2016

Hauptsitzung: „Klug entscheiden“ von 10.00 bis 11.30 Uhr, Saal 11

Montag, 11. April 2016

Klinisches Symposium: „Klug entscheiden“ von 10.00 bis 11.30 Uhr, Saal 22

Dienstag, 12. April 2016

Klinisches Symposium: „Klug entscheiden“ von 14.00 bis 15.30 Uhr, Saal 11





Professor Viola Hach-Wunderle ist Leiterin der Sektion Angiologie/Hämostaseologie am Krankenhaus Nordwest sowie einer Praxis für Innere Medizin und Gefäßkrankheiten in Frankfurt am Main. Sie hat die S2k-Leitlinie zur venösen Thromboembolie koordiniert.

Kontakt:

Prof. Dr. med. Viola Hach-Wunderle
Krankenhaus Nordwest
Gefäßzentrum – Sektion Angiologie
Steinbacher Hohl 2–26
60488 Frankfurt am Main

und

Praxis Innere Medizin /
Gefäßkrankheiten
Fahrgasse 89
60311 Frankfurt am Main
Hach-Wunderle@t-online.de

DGIM im Gespräch: Viola Hach-Wunderle über die neue Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Venenthrombose und der Lungenembolie“

Venöse Thromboembolien sind vielfach Ursache für Todesfälle in Deutschland. Zeigen sich Anzeichen einer Thrombose oder Lungenembolie, müssen Patient und behandelnder Arzt schnell reagieren. Das Beachten bestehender Leitlinien ist für die richtige Behandlung – nicht nur in diesem Fachbereich – ganz entscheidend. Gibt es neue Erkenntnisse, ändern sich die Behandlungsempfehlungen, und Experten verschiedener Bereiche und Fachgesellschaften erstellen gemeinsam eine neue Leitlinie. Unter der Leitung von Professor Viola Hach-Wunderle von der Deutschen Gesellschaft für Angiologie – Gesellschaft für Gefäßmedizin e.V. (DGA) entstand eine neue S2k-Leitlinie zur „Diagnostik und Therapie der Venenthrombose und der Lungenembolie“ – daran mitgearbeitet haben auch Experten der DGIM.

Warum war eine Neuauflage der Leitlinie notwendig?

Prof. Hach-Wunderle: Leitlinien unterliegen einer bestimmten Gültigkeitsdauer; diese beträgt etwa fünf Jahre. Eine Neuauflage ist notwendig, um die praktische Umsetzung des Leitlinieninhalts durch behandelnde Ärzte und betroffene Patienten zu reflektieren und um die Empfehlungen anhand neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse zu aktualisieren. Das trifft so auch auf die S2k-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Venenthrombose und der Lungenembolie“ zu. Die Aktualisierung erfolgte im interdisziplinären Konsens mit 15 medizinischen Fachgesellschaften unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Angiologie – Gesellschaft für Gefäßmedizin e.V. (DGA).

Mit Thrombosen einhergehende Komplikationen wie Lungenembolien haben in den letzten Jahren zugenommen? Wie können Sie sich diese Entwicklung erklären?

Prof. Hach-Wunderle: An einer venösen Thromboembolie erkranken weltweit jährlich etwa 1,5 pro 1000 Einwohner. Wir gehen von mehr als 40 000 dadurch bedingten Todesfällen pro Jahr in Deutschland aus. Eine Erklärung für die hohen Fallzahlen ist das zunehmende Lebensalter

der Menschen; die Inzidenz steigt ab dem 50. Lebensjahr deutlich an. Parallel nehmen weitere Ursachen wie Krebskrankheiten, Operationen, schwere allgemeine Krankheiten mit Entzündungsreaktionen sowie Phasen einer Immobilisierung zu. Aber auch bei jüngeren Menschen treten venöse Thromboembolien auf; dabei spielen dann hormonelle Einflüsse wie Schwangerschaft oder Antikonzeptiva und bestimmte thrombophile Gerinnungsstörungen eine Rolle.

Welche Neuerungen bringt die aktualisierte Leitlinie mit sich? Gibt es entscheidende Änderungen für den Anwender?

Prof. Hach-Wunderle: Bei der Diagnostik der venösen Thromboembolie wird den Verfahren mit geringerer Komplikationsrate ein zunehmender Stellenwert eingeräumt. Das trifft bei der Venenthrombose auf die Sonographie gegenüber der Phlebographie zu. Bei der hämodynamisch stabilen Lungenembolie wird – unter bestimmten Voraussetzungen – die Bedeutung von szintigraphischen und sonographischen Untersuchungsmethoden gegenüber dem Standardverfahren, der CT-Angiographie, herausgestellt. Eine entscheidende Neuerung ist die Einführung der altersadjustierten Bewertung von D-Dimer-Tests; die stufenweise Erhöhung des Cut-off-Werts bei Patienten über 50 Jahren, die häufig eine höhere Komorbidität (z. B. Niereninsuffizienz, Schilddrüsenfunktionsstörung) gegenüber jüngeren Patienten aufweisen, spart viele invasive Untersuchungen ein.

Für die Therapie der venösen Thromboembolie bestehen mit der Zulassung der direkten oralen Antikoagulanzen (DOAC) bei fortgesetzter Verfügbarkeit der bewährten Gerinnungshemmer (Heparine, Fondaparinux, Vitamin-K-Antagonisten) jetzt so viele Optionen wie nie zuvor. Die Datenlage zu den DOAC wird eingehend dargelegt. Eine invasive Therapie mit Entfernung der Thromben/Emboli ist nicht nur bei hämodynamisch instabiler Lungenembolie erforderlich, sondern kommt auch für ausgewählte Fälle einer akuten Beckenvenenthrombose sowie einer hämodynamisch stabilen Lungenembolie in Betracht.



Die DGIM-App „**Mobile Leitlinien Innere Medizin**“ finden Interessierte kostenfrei in den App-Stores von Apple und Android.

Die Leitlinie „**Diagnostik und Therapie der Venenthrombose und der Lungenembolie**“ ist 2016 bei der Zeitschrift „Vasa“ erschienen (Volume 45, Suppl. 90) und sie ist elektronisch abrufbar unter www.awmf-leitlinien.de mit der Registernummer 065-002.

Nicht eindeutig geklärt ist bisher die Indikation für eine verlängerte mindestens drei bis sechs Monate beziehungsweise eine lebenslang andauernde Antikoagulationsdauer. Die Auflistung von Pro- und Kontra-Faktoren gibt hierzu Hilfestellung (siehe Tabelle).

Werden in der Therapie bisher noch zu viele Patienten „über einen Kamm geschert“? Welche Patientengruppen brauchen mehr spezialisierte Zuwendung?

Prof. Hach-Wunderle: Leider ist die Datenlage zur Therapie der venösen Thromboembolie bei Kindern und Jugendlichen bisher noch unzureichend. Es werden aber Studien erwartet, die Auskunft darüber geben, ob neue Medikamente wie die direkten oralen Antikoagulanzen (DOAC) auch in diesem Patientenkollektiv zukünftig problemlos eingesetzt werden können. Für die Phase von Schwangerschaft und Wochenbett ist belegt, dass DOAC keine Therapieoption darstellen; hier sind nach wie vor die Heparine, allen voran niedermolekulares Heparin (NMH), von großer Bedeutung. Nach der bisherigen Studienlage profitieren auch Tumorpatienten in besonderer Weise von NMH gegenüber allen anderen Antikoagulanzen.

Immer wieder stehen wir vor der Problematik, dass aktuelles Leitlinienwissen von den Medi-

zinern in der Praxis nicht in Gänze umgesetzt wird. Wie können Sie sich das erklären und welche Lösungsansätze gibt es dafür?

Prof. Hach-Wunderle: Leitlinien haben Empfehlungscharakter. Sie geben eine wichtige Hilfestellung im Umgang mit einer Krankheit unter Berücksichtigung der aktuellen Literatur. Jedoch – Leitlinieninhalte können nicht immer eins zu eins in den klinischen Alltag übertragen werden, da im Alltag häufig spezielle krankheits- und/oder patientenbedingte Umstände vorliegen, die in ihrer Komplexität in einer Leitlinie nicht abgehandelt werden können. Dann ist eine individualisierte Vorgehensweise erforderlich. Wichtig ist dennoch, Leitlinien als eine Orientierungshilfe für Anwender, gegebenenfalls auch für Patienten, in regelmäßigen Abständen zu aktualisieren und möglichst breit zu implementieren. Neben der Veröffentlichung in etablierten elektronischen Medien und Zeitschriften kommt einer Aufbereitung als interaktive App (für die Kitteltasche) heute eine zunehmende Bedeutung zu. Das ist auch für die S2k-Leitlinie „Venöse Thromboembolie“ in enger Zusammenarbeit von DGIM und DGA geplant und wird demnächst so abrufbar sein.

Vielen Dank für das Gespräch! ■

Kriterien für bzw. gegen eine verlängerte Erhaltungstherapie mit Antikoagulanzen		
Kriterium	für fortgesetzte Therapie	gegen fortgesetzte Therapie
Risikofaktor	fortbestehend	passager
Genese	unklar	getriggert
Rezidiv	ja	nein
Blutungsrisiko	gering	hoch
Bisherige Antikoagulationsqualität	gut	schlecht
D-Dimere (nach Therapieende)	erhöht	normal
Residualthrombus	vorhanden	fehlend
Geschlecht	Mann	Frau
Thrombus-Ausdehnung	langstreckig	kurzstreckig
Thrombus-Lokalisation	proximal	distal
Schwere Thrombophilie	ja*	nein**
Patientenpräferenz	dafür	dagegen
* z. B. Antiphospholipid-Syndrom		
** z. B. Heterozygote Faktor-V-Mutation oder heterozygote Prothrombinmutation		

Quelle: S2k-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Venenthrombose und der Lungenembolie“, S. 19.



Save the date:

MEDICA EDUCATION CONFERENCE
14. bis 17. November 2016,
Messe Düsseldorf

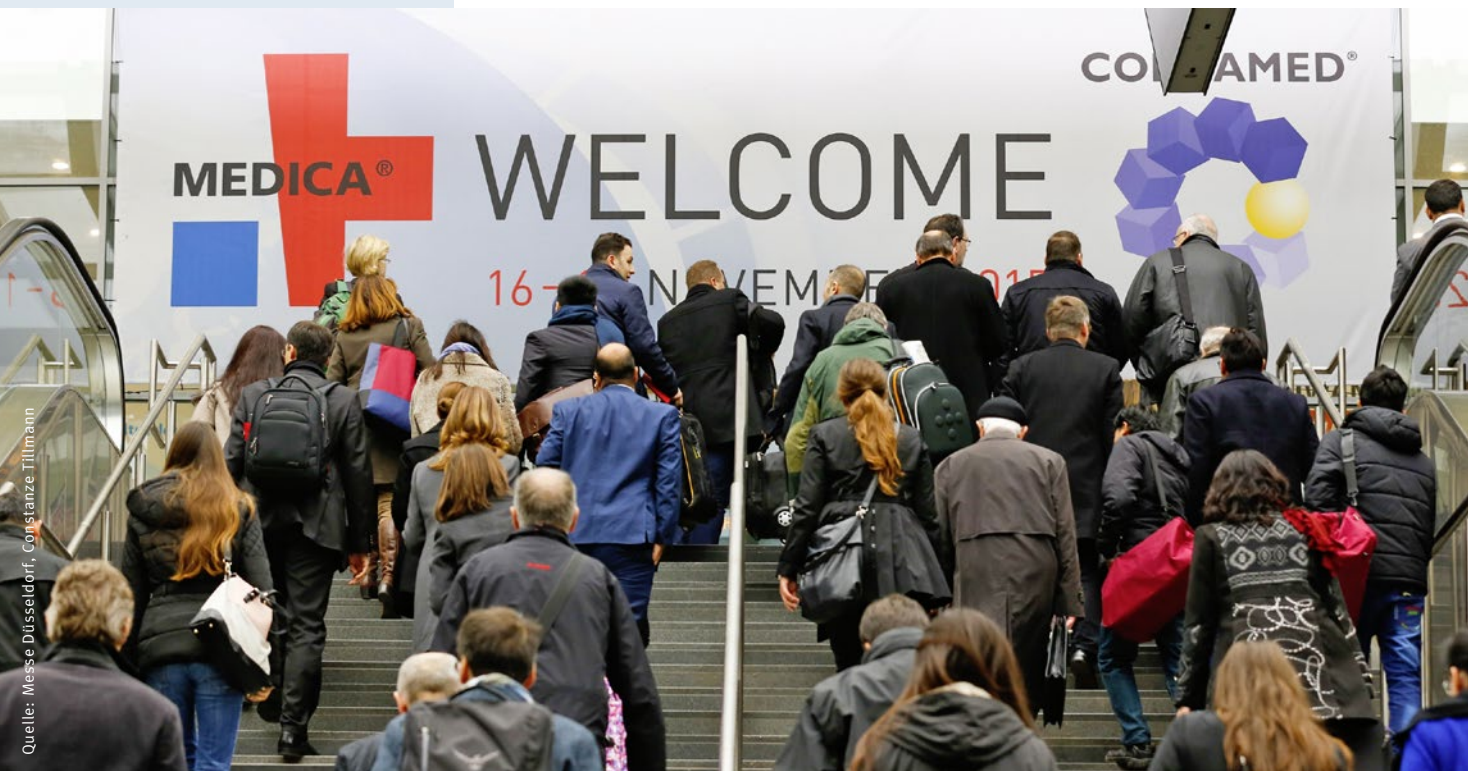
MEDICA EDUCATION CONFERENCE 2016: Heute die Medizin von morgen erfahren

Wie werden Ärzte künftig über Telemedizin entlastet? Wie erfolgt der 3D-Druck eines Implantats und für wen kommt es infrage? Welche Richtlinien müssen Forscher beim Aufbau einer Biobank befolgen? Dem spannenden Feld von (IT-)technischen Entwicklungen im Gesundheitsbereich widmet sich die MEDICA EDUCATION CONFERENCE. Bereits zum dritten Mal veranstaltet die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) diese zusammen mit der Messe Düsseldorf. Die Konferenz bietet den Teilnehmern die einmalige Gelegenheit, sich im Rahmen einer wissenschaftlichen Fortbildungsveranstaltung während der Weltfachmesse für Medizintechnik, der MEDICA, über neue Techniken und deren medizinische Anwendung zu informieren und auszutauschen.

Dem Motto „Science meets Medical Technology“ wird die Veranstaltung 2016 treu bleiben, auch wenn es einen neuen Konferenzpräsidenten gibt: Professor Dr. Stefan Frantz, Direktor der halleischen Universitätsklinik und Poliklinik

für Innere Medizin III, übernimmt dieses Amt von Professor Dr. Hendrik Lehnert, Präsident der Universität zu Lübeck, der es in den vergangenen zwei Jahren innehatte.

Mit der Fokussierung auf einzelne Themenbereiche pro Konferenztag und dem Angebot unterschiedlicher Kurse, beispielsweise zu Labormedizin und Notfallmedizin, richtet sich die Konferenz an interessierte Mediziner aus allen Bereichen: Wissenschaftlich fundierte Vorträge bieten Tiefe oder Überblick, die praktischen Übungen vermitteln Know-how, das Ärzte für die tägliche Versorgung von Patienten sehr gut nutzen können. Im Fokus steht bei allen Veranstaltungen der wechselseitige Austausch von Mediziner mit Vertretern der Industrie, um Bedürfnisse beider Seiten zur Sprache zu bringen. Neben dem interdisziplinären Angebot bietet die Konferenz auch eine internationale Informationsplattform. Zu den hochkarätigen Referenten zählen daher zahlreiche aus dem In- und Ausland. ■



Quelle: Messe Düsseldorf, Constanze Tilmann

122. Internistenkongress
9. bis 12. April 2016 Congress
Center Rosengarten Mannheim
www.dgim2016.de

Hauptthemen der DGIM 2016

- Minimalinvasive internistische Eingriffe
- Innere Medizin anstatt Chirurgie
- Von der Differentialdiagnose zur Systemmedizin
- Biomarker-stratifizierte Therapie
- Der multimorbide Patient
- Neurologie trifft Innere Medizin
- Training als Therapie
- Moderne Bildgebung ersetzt invasive Diagnostik
- Kardiologie für den Generalisten
- Digitale Medizin
- Infektiologie – Antibiotika-resistenz – Migrationsmedizin
- Klug entscheiden

UPDATE Kardiologie für den Generalisten: Refresher-Track an allen vier Kongresstagen

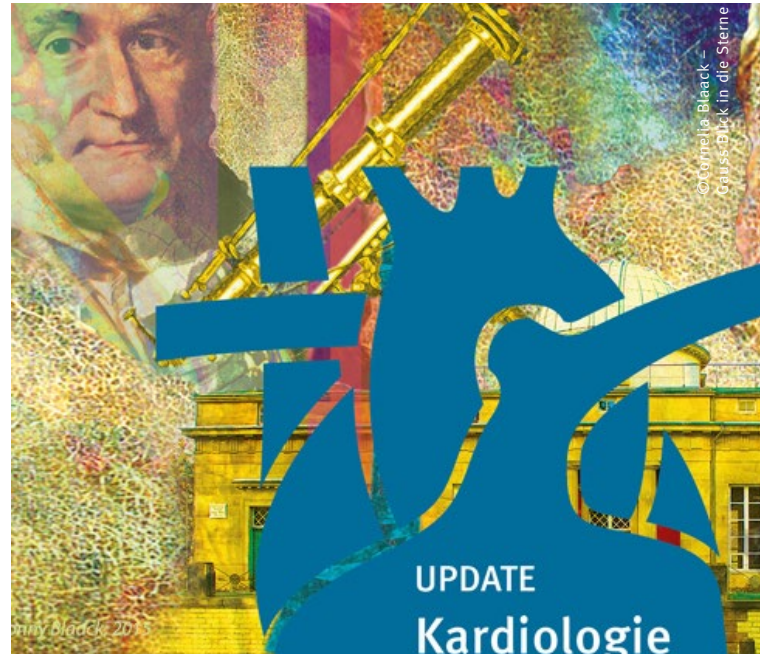
Neu im Programm des 122. Internistenkongresses ist der Refresher Track „Kardiologie für den Generalisten“, der sämtliche relevanten Themen der Kardiologie umfasst. Mit täglichen Veranstaltungen, darunter 14 Symposien und verschiedene Workshops, erstreckt er sich über alle vier Kongresstage.

Theorie und Hintergrundinformationen wechseln sich mit praktischen Darbietungen, den sogenannten Live Cases ab. Bei diesen Live-Demonstrationen aus Katheterlabor und Operationsaal können sich die Zuschauer über neueste interventionelle Techniken informieren und diese direkt mit den Operateuren diskutieren. Dieses spannende und abwechslungsreiche Fortbildungsangebot ist ein besonderes Anliegen des Kongresspräsidenten Professor Gerd Hasenfuß aus Göttingen, der Internist und Kardiologe ist.

Thematisch spannt sich der Bogen vom akuten Koronarsyndrom mit zahlreichen Neuerungen beim Einsatz von Thrombozytenaggregationshemmern und neuen oralen Antikoagulanzen bis zur Herzinsuffizienz. Bei Patienten mit Vorhofflimmern und hohem Blutungsrisiko unter Antikoagulation besteht heute die Möglichkeit der katheterbasierten Vorhofhroklusion, hier wird ein entsprechender Eingriff demonstriert. Die Antiarrhythmika werden in ihrer differenzialtherapeutischen Indikation abgehandelt. Ein Flyer mit allen Terminen erhalten Sie bei der Teilnehmerakkreditierung.

Zahlreiche relevante Neuerungen, auch für die tägliche Praxis, gibt es auf dem Gebiet der Herzklappenerkrankungen. Hier zeigen Interventionalisten im Rahmen der Live Cases ka-

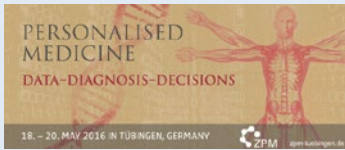
theterbasierte Klappeneingriffe. Vor- und Nachsorge der Patienten anhand der Fälle ist ebenfalls Gegenstand des praxisnahen Formats. Schließlich wird die Differenzialdiagnostik und Therapie der systolischen und diastolischen Herzinsuffizienz inklusive der Behandlung mit neuen Unterstützungssystemen anschaulich erörtert. Aufgrund der guten Resonanz im letzten Jahr ist auch der allgemeine Refresherkurs Innere Medizin auf dem 122. Internistenkongress wieder im Angebot. ■



UPDATE
Kardiologie
für den
Generalisten

Unter

www.dgim-onlinekongress.de können sich Interessierte mit dem Zugangscode DGIM2016 kostenlos registrieren. Für Kongressbesucher und Mitglieder der DGIM ist der Zugang kostenlos.



Terminhinweis

„Personalised Medicine: data – diagnosis – decision“
18. bis 20. Mai 2016 im Zentrum für Personalisierte Medizin in Tübingen.

Weitere Informationen finden Interessierte hier: www.zpm-tuebingen.de

Impressum

Herausgeber:

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

Geschäftsstelle:

Hausanschrift:
 Irenenstraße 1, 65189 Wiesbaden

Postfachadresse:
 Postfach 2170, 65011 Wiesbaden

Tel.: +49 (0)6 11 2 05 80 40 - 0
 Fax: +49 (0)6 11 2 05 80 40 - 46
 E-Mail: info@dgim.de

Redaktion:

U.R. Fölsch (ViSdPR), Kiel
 Pressestelle DGIM
 Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
 Tel.: +49 (0)7 11 89 31 - 115
 Fax: +49 (0)7 11 89 31 - 167
 E-Mail:
info@medizinkommunikation.org

Digital: DGIM-Onlinekongress – Webcasts im Internet

In Zusammenarbeit mit dem Deutschen Ärzte-Verlag (DÄV) und der m:con – mannheim:congress GmbH zeichnet die DGIM auch in diesem Jahr wieder einen **Großteil der Sitzungen** auf dem 122. Internistenkongress auf. Multimedial aufbereitet sind die **Webcasts im Internet** unmittelbar nach Kongressende unter www.dgim-onlinekongress.de zugänglich. Damit müssen sich Kongressteilnehmer nicht mehr zwischen

interessanten aber parallelen Terminen entscheiden und profitieren so vom ganzen Kongressprogramm. Auch Internisten, die nicht persönlich nach Mannheim reisen können, haben mit diesem Angebot die Gelegenheit, zeit- und ortsunabhängig am Kongressgeschehen teilzunehmen. Zudem können registrierte User an CME-Fortbildungen teilnehmen und **CME-Punkte** erwerben. ■

Korporative Mitglieder

Frühjahrssymposium der Korporativen Mitglieder: E-Health – Was verändert sich in der ärztlichen Praxis?

Blutdruck, Gewicht, Herzschlag, Schritte, Tempo: Die Deutschen zählen, messen, vergleichen und optimieren, was die Technik hergibt. Schon heute zeichnet sich ab, dass die Nutzung von Mobile Devices die digitale Medizin der Zukunft stark prägen wird: Rund 45 Millionen Smartphones sind hierzulande im Einsatz, immer mehr Menschen tragen eine Smartwatch am Handgelenk. Wie Mobile Devices, E-Health und digitale Vernetzung den ärztlichen Alltag künftig verändern, ist das Thema des Frühjahrssymposiums der Korporativen Mitglieder der DGIM, das im April in Mannheim stattfindet.

Wenn es darum geht, diese Daten verfügbar zu machen, sind wir noch zurückhaltend: In der Telemedizin sind vorrangig Geräte im Einsatz, die der Patient eigens für die Datenaufzeichnung und -übermittlung vom Arzt ausgehändigt bekommt. Doch wir profitieren bereits jetzt in etlichen Bereichen von E-Health: etwa in der telemedizinischen Prävention von Herzpatienten oder bei Konsiliarsystemen, die die Versorgung von Kindern mit seltenen Erkrankungen verbessern. Auch das wird Thema des Frühjahrssymposiums sein. Und auch die verschiedenen Gesundheits-Checks, die private Mobile Devices bieten, bergen großes Potenzial für Prävention, Diagnostik, und Therapie. Auch sie könnten die Versorgung von Menschen in ärztlich unterversorgten Regionen verbessern. Aus den Datenmengen, die diese Geräte durch pri-

vate Nutzung erzeugen, könnten Forschung und Entwicklung wichtige Erkenntnisse für eine bessere Versorgung ziehen.

Wäre da nicht der Datenschutz, der – in vielen Bereichen begründet – regulierend wirkt, und die Skepsis der Deutschen gegenüber Transparenz. Die Angst, zum „gläsernen Patienten“ zu werden, ist hierzulande besonders hoch. Hinzu kommen technische Feinheiten, die schon viele Jahre eine erfolgreiche Einführung der Gesundheitskarte aufhalten. Gerade weil E-Health so vielschichtig ist, diskutieren die Veranstalter des Symposiums auch die offene Frage, wohin die Internetmedizin uns überhaupt führen wird. ■

