



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Eröffnungs-Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)

„Demographischer Wandel fordert Innovation“ – Wie kann die Innere Medizin den Bedürfnissen unserer zukünftigen Gesellschaftsstruktur begegnen?

Termin: Samstag, 9. April 2016, 12.30 bis 13.30 Uhr

Ort: Dorint Kongress Hotel Mannheim, Saal 12 (Johann Sebastian Bach)

Zugang über: Congress Center Rosengarten

Adresse: Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim

Themen und Referenten:

Der 122. Internistenkongress unter dem Motto: „Demographischer Wandel fordert Innovation“ – Was erwartet die Teilnehmer?

Professor Dr. med. Gerd Hasenfuß

Vorsitzender der DGIM 2015/2016, Direktor der Klinik für Kardiologie und Pneumologie,
Vorsitzender des Herzzentrums an der UMG, Universitätsmedizin Göttingen

Gesundheits-Apps, mobile health, Telemedizin: Wie der digitale Fortschritt die Medizin verändert und warum insbesondere ältere Menschen davon profitieren

Professor Dr. med. Dr. h. c. Ulrich R. Fölsch

Generalsekretär der DGIM, Kiel

Minimal-invasive Eingriffe in der Gastroenterologie – Gibt es überhaupt noch Grenzen?

Professor Dr. med. Volker Ellenrieder

Direktor der Klinik für Gastroenterologie und Endokrinologie, Universitätsmedizin Göttingen

Bronchiale Thermoplastie – Interventionelle und innovative Asthmatherapie

Professor Dr. med. Michael Pfeifer

Leiter der Pneumologie der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II am UKR Universitätsklinikum
Regensburg und Medizinischer Direktor der Klinik Donaustauf, Chefarzt Klinik für Pneumologie und
Intensivmedizin, Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg

Die neuen PCSK9-Inhibitoren: Durchbruch bei den Cholesterinsenkern?

Professor Dr. med. Petra-Maria Schumm-Draeger

2. stellvertretende Vorsitzende der DGIM, Leiterin der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und
Angiologie des Klinikums Bogenhausen, Städtisches Klinikum München GmbH

Minimal-invasive Herzklappen-OPs bei älteren Menschen: Die risikoarme Alternative?

Privatdozent Dr. med. Claudius Jacobshagen

DGIM-Kongressteam 2016, Leitender Oberarzt der Klinik für Kardiologie und Pneumologie,
Herzzentrum an der UMG, Universitätsmedizin Göttingen

Moderation: Pressestelle der DGIM

Pressekontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle

Janina Wetzstein/Corinna Spirgat

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-457

Fax: 0711 8931-167

E-Mail: wetzstein@medizinkommunikation.org

Homepage: www.dgim.de; www.dgim2016.de

Pressebüro im Congress Center Rosengarten

vom 9. bis 12. April 2016

Raum Richard Strauss

Tel.: 0621 4106-5005

Fax: 0621 4106-5905



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

**Eröffnungs-Presskonferenz der
Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)**

**„Demographischer Wandel fordert Innovation“ – Wie kann die Innere Medizin
den Bedürfnissen unserer zukünftigen Gesellschaftsstruktur begegnen?**

Termin: Samstag, 9. April 2016, 12.30 bis 13.30 Uhr

Ort: Dorint Kongress Hotel Mannheim, Saal 12 (Johann Sebastian Bach)

Zugang über: Congress Center Rosengarten

Adresse: Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim

Inhalt:

Pressemeldungen

Redemanuskripte

Selbstdarstellung der DGIM

Lebensläufe der Referenten

Bestellformular für Fotos

Pressekontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle

Janina Wetzstein/Corinna Spirgat

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-457

Fax: 0711 8931-167

E-Mail: wetzstein@medizinkommunikation.org

Homepage: www.dgim.de; www.dgim2016.de

Pressebüro im Congress Center Rosengarten

vom 9. bis 12. April 2016

Raum Richard Strauss

Tel.: 0621 4106-5005

Fax: 0621 4106-5905



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

122. Internistenkongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)
9. bis 12. April 2016, Congress Center Rosengarten in Mannheim

Demographischer Wandel fordert Innovation

122. Internistenkongress tagt ab heute in Mannheim

Mannheim, 9. April 2016 – Heute eröffnet die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM) ihren 122. Jahreskongress. Die Veranstalter erwarten vom 9. bis 12. April rund 8500 Teilnehmer im Congress Center Rosengarten: Ärzte und Wissenschaftler diskutieren hier neueste Erkenntnisse zur Behandlung internistischer Erkrankungen. In mehr als 400 Sitzungen sowie 1400 Vorträgen und Postersitzungen referieren über 1200 Experten. Der Kongress tagt 2016 zum zweiten Mal im Mannheimer Rosengarten. Der DGIM-Vorsitzende Professor Dr. med. Gerd Hasenfuß aus Göttingen stellt der Jahrestagung der Internisten das Leitthema „Demographischer Wandel fordert Innovation“ voran.

„In der heutigen Zeit treffen demographischer Wandel und die technische Revolution aufeinander. Ältere, multimorbide Patienten haben höhere Risiken bei operativen Eingriffen. Daher sind Innovationen gefordert, die den Anforderungen der Patienten gerecht werden“, erläutert Professor Hasenfuß, der die Klinik für Kardiologie und Pneumologie an der UMG, Universitätsmedizin Göttingen leitet.

Aktuelles Beispiel für eine medizinische Innovation ist die katheterbasierte Implantation von Herzklappen. „Alte Menschen haben häufig eine Verengung an der Aortenklappe. Die konventionelle Operation ist bei diesen Patienten aber mit einer hohen Komplikationsrate und Sterblichkeit verbunden“, so der Kardiologe. Jetzt könnten Mediziner eine effiziente und schonende Behandlung einsetzen, die sehr gute Ergebnisse liefert. Auch in anderen internistischen Schwerpunkten wie der Gastroenterologie, der Angiologie und der Pneumologie stehen minimal-invasive Verfahren zur Verfügung.

Zugleich stellt sich die Frage, ob alle Verfahren, die machbar sind, auch beim Patienten zum Einsatz kommen müssen. „Im Rahmen unserer Initiative „Klug entscheiden“ befassen wir uns beim Kongress in einer Reihe von Symposien damit, in welchen medizinischen Bereichen eine Über- oder Unterversorgung stattfindet und wie wir dieser begegnen können“, so Professor Hasenfuß. Das Gesundheitssystem könne innovative Verfahren tragen, wenn gleichzeitig unnötige Kosten vermieden werden.



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Besonders wichtig ist dem Vorsitzenden der DGIM auch, digitale Entwicklungen für die Medizin und den Patienten nutzbar zu machen. „Zum Teil kommen digitale Innovationen über Gesundheits-Apps oder Telemedizin bereits beim Patienten an“, so Professor Hasenfuß. Ziel müsse es sein, das Potential digitaler Medizin voll zu etablieren – bei kritischer Prüfung der Qualität und Sicherheit – und für eine noch bessere Versorgung der Patienten einzusetzen. Daher hat Professor Hasenfuß unter anderem die digitale Medizin als einen der Schwerpunkte des Kongresses benannt.

In diesem Jahr tagt der Internistenkongress erneut in Mannheim – wegen des Neubaus der Rhein-Main-Hallen in Wiesbaden von 2015 bis 2017. Firmen wie Arzneimittel-, Medizintechnikhersteller und Fachverlage zeigen auf 3150 Quadratmetern ihre Produkte an 105 Ständen. Weitere Informationen zum Kongress finden Interessierte im Internet unter www.dgim2016.de.

Bei Abdruck Beleg erbeten.

Pressekontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle
Janina Wetzstein/Corinna Spirgat
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-457
Fax: 0711 8931-167
E-Mail: wetzstein@medizinkommunikation.org
Homepage: www.dgim.de; www.dgim2016.de

**Pressebüro im Congress Center
Rosengarten**

vom 9. bis 12. April 2016
Raum Richard Strauss
Tel.: 0621 4106-5005
Fax: 0621 4106-5905



122. Internistenkongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)
9. bis 12. April 2016, Congress Center Rosengaten in Mannheim

Im Praxistest: Hilfe bei zu hohem Cholesterinspiegel

Neuer Wirkstoff senkt Blutfettwerte

Mannheim, 9. April 2016 – Zu hohe Blutfettwerte sind ein Risikofaktor für Herzinfarkt und Schlaganfall. Eine neue Wirkstoffklasse, die PCSK9-Inhibitoren, schafft nun Abhilfe: Bereits nach wenigen Wochen der Einnahme senken sie den Cholesterinwert wesentlich stärker als die bisher gängigen Statine. Die ersten beiden Vertreter der neuen Wirkstoffklasse wurden vor wenigen Monaten zugelassen. Wie PCSK9-Hemmer wirken und welchen Stellenwert sie in der Therapie einnehmen, erläutern Experten bei der heutigen Eröffnungs-Presskonferenz anlässlich des 122. Internistenkongresses in Mannheim.

Ärzte raten zu einer konsequenten Senkung des Serumspiegels von dem Blutfett LDL-Cholesterin unter einen Wert von 160 mg/dl – bei Menschen mit Diabetes unter 100 mg/dl und bei Patienten, die bereits einen Herzinfarkt hinter sich haben, sogar unter 70 mg/dl. „Diese Werte sind bei manchen Patienten mit den bisher verfügbaren Wirkstoffen nur schwer zu erreichen“, sagt Professor Dr. med. Petra-Maria Schumm-Draeger, stellvertretende Vorsitzende der DGIM und Leiterin der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Angiologie des Klinikums München-Bogenhausen.

Die Abkürzung PCSK9 steht für "Proprotein Convertase Subtilisin/Kexin Typ 9", ein am Fettstoffwechsel beteiligtes Enzym, dessen Rolle bei der Regulation des LDL-Cholesterinspiegels im Jahr 2003 entdeckt wurde. „Damals wurden Mutationen im PCSK9-Gen als Ursache schwerer erblicher Fettstoffwechselstörungen identifiziert“, erklärt Professor Schumm-Draeger. Die Betroffenen verfügen über eine überaktive Variante des Gens. Da die PCSK9 den Abbau des LDL-Rezeptors unterstützt, mit dessen Hilfe LDL-Cholesterin aus dem Blut in die Zelle aufgenommen wird, resultieren extrem hohe LDL-Cholesterinwerte im Blut. Es gilt die Regel: Viel PCSK9 – wenig Rezeptor – hoher Cholesterinspiegel.

Es gibt allerdings auch gegenteilige PCSK9-Mutationen, bei denen das Gen inaktiv ist oder nur zu einem funktionslosen Protein führt. „Träger dieser Mutationen weisen sehr niedrige



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

LDL-Cholesterinwerte auf, haben ein geringes Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse, aber offenbar keinerlei gesundheitliche Nachteile“, sagt Schumm-Draeger. Diesen Effekt habe man sich zu Nutzen gemacht, um ein Medikament zu entwickeln, das den Cholesterinwert senkt.

Bislang ist eine Therapie mit einem PCSK9-Hemmer nur dann angezeigt, wenn der Patient Statine nicht verträgt oder sich der Cholesterinspiegel trotz cholesterinreicher Ernährung und Statin-Einnahme nicht ausreichend senken lässt. „Es ist bemerkenswert, dass der LDL-Wert noch einmal um 50 bis 60 Prozent stärker gesenkt werden kann als bei Statin-Einnahme“, zeigt sich Professor Dr. med. Gerd Hasenfuß, Vorsitzender der DGIM und Präsident des 122. Internistenkongresses, beeindruckt.

Der PCSK9-Antikörper wird in Fertigspritzen ausgeliefert. Der Patient muss sich die voreingestellte Dosis alle zwei beziehungsweise alle vier Wochen selbst unter die Haut spritzen. Als häufigste Nebenwirkung tritt daher eine Rötung an der Injektionsstelle auf. Möglich ist auch eine verstärkte Neigung zu Atemwegsinfekten. „Über mögliche weitere, sehr seltene Nebenwirkungen kann allerdings erst die langfristige Beobachtung in der Praxis Aufschluss geben“, betont Schumm-Draeger. Die neuen Lipidsenker sind auch auf der heutigen Eröffnungs-Pressekonferenz anlässlich des 122. Internistenkongresses ein Thema.

Bei Abdruck Beleg erbeten.

Pressekontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle

Janina Wetzstein/Corinna Spirgat

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-457

Fax: 0711 8931-167

E-Mail: wetzstein@medizinkommunikation.org

Homepage: www.dgim.de; www.dgim2016.de

**Pressebüro im Congress Center
Rosengarten**

vom 9. bis 12. April 2016

Raum Richard Strauss

Tel.: 0621 4106-5005

Fax: 0621 4106-5905



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

122. Internistenkongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)
9. bis 12. April 2016, Congress Center Rosengaten in Mannheim

Nachwuchsmediziner auf dem 122. Internistenkongress

Forum „Chances“ punktet mit Praxisbezug

Wiesbaden, 9. April 2016 – Mediziner in Deutschland werden immer älter: Wie das Statistische Bundesamt (destatis) mitteilte, lag das Durchschnittsalter der Krankenhausärzte Ende 2014 bereits bei über 41 Jahren – Vertragsärzte waren im Durchschnitt schon über 53 Jahre alt. Auch steigt die Zahl der Beschäftigten in Arztpraxen und Krankenhäusern immer weniger an, während jedoch die Patientenzahlen drastisch steigen. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM) warnt vor einer Überalterung der Ärzteschaft in Deutschland und fördert mit dem Forum „Chances“ beim 122. Internistenkongress in Mannheim gezielt junge Mediziner und Medizinstudenten. Studenten erhalten kostenfreien Eintritt zum Kongress.

„Die aktuellen Zahlen zeigen erneut, wie sehr Deutschland auf seinen medizinischen Nachwuchs angewiesen ist“, betont Professor Dr. med. Gerd Hasenfuß, Vorsitzender der DGIM und Kongresspräsident des 122. Internistenkongresses. „Denn seit Jahren nimmt das Durchschnittsalter der Ärztinnen und Ärzte zu. In den kommenden Jahren werden etliche ambulant und stationär tätige Mediziner in den Ruhestand gehen und eine steigende Patientenzahl hinterlassen.“ Der Internist und Kardiologe warnt daher vor Versorgungslücken und sinkender Versorgungsqualität durch zu wenig Personal. „Umso wichtiger ist es, den Nachwuchs zu fördern und junge Studenten für das Medizinstudium zu begeistern“, so Hasenfuß. Mit dem Forum „Chances“ richtet sich die DGIM gezielt an eben jene jungen Mediziner und Studenten.

„Chances“ ist als kontinuierlicher Programmteil des Internistenkongresses nicht mehr wegzudenken und erstreckt sich über alle Kongresstage. Neu ist in diesem Jahr ein eintägiger Workshop zum Thema „Grundlagen der internistischen Systemmedizin“. Während des Workshops werden das Mikrobiom und „Next Generation Sequencing“ (NGS) vorgestellt – eine aktuelle Methode der DNA-Sequenzierung. Der Tag gibt einen Einblick in die internistische Systemmedizin und hat zum Ziel, junge Mediziner und Studenten für eine wissenschaftliche Laufbahn zu interessieren. Teil des Programms werden zudem die Themen „Auslandsaufenthalt“ und „medizinische Forschung“ sein. Zur Anwendung im



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

medizinischen Alltag auf der Station und im Not- und Bereitschaftsdienst erfahren Teilnehmer am Dienstag, was es mit dem „kleinen 1x1 der antibiotischen Therapie“ auf sich hat und erhalten einen strukturierten und komprimierten Einblick in die Antibiotika-Therapie.

Am Kongress-Sonntag wird „Chances“ durch die ‚Jungen Internisten‘ der DGIM ausgerichtet. Experten diskutieren gemeinsam mit interessierten Nachwuchsmedizinern Befunde der klinischen Bildung. Des Weiteren können sich die Teilnehmer über die Professionalisierung der klinischen Weiterbildung in Deutschland und deren Umsetzung informieren. Schließlich vermittelt das „klinische Gymnasium“ interaktiv spannende Fälle aus der Klinik und in diesem Jahr die wichtigsten Krankheitsbilder aus der Endokrinologie. „Für uns als ‚Junge Internisten‘ ist es ganz entscheidend, im Forum „Chances“ nah an der Praxis zu bleiben und den Teilnehmern einen Eindruck über den Beruf des Internisten in seinen vielen Facetten zu bieten“, sagt Dr. med. Matthias Raspe, Sprecher der ‚Jungen Internisten‘.

„Chances“ endet mit einer gemeinsamen Sitzung der DGIM und der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) zum Thema „Clinician Scientist“. Die Experten diskutieren Chancen, Möglichkeiten und Umsetzung einer klinisch-wissenschaftlichen Karriere und stellen das neue Curriculum der DGIM zur Facharztweiterbildung und Habilitation vor. „Es ist uns auch in diesem Jahr gelungen, für Studenten und junge Mediziner ein vielfältiges Programm auszuarbeiten – ich freue mich darauf, viele interessierte Nachwuchsinternisten beim Kongress zu treffen“, sagt Professor Hasenfuß. Weitere Informationen zu „Chances“ finden Interessierte im [Hauptprogramm](#) zum 122. Internistenkongress ab Seite 287.

Bei Abdruck Beleg erbeten.

Quelle:

Ärztestatistik 2014 der Bundesärztekammer:

<http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2014/>

Terminhinweis:

Forum „Chances“ auf dem 122. Kongress der DGIM

Termin: 9. bis 12. April 2016

Ort: Congress Center Rosengarten Mannheim, Saal 6

Anschrift: Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim

Der 122. Internistenkongress unter dem Motto: „Demographischer Wandel fordert Innovation“ – Was erwartet die Teilnehmer?

Professor Dr. med. Gerd Hasenfuß, Vorsitzender der DGIM 2015/2016, Direktor der Klinik für Kardiologie und Pneumologie, Vorsitzender des Herzzentrums an der UMG, Universitätsmedizin Göttingen

Das Thema beschreibt die zwei entscheidenden Veränderungen, mit denen die Medizin konfrontiert ist: Das zunehmende Alter unserer Patienten, das neue, schonendere Behandlungsformen erfordert, sowie die Innovationskraft unserer Zeit durch die technische Revolution.

Der 122. Internistenkongress ist mit über 400 Sitzungen und über 1400 Vorträgen einer der größten der vergangenen Jahre, sodass sich das Programm auch bis in den späten Dienstagnachmittag hinein erstrecken wird.

Wir haben in diesem Jahr drei neue Sitzungstypen und zahlreiche Highlights:

Zum ersten Mal in der Geschichte der DGIM gibt es **Live Case-Sitzungen** aus den Schwerpunkten Kardiologie, Pneumologie, Gastroenterologie und Angiologie. Bei den Live Case-Sitzungen werden interventionelle internistische Eingriffe entweder live oder live-in-a-box direkt aus den entsprechenden Eingriffsräumen und Katheterlaboren präsentiert und vom Interventionalisten moderiert. Begleitende Vorträge zur Vorbereitung der Patienten, Durchführung des Eingriffs und der Nachsorge runden das Bild ab. Die Live Cases werden sicherlich ganz besonders spannend. Neu ist auch der **Refresher-Track Kardiologie für den Generalisten**, der aus 13 Symposien besteht. In diesem Refresher-Track werden zu den relevanten Themen der Kardiologie renommierte Spezialisten die Thematik für den Allgemeininternisten attraktiv aufarbeiten. Die Veranstaltung bietet also die Möglichkeit, sich innerhalb von vier Tagen auf dem ganzen Gebiet der Kardiologie fit machen zu lassen. Dann sind neu die **Hauptsitzungen** mit internationalen Rednern zu den Hauptthemen des Kongresses, rund um das Motto „Demographischer Wandel fordert Innovation“. Wer sich zu allen wichtigen Themen des Mottos umfassend informieren möchte, kann dies in den Hauptsitzungen tun. Das Motto spannt sich wie ein roter Faden durch das gesamte Programm. Inhaltlich spannt sich der Bogen von minimal-invasiven internistischen Eingriffen über die moderne Bildgebung, das Thema Neurologie trifft Innere Medizin bis hin zur Antibiotikaresistenz. Zum Thema Antibiotikaresistenz gibt es am Sonntagnachmittag auch ein hochkarätiges Symposium, das die DGIM zusammen mit der Bundesärztekammer veranstaltet.

Absolute Highlight-Themen des 122. Internistenkongresses sind:

1. **Digitale Medizin** – In insgesamt elf Veranstaltungen wird alles Aktuelle über digitale Medizin von Mobile Health durch Smartwatches und Smartphones über Big Data bis hin zur Robotik in der Krankenpflege besprochen. Zur digitalen Medizin gibt es am Samstag um zehn Uhr auch ein Symposium mit Podiumsdiskussion mit hochkarätigen Vertretern aus Politik, Wissenschaft und Industrie.
2. In einem weiteren Themenkomplex wollen wir unter dem Motto **Migrationsmedizin** fit machen für die Diagnose und Behandlung von Erkrankungen, die bei Flüchtlingen auftreten, aber bis dato in Deutschland selten waren. Da es bisher keine umfassende Analyse über die bei Migranten auftretenden Erkrankungen gibt, haben DGIM und BDI unter ihren Mitgliedern eine Umfrage durchgeführt, um von den Kollegen, die bereits in die Behandlung von Flüchtlingen involviert waren, zu erfahren, welche Erkrankungen gehäuft auftreten. Die Präsentation der Daten am Samstag um 16 Uhr wird sicherlich ganz besonders aufschlussreich.
3. Ein weiteres Highlight-Thema ist „**Klug entscheiden**“. Hier werden in insgesamt vier Symposien 120 Klug entscheiden-Empfehlungen der internistischen Schwerpunkte zum Thema Über- und Unterversorgung präsentiert. Diese 120 Empfehlungen sind im vergangenen Jahr von der DGIM in Zusammenarbeit mit den Schwerpunkten erarbeitet worden.
4. Abschließend noch ein Wort zum Thema **Sport und Training als Therapie**. In mehreren Sitzungen wird das Thema Training als Therapie bei den verschiedensten internistischen Erkrankungen diskutiert. Zahlreiche Studien der letzten Jahre haben gezeigt, dass die verschiedensten Erkrankungen bis hin zu Tumorerkrankungen durch strukturiertes Training im Hinblick auch Symptome und Prognose beeinflusst werden können. Hier geht es um die Fragen: welche Trainingsformen, wie lange trainieren und wie verordnen? Schlussendlich geht es uns bei diesem Kongress auch um Fitness für die Ärzte und die Kongressteilnehmer selbst. Hierzu gibt es in der Kongresstasche ein Thera-Band, eine DGIM Ärzte-Fitness-App, einen Sportparcours und einige Trainingseinheiten in den Pausen.

Es gilt das gesprochene Wort!
Mannheim, April 2016

Gesundheits-Apps, mobile health, Telemedizin: Wie der digitale Fortschritt die Medizin verändert und warum insbesondere ältere Menschen davon profitieren

Professor Dr. med. Dr. h. c. Ulrich R. Fölsch, Generalsekretär der DGIM, Kiel

Die Innere Medizin mit all ihren Teilgebieten gehört neben der Neurologie und Radiologie zu jenen Fachgebieten, in denen telemedizinische Techniken in der klinischen Forschung und im klinischen Alltag am meisten angewendet und vorangetrieben werden.

Die Entwicklung insbesondere in der Informationstechnologie ist rasant. Vor zehn Jahren gab es noch keine Smartphones und heute existieren bereits über 100 000 Gesundheits-Apps. Im Jahr 2014 suchten fast 15 Millionen Menschen in Deutschland im Internet nach Informationen über Krankheiten und Rat für die eigene Gesundheit. Gerade wurde eine Studie veröffentlicht, die zeigt, dass 58 Prozent der Smartphone-Besitzer schon einmal eine Gesundheits-App heruntergeladen haben

(<http://mhealth.jmir.org/2015/4/e101/>). Unter den 1600 untersuchten Smartphone-Nutzern wurde festgestellt, dass Fitness- und Ernährungs-beziehungsweise Diät-Programme die großen „Renner“ sind. So gibt es zum Beispiel das „Active Body Control“-Programm (ABC). Es basiert auf Telemonitoring und Telecoaching. Ein Minicomputer am Gürtel des Patienten erfasst alle Bewegungsarten, fragt die Ernährung des Nutzers ab und überträgt die Daten zu einem ABC-Betreuer. Dieser bewertet, informiert und motiviert in einem wöchentlichen Brief für die Dauer von sechs Monaten (www.abccprogramm.de).

Über 200 000 Diabetiker weltweit nutzen bereits die Online-Plattform „mySugr“, die eine Optimierung der Diabetestherapie mittels Apps und Online-Services anbietet.

Unter diesen Umständen nimmt es nicht Wunder, dass Firmen-Giganten wie unter anderem Apple und Google, aber auch die sozialen Netzwerke den Gesundheitsmarkt für sich entdeckt haben und unbeschreibliche Mittel einsetzen, um in diesem Feld eine führende Rolle zu spielen. Mehr als 150 Wissenschaftler beschäftigen sich in einem Unternehmen des Google-Konzerns mit digitalen Medizin-Projekten. Passt das tatsächlich zu unseren Datenschutzbestimmungen? Wenn man betrachtet, seit wie viel Jahren die elektronische Gesundheitskarte (eGK) vor sich hindümpelt und wie viele Millionen Euro aus (vorgeschobenen) Datenschutzgründen dafür verbrannt worden sind, dann ist man überrascht, dass der Smartphone-Besitzer sich darüber weniger Gedanken macht, solange er das Gefühl hat, es sei seiner eigenen Gesundheit gedient.

Inbesondere ältere Patienten können von dieser Entwicklung profitieren, vor allem dann, wenn sie in ihrer Mobilität eingeschränkt sind. So können über entsprechende Smartphones und Apps wichtige Parameter wie Blutdruck, Blutzucker, EKG und Herzfrequenz gemessen und über einen Datenimport an den Hausarzt weitergeleitet werden. Dieser kann dann eine telemedizinische Beratung vornehmen,

ohne den Patienten zu sehen. Bevor jedoch solche Geräte zur Anwendung kommen, sollten folgende Fragen beantwortet sein:

- Bietet das angebotene Gerät einen echten Gewinn für die Überwachung beziehungsweise Behandlung einer Gesundheitsstörung oder Erkrankung?
- Sind die erhobenen Werte reproduzierbar und genau?
- Haben nur der Patient selbst und/oder der behandelnde Arzt Zugriff auf die erhobenen Werte oder vielleicht auch die Krankenkasse?
- Ist das Gerät auch für einen älteren Patienten gut zu handhaben?

Es gilt das gesprochene Wort!
Mannheim, April 2016

Minimal-invasive Eingriffe in der Gastroenterologie – Gibt es überhaupt noch Grenzen?

Professor Dr. med. Volker Ellenrieder, Direktor der Klinik für Gastroenterologie und Endokrinologie, Universitätsmedizin Göttingen

Die gastroenterologische Endoskopie erfährt seit Jahren einen scheinbar unaufhaltsamen technischen und methodischen Fortschritt, der uns erlaubt, in neue bislang unvorstellbare Anwendungsgebiete vorzudringen. So steht uns heute beispielsweise ein wachsendes Portfolio an endoskopischen Resektionsverfahren zur erfolgreichen Abtragung auch großer, auf die Oberfläche des Magen-Darm-Traktes beschränkter gutartiger und bösartiger Neubildungen zur Verfügung, die in vielen Fällen einen chirurgischen Eingriff sinnvoll ersetzen können. Mit der endoskopischen Mukosaresektion (EMR) und der aufwendigeren Submukosadissektion (ESD) gelingt in vielen Fällen und in der Hand des Experten zuverlässig die erfolgreiche Entfernung oberflächlicher Tumoren, die auf die obersten Wandschichten des Verdauungstraktes begrenzt sind, womit heutzutage häufig auf einen aufwendigen und für den Patienten belastenden operativen Eingriff verzichtet werden kann. EMR und ESD wurden zwischenzeitlich an vielen Tausenden Patienten mit adenomatösen Veränderungen und frühen Tumorerkrankungen der Speiseröhre, des Magens und des Dickdarms mit großem Erfolg durchgeführt, sodass beide Techniken heute zum festen Bestandteil einer interventionellen Endoskopie gehören. Das Spektrum an erwähnenswerten Komplikationen ist in der Hand des erfahrenen Endoskopeurs überschaubar und beschränkt sich im Wesentlichen auf verfahrensassoziierte Blutungen und Verletzungen (Perforationen) der Darmwand, die selten auch eine operative Versorgung nach sich ziehen können.

Seit Kurzem steht einigen spezialisierten Zentren mit der EFTR(endoscopic full thickness resection)-Technik ein völlig neues Verfahren zur Verfügung, welches bei bestimmten Indikationen, wie zum Beispiel der Abtragung eines Adenomrezidivs nach endoskopischer Mukosaresektion, die vollständige Entfernung eines umschriebenen Teils der kompletten Darmwand mit gleichzeitigem Verschluss des entstandenen Lochs durch Anwendung eines speziellen Klammersystems erlaubt. Erste Erfahrungen mit der EFTR sind sehr vielversprechend, prospektive Studien werden jedoch zeigen müssen, ob und bei welchen Indikationen sich dieses Verfahren als Alternative zur chirurgischen Resektion etablieren wird.

Ein weiteres „Highlight“ der endoskopischen Verfahrensentwicklung der letzten Jahre ist die Technik der endoskopischen Spaltung der Speiseröhrenmuskulatur. Im Jahre 2010 erstmals beschrieben, scheint sich das POEM(peroral endoscopic myotomy of the esophagus)-Verfahren in der Behandlung der Achalasie und möglicherweise auch bei anderen Motilitätsstörungen der Speiseröhre als alternatives Behandlungskonzept zur Operation nach Heller zu etablieren. Basierend auf den Erfahrungen der endoskopischen Spaltung und Tunnelbildung muskulärer Wandschichten erfährt diese Technik jüngst eine bemerkenswerte Erweiterung, die das Ziel verfolgt, künftig sogar Tumoren, die unterhalb der Oberfläche wachsen, endoskopisch vollständig abzutragen.

Weitere spannende Entwicklungen sehen wir in nahezu allen Bereichen der diagnostischen und therapeutischen Endoskopie wie zum Beispiel in speziellen Färbungsverfahren zur Detektion von Präneoplasien, der endoskopischen Beurteilung der Gallenwege, der Einlage ummantelter Metallgitterprothesen bei Strikturen des Hauptgangs der Bauchspeicheldrüse oder der endosonographisch gesteuerten transgastralen Punktion und Drainagen-Anlage bei Patienten mit infizierten Nekrosen als Folge einer schweren Pankreatitis.

Es bleibt festzuhalten, dass die interventionelle Endoskopie in den letzten Jahren einen großen Fortschritt erlebt, der uns neue Möglichkeiten in Diagnostik und Therapie eröffnet und dessen Ende derzeit nicht absehbar erscheint. Nicht unerwähnt bleiben soll, dass die Etablierung und Durchführung neuer und aufwendiger Verfahren nicht nur die Hand eines geübten Endoskopeurs und einer hervorragend ausgebildeten Assistenz benötigt, sondern auch exzellente interdisziplinäre Strukturen voraussetzt, die gleichermaßen eine unkomplizierte Kooperation mit der interventionellen Radiologie als auch die Zusammenarbeit mit einem erfahrenen viszeral-chirurgischen Partner erfordert.

Es gilt das gesprochene Wort!
Mannheim, April 2016

Bronchiale Thermoplastie – Interventionelle und innovative Asthmatherapie

Professor Dr. med. Michael Pfeifer, Leiter der Pneumologie der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II am UKR Universitätsklinikum Regensburg und Medizinischer Direktor der Klinik Donaustauf, Chefarzt Klinik für Pneumologie und Intensivmedizin, Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg

An einem Asthma bronchiale leiden nach aktuellen Daten etwa acht bis zehn Prozent der Bevölkerung in Deutschland. Auch wenn die meisten Asthmaerkrankungen im Kindes- oder Jugendalter beginnen, kann die Erkrankung auch erst im höheren Lebensalter auftreten. Asthma lässt sich gut behandeln, sodass etwa 90 Prozent der Patienten keine oder nur wenige Beschwerden angeben. Das Therapieprinzip ist dabei nicht die primäre Behandlung von vorhandenen Symptomen, sondern die Verhinderung des Auftretens von Beschwerden. Somit wird das Asthma bronchiale präventiv therapiert mit dem Ziel, eine vollständige Asthmakontrolle zu erreichen. Dieses Ziel kann bei der überwiegenden Zahl der Asthmatiker durch eine inhalative Therapie erreicht werden, deren Grundlage die Hemmung der asthmatischen Entzündungsreaktion mittels einer niedrigen Dosis eines Steroids ist. Je nach Ausprägung der Obstruktion in den Atemwegen werden die inhalativen Steroide kombiniert mit bronchodilatatorisch wirkenden Substanzen, die über die Stimulation der β_2 - Rezeptoren beziehungsweise durch Inhibition der Muskarinrezeptoren die glatte Muskulatur der Atemwege relaxieren. Nur wenige, etwa zehn Prozent aller Patienten mit Asthma bronchiale, lassen sich so nicht dauerhaft stabilisieren. Diese Patienten leiden unter einem schweren Asthma mit meist dauerhaften Symptomen (1), häufigen Exazerbationen und der intermittierenden oder ständigen Notwendigkeit einer systemischen Steroidtherapie. Häufige Krankenhausaufenthalte, Arbeitsunfähigkeit, Immobilität und Komplikationen der Behandlung bestimmen langfristig den weiteren Verlauf der Erkrankung und führen zum Verlust der Lebensqualität und zu einer erhöhten Sterblichkeit. Bis vor wenigen Jahren gab es für diese Gruppe von Asthmapatienten keine erfolgreichen Therapiemöglichkeiten. Inzwischen stehen mehrere Therapieoptionen zur Verfügung. Eine Reihe von modernen Biologika, die sich gegen wesentliche Mediatoren (IL5, IL13, IL4 und IgE) der Inflammationsreaktion richten und die nach den Ergebnissen der klinischen Studien eine deutliche Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten darstellen, wurden oder werden in Kürze zugelassen.

Neben den neuen medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten, stellt ein interventionelles Verfahren, die Bronchiale Thermoplastie der Atemwege, ein gänzlich neues Therapieverfahren dar. Ziel der bronchialen Thermoplastie ist die Ablation der glatten Muskelzelle der Atemwege durch die Applikation von thermaler Energie. Die glatten Muskelzellen der Bronchien nehmen eine wichtige Rolle im Asthmagesehen ein. Die glatte Muskulatur kontrahiert sich bei Asthma stark und engt somit die Atemwege ein. Diese Reaktion wird verstärkt durch eine Hypertrophie und Hyperplasie der bronchialen Muskulatur, einem wesentlichen Kennzeichen des Asthma bronchiale. Darüber verstärken die glatten Muskelzellen die asthmatische Entzündungsreaktion durch die Freisetzung von proinflammatorischen Mediatoren. Die Ablation erfolgt mit einem Katheter, der über den Arbeitskanal

des Bronchoskops eingeführt wird und an dessen Spitze ein expandierbares Drahtkörbchen sitzt, über das die Energie abgeben wird. In mehreren Sitzungen werden die einzelnen Segmentbronchien behandelt. Der Zeitaufwand pro Untersuchung beträgt etwa 30 bis 60 Minuten. In den präklinischen Untersuchungen konnte nachgewiesen werden, dass mit der Thermoablation eine Reduktion der glatten Muskulatur in den Atemwegen von etwa 50 Prozent möglich ist (2). Die wesentlichen klinischen Studien (Asthma Intervention Research (AIR) (3, 4) und Research in Severe Asthma (RISA) (5, 6) haben sowohl in der Kurzzeit- wie auch in der Langzeitbeobachtung eine signifikante Verbesserung der Asthmakontrolle, der Lungenfunktion und der Anzahl der Exazerbationen gezeigt. Schwerwiegende Nebenwirkungen wurden in den klinischen Studien nicht beobachtet, sodass das Verfahren als sicher eingestuft werden kann. Die ersten positiven Erfahrungen haben schon 2010 zu der Zulassung des ersten und bisher einzigen Systems (Alair System der Firma Boston Scientific) durch die amerikanische Gesundheitsbehörde FDA (United States Food and Drug Administration) geführt, allerdings mit der Auflage der weiteren Dokumentation der behandelten Patienten im Langzeitverlauf.

Ohne Zweifel ist die bronchiale Thermoplastie eine innovative Erweiterung der Asthmabehandlung. Aber das Verfahren ist immer noch als eine experimentelle Therapie für eine ausgewählte Gruppe von Patienten zu werten, dessen Stellenwert durch weitere klinische Studien und Langzeitbeobachtungen gesichert werden muss.

Literatur:

1. Chung KF, Wenzel SE, Brozek JL, Bush A, Castro M, Sterk PJ, Adcock IM, Bateman ED, Bel EH, Bleecker ER, Boulet LP, Brightling C, Chanez P, Dahlen SE, Djukanovic R, Frey U, Gaga M, Gibson P, Hamid Q, Jajour NN, Mauad T, Sorkness RL, Teague WG. International ers/ats guidelines on definition, evaluation and treatment of severe asthma. *The European respiratory journal* 2014;43:343-373.
2. Miller JD, Cox G, Vincic L, Lombard CM, Loomas BE, Danek CJ. A prospective feasibility study of bronchial thermoplasty in the human airway. *Chest* 2005;127:1999-2006.
3. Cox G, Thomson NC, Rubin AS, Niven RM, Corris PA, Siersted HC, Olivenstein R, Pavord ID, McCormack D, Chaudhuri R, Miller JD, Laviolette M, Group AIRTS. Asthma control during the year after bronchial thermoplasty. *The New England journal of medicine* 2007;356:1327-1337.
4. Thomson NC, Rubin AS, Niven RM, Corris PA, Siersted HC, Olivenstein R, Pavord ID, McCormack D, Laviolette M, Shargill NS, Cox G, Group AIRTS. Long-term (5 year) safety of bronchial thermoplasty: Asthma intervention research (air) trial. *BMC pulmonary medicine* 2011;11:8.
5. Pavord ID, Thomson NC, Niven RM, Corris PA, Chung KF, Cox G, Armstrong B, Shargill NS, Laviolette M, Research in Severe Asthma Trial Study G. Safety of bronchial thermoplasty in patients with severe refractory asthma. *Annals of allergy, asthma & immunology : official publication of the American College of Allergy, Asthma, & Immunology* 2013;111:402-407.
6. Pavord ID, Cox G, Thomson NC, Rubin AS, Corris PA, Niven RM, Chung KF, Laviolette M, Group RTS. Safety and efficacy of bronchial thermoplasty in symptomatic, severe asthma. *American journal of respiratory and critical care medicine* 2007;176:1185-1191.

Die neuen PCSK9-Inhibitoren: Durchbruch bei den Cholesterinsenkern?

Professor Dr. med. Petra-Maria Schumm-Draeger, 2. stellvertretende Vorsitzende der DGIM, Leiterin der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Angiologie des Klinikums Bogenhausen, Städtisches Klinikum München GmbH

Grenze der bisherigen Cholesterin senkenden Therapie mit Statinen ist zum einen, dass eine Senkung des Risikos für Herz-Kreislauf-Erkrankungen um nur maximal 30 bis 40 Prozent möglich ist; bei häufigem „Nicht-Erreichen“ der international akzeptierten Zielwerte für das LDL-Cholesterin. Zum anderen die keinesfalls seltene Statin-Unverträglichkeit. Somit ist die Neuentwicklung Cholesterin senkender Pharmaka wünschenswert.

Seit der Entdeckung eines den intrazellulären Abbau der LDL-Rezeptoren förderndes natürlich vorkommenden Proteins (proprotein convertase subtilisin/kexin type 9: PCSK9), wurden praxis-relevante PCSK9-Inhibitoren entwickelt, die die Verfügbarkeit von LDL-Rezeptoren erhöhen und damit effektiv den LDL-Cholesterinspiegel senken.

Aktuell sind in Deutschland zwei Präparate zugelassen: Alirocumab und Evolocumab, die im zweiwöchentlichen Abstand subkutan injiziert werden müssen. In Studien bis zu zwei Jahren wurden in verschiedenen Patientenpopulationen (familiäre und nicht-familiäre sowie gemischte Hypercholesterinämie, Patienten mit Statin-Intoleranz) sowohl mit einer PCSK9-Inhibitor-Monotherapie als auch in Kombination mit anderen lipidsenkenden Pharmaka (vor allem Statine) eine anhaltende Wirksamkeit und sehr gute Verträglichkeit dieser PCSK9-Inhibitoren gezeigt. Große Metaanalysen dieser Studiendaten zeigen eindrucksvoll eine ausgeprägte Absenkung des LDL-Cholesterins und zusätzlich eine Reduktion von non-HDL-Cholesterin, ApoB, Gesamt-Cholesterin, Lipoprotein (a), Triglyzeriden sowie einen HDL-Cholesterin-Anstieg.

Es liegen darüber hinaus erste Daten vor, die einen positiven Effekt auf das kardiovaskuläre Outcome erkennen lassen. Langzeit-Outcome-Studien zu kardiovaskulären Endpunkten (FOURIR-Studie mit Evolocumab und ODYSSEY-Studie mit Alirocumab) werden für die endgültige Bewertung des Zusatznutzens von PCSK9-Inhibitoren im Hinblick auf eine Risikoreduktion von Herz-Kreislauf-Erkrankungen entscheidend sein.

Beide verfügbaren PCSK9-Inhibitoren sind für folgende Indikationen zugelassen:

1. Erwachsene mit primärer (heterozygote familiäre und nicht-familiäre) oder gemischter Dyslipidämie als Ergänzung zur Diät, in Kombination mit Statinen und weiteren lipidsenkenden Therapien, wenn trotz maximal tolerierter Dosierung Therapieziele nicht erreicht werden oder bei Statin-Intoleranz beziehungsweise Kontraindikation.
2. Erwachsene und Jugendliche ab zwölf Jahren mit homozygoter familiärer Hypercholesterinämie in Kombination mit anderen lipidsenkenden Therapien.

Mit den neuen PCSK9-Inhibitoren ist es aufgrund der Datenlage sehr häufig möglich, Zielwerte des LDL-Cholesterins zu erreichen (< 100 mg/dl beziehungsweise < 2,6 mmol/l bei hohem Arterioskleroserisiko und < 70 mg/dl beziehungsweise 1,8 mmol/l bei sehr hohem Risiko).

Da es sich um eine teure Behandlungsoption handelt, sollten vorzugsweise solche Patienten mit PCSK9-Inhibitoren behandelt werden, deren LDL-Cholesterin-Werte sehr weit vom Zielwert entfernt liegen. Das individuelle kardiovaskuläre Risikoprofil muss differenziert dokumentiert werden, eine etwaige Statin-Intoleranz gesichert sein. Bei Patienten mit mangelnder Compliance als Ursache von nicht ausreichender Zielwerterreichung sollten PCSK9-Inhibitoren nicht eingesetzt werden.

Limitierend für den Einsatz von PCSK9-Inhibitoren könnten zukünftig sein:

1. Hohe Kosten der innovativen Therapie
2. Lebenslange Injektionstherapie
3. Künftige Erkenntnisse zu weiteren Funktionen des PCSK9-Proteins

Zusammenfassend handelt es sich bei den PCSK9-Inhibitoren um ein äußerst innovatives Behandlungsprinzip, das mit erstmals erreichbaren, dauerhaft sehr niedrigen und damit optimalen LDL-Cholesterinwerten neue klinisch relevante Wege der Lipidtherapie ermöglicht.

Es gilt das gesprochene Wort!
Mannheim, April 2016

Minimal-invasive Herzklappen-OPs bei älteren Menschen: Die risikoärmere Alternative?

Privatdozent Dr. med. Claudius Jacobshagen, DGIM-Kongressteam 2016, Leitender Oberarzt der Klinik für Kardiologie und Pneumologie, Herzzentrum an der UMG, Universitätsmedizin Göttingen

Die Aortenklappenstenose und die Mitralklappeninsuffizienz sind die häufigsten Herzklappenfehler beim Erwachsenen. Die Prävalenz beider Erkrankungen steigt mit dem Alter steil an. Drei Prozent aller über 75-jährigen und zehn Prozent aller über 80-jährigen Menschen haben eine Aortenklappenstenose. Die Erkrankung ist mit sehr hoher Sterblichkeit und gravierender Einschränkung der Lebensqualität verbunden. Die einzige Therapiemöglichkeit besteht in einem Aortenklappenersatz, der bis vor wenigen Jahren nur durch eine sehr große und belastende Operation mit Eröffnung des Brustkorbs und unter Einsatz der Herzlungenmaschine möglich war. Seit einigen Jahren gibt es die Möglichkeit, die Aortenklappe interventionell, das heißt durch einen Kathetereingriff über die Leistenarterie zu ersetzen (Transkatheter Aortenklappen Implantation = TAVI). Bei inoperablen Patienten konnte ein klarer Überlebensvorteil der TAVI gegenüber einem konservativen Vorgehen gezeigt werden. Bei operablen älteren Patienten mit schweren Begleiterkrankungen konnte gezeigt werden, dass die TAVI gegenüber der konventionellen Operation mit einer signifikant niedrigeren Sterblichkeit einhergeht. Risikoadjustierte Register weisen darauf hin, dass auch bei jüngeren und weniger kranken Patienten das Katheterverfahren mindestens gleichwertig zur offenen Operation ist. Hierzu laufen Studien, die den Eingriff bei Patienten mit mittlerem und niedrigem Risiko untersuchen.

Auch die Mitralklappeninsuffizienz kann seit einigen Jahren mit einem Kathetereingriff behandelt werden, dem sogenannten MitraClip-Verfahren. Hierbei werden die beiden Segel der Klappe mit einer kleinen "Wäscheklammer" verbunden, wodurch die Undichtigkeit behoben wird. Andere Verfahren wie auch der interventionelle Mitralklappenersatz befinden sich in Erprobung.

Der größte Fortschritt der minimal-invasiven kathetergestützten Herzklappeneingriffe ist, dass alte, gebrechliche Patienten am Tag nach dem Eingriff ohne Schmerzen aufstehen und mobilisiert werden können. Eine Rückkehr ins häusliche Umfeld ist nach wenigen Tagen möglich. Dies ist ein sehr großer Vorteil gegenüber der wochenlangen, manchmal monatelangen Rekonvaleszenz nach einem offenen chirurgischen Eingriff.

Es gilt das gesprochene Wort!
Mannheim, April 2016



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

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

Gegründet 1882 vertritt die DGIM bis heute die Interessen der gesamten Inneren Medizin: Sie vereint als medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft aller Internisten sämtliche internistische Schwerpunkte: Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Geriatrie, Hämato-Onkologie, 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 Ärzten als auch Patienten zugänglich zu machen, nimmt sie als ihren zentralen Auftrag wahr. Zudem vertritt die Gesellschaft die Belange der Inneren Medizin als Wissenschaft gegenüber staatlichen und kommunalen Behörden und Organisationen der Selbstverwaltung.

Im Austausch zwischen den internistischen Schwerpunkten sieht die DGIM auch einen wichtigen Aspekt in der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses. Die DGIM setzt dies im Rahmen verschiedener Projekte um. Zudem engagiert sie sich für wissenschaftlich fundierte Weiterbildung und Fortbildung von Internisten in Klinik und Praxis.

Innere Medizin ist das zentrale Fach der konservativen Medizin. Als solches vermittelt sie allen Disziplinen unverzichtbares Wissen in Diagnostik und Therapie. Insbesondere der spezialisierte Internist benötigt eine solide Basis internistischer Kenntnisse. Denn er muss Ursachen, Entstehung und Verlauf, Diagnostik und Therapie der wichtigsten internistischen Krankheitsbilder kennen, einschätzen und im Zusammenhang verstehen. Zentrales Element ist dabei das Kennenlernen von Krankheitsverläufen über längere Zeitstrecken und das Verständnis für die Komplexität der Erkrankung des einzelnen Patienten. Die DGIM sieht sich dafür verantwortlich, jedem Internisten das dafür notwendige Wissen zu vermitteln. Zudem setzt sie sich dafür ein, dass jeder Internist ein internistisches Selbstverständnis entwickelt und behält.

Die DGIM hat zurzeit mehr als 24 000 Mitglieder. Sie ist damit eine der größten wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften Deutschlands. Innerhalb der vergangenen Jahre hat sich die Zahl ihrer Mitglieder mehr als verdoppelt. Der Zuspruch insbesondere junger Ärzte bestärkt die DGIM einmal mehr in ihrem Anliegen, eine modern ausgerichtete Fachgesellschaft auf traditioneller Basis zu sein.

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Gerd Hasenfuß
Vorsitzender der DGIM 2015/2016, Direktor der Klinik für Kardiologie
und Pneumologie, Vorsitzender des Herzzentrums an der UMG,
Universitätsmedizin Göttingen



Beruflicher Werdegang:

Studium und Examina:

4/1975–5/1981 Staatsexamen Medizin, Universität Freiburg
1981 Promotion: Medizin, Universität Freiburg
1989 Habilitation: Innere Medizin, Universität Freiburg

Beruflicher Werdegang:

1982–1993 Facharztausbildung Innere Medizin und Kardiologie, Universität Freiburg
1988–1990 Visiting Assistant Professor am College of Medicine, Dept. of Physiology &
Biophysics der University of Vermont, Burlington, Vermont, USA
1993 Oberarzt der Medizinischen Universitätsklinik Freiburg
1994–1998 Heisenberg-Stipendiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft
Seit 1998 Universitätsprofessor (C4) für Innere Medizin, Direktor der Klinik für
Kardiologie und Pneumologie, Georg-August-Universität Göttingen
Seit 2001 Vorsitzender des Herzzentrums Göttingen
Seit 2010 Vorsitzender des Heart Research Centers Göttingen
Seit 2011 Vorstandsmitglied des Deutschen Zentrums für Herz-Kreislauf-Forschung
e. V. (DZHK)
Seit 2013 Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V.
(DGIM)

Auszeichnungen und Preise:

1991 Theodor-Frerichs-Preis der DGIM
1991 Europäischer Preis für Alternativ-Methoden zum Tierversuch
1991 Young Investigators Award der Society for Cardiovascular Pharmacotherapy
2001 Fellow der American Heart Association, F.A.H.A.
2002 Ordentliches Mitglied der Akademie der Wissenschaften zu Göttingen
2002 Fellow der European Society of Cardiology

- | | |
|------|---|
| 2003 | Deutscher Gründerpreis (Konzepte) für die Ausgründung der Firma Avontec |
| 2004 | Dr. Léon Dumont Preis der Belgischen Gesellschaft für Kardiologie |
| 2005 | Preis für gute Lehre der Medizinischen Fakultät Göttingen |
| 2008 | Distinguished Lecture Award, International Society of Heart Research,
Japanese Section |
| 2011 | William Harvey Basic Science Lecture Award der European Society of
Cardiology |

Wissenschaftliche Aktivitäten:

- | | |
|----------------|---|
| 2001–2005 | Sprecher des DFG-Sonderforschungsbereichs SFB Transregio 2 |
| 2001–2013 | Sprecher des Standorts Göttingen, Nationales Genomforschungsnetz Herz-
Kreislauf |
| 1/2006–12/2010 | Sprecher des EU-Integrated Project EUGeneHeart |
| 7/2006–8/2012 | Sprecher der Klinischen Forschergruppe KFO 155 „Die Bedeutung von
Biomechanik und Calcium-Stoffwechsel bei Herzinsuffizienz und
Regeneration“ |
| Seit 2012 | Sprecher des DFG-Sonderforschungsbereichs SFB 1002 „Modulatorische
Einheiten bei Herzinsuffizienz“ |

Editorial Board – Mitgliedschaften:

European Heart Journal, Circulation (1996–2008), Circulation Research (1998–2014),
Cardiovascular Research, Journal of Molecular and Cellular Cardiology,
Basic Research in Cardiology, Clinical Cardiology, Current Heart Failure Reports,
European Journal of Heart Failure, Der Internist

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Dr. h. c. Ulrich R. Fölsch
Generalsekretär der DGIM, Kiel

* 1943



Beruflicher Werdegang:

Studium:

Medizinstudium in Berlin, Zürich, Heidelberg

Medizinische Ausbildung:

- | | |
|----------------|--|
| 1969–1970 | Medizinalassistent in Heidelberg und Pforzheim |
| 1970–1971 | Wissenschaftlicher Assistent am Pathologischen Institut der Universität Heidelberg (Leiter: Professor Dr. W. Doerr) |
| 10/1971–2/1973 | DFG-Stipendiat an der Universität Dundee/Schottland im Department of Pharmacology and Therapeutics (Professor Dr. K.G. Wormsley) |
| 3/1973–3/1982 | Wissenschaftlicher Assistent an der Medizinischen Klinik, Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie der Georg-August-Universität Göttingen (Leiter: Professor Dr. W. Creutzfeldt) |
| 3/1982–8/1990 | Klinischer Oberarzt der Medizinischen Universitätsklinik Göttingen |

Auszeichnungen:

- | | |
|---------|---|
| 1979 | Theodor-Frerichs-Preis der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin |
| 1/1999 | Erfolgreiche Einwerbung des Kompetenznetzes „Entzündliche Darmerkrankungen“ zusammen mit den Medizinischen Fakultäten der Universitäten in Homburg, Regensburg und Tübingen |
| 4/2002 | Honorary Fellow des American College of Physicians |
| 9/2003 | Honorary Fellow der European Federation of Internal Medicine |
| 10/2004 | Honorary Fellow der Chilean Society of Internal Medicine |
| 2/2011 | Ehrenmitgliedschaft der Nordwestdeutschen Gesellschaft für Innere Medizin (NWGIM) |
| 5/2011 | Ehrenmitgliedschaft der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) |
| 5/2012 | Verleihung der Ehrendoktorwürde durch die Carol Davila Universität zu Bukarest, Rumänien |

Aktivitäten in wissenschaftlichen Gesellschaften:

1981–1985	Sekretär des European Pancreatic Club
1985–1986	Präsident der European Society for Clinical Investigation
Seit 1986	Mitglied im Beirat der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten
1997–1998	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten
1999–2000	Präsident des European Pancreatic Club
Seit 8/2001	Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin
2003–2004	Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Mitglied der Schriftleitung der folgenden Zeitschrift:

- World Journal of Gastroenterology

Funktionen und Ämter:

9/1990–3/2009	Direktor der Klinik für Allgemeine Innere Medizin, I. Medizinische Klinik, Universitätsklinikum S-H, Campus Kiel, Emeritiert
WS 00/01–SS 03	Prodekan der Medizinischen Fakultät der CAU zu Kiel
1999–2010	Sprecher des Kompetenznetzes Chronisch entzündliche Darmerkrankungen sowie Sprecher aller Kompetenznetze
2002–2008	Mitglied des Fachkollegiums (Gutachter) der Deutschen Forschungsgemeinschaft
2004–2011	Vorstandsvorsitzender der Telematikplattform für Medizinische Forschungsnetze e. V.
2004–2011	Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft universitärer Gastroenterologen (AUG)
Seit 4/2011	Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Volker Ellenrieder
Direktor der Klinik für Gastroenterologie und Endokrinologie,
Universitätsmedizin Göttingen

* 1966



Beruflicher Werdegang:

Wissenschaftliche Stationen:

- | | |
|----------------------------|--|
| 1996–1999 und
2001–2004 | Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Abteilung Innere Medizin I für
Gastroenterologie und Endokrinologie der Universitätsklinik Ulm
(Direktor: Professor Dr. G. Adler) |
| 18.12.1997 | Promotion zum Dr. med. (magna cum laude) am Institut für Klinische Chemie
der Universität Ulm (Professor Dr. Dr. Grünert) |
| 7/1999–6/2001 | Mildred-Scheel-Stipendiat der Deutschen Krebshilfe (DKH) an der GI-Research
Unit, Mayo Clinic, Rochester, MN/USA (Direktor: Professor R. Urrutia) |
| 7/2001–2006 | Leiter der Arbeitsgruppe „Transkriptionelle Mechanismen der Tumor-
progression“ am Universitätsklinikum Ulm |
| 2003–2008 | Max-Eder Stipendium zur Einrichtung einer Nachwuchsgruppe der Deutschen
Krebshilfe an der Universität Ulm (bis 2/2006) und Philipps-Universität Marburg
(2006–2008) |
| 15.2.2005 | Habilitation und Venia Legendi der Inneren Medizin an der Universität Ulm,
Thema: „Mechanismen der TGF β -regulierten Transkription und Bedeutung der
Interaktion mit der Ras-Signalkaskade im Pankreaskarzinom“ |
| Seit 2/2006 | Leiter der Arbeitsgruppe „Signal- und Transkriptionswege in der Karzinogenese
von Tumoren des Gastrointestinaltraktes an der Philipps-Universität Marburg |
| 23.9.2009 | Umhabilitation an der Philipps-Universität Marburg |
| 12.1.2010 | Ernennung zum Außerplanmäßigen Professor der Philipps-Universität Marburg |
| 2011 | Kongresspräsident des 32. Jahrestreffens des Deutschen Pankreasclubs (DPC) |
| 1.3.2012 | Berufung zum W3-Stiftungsprofessor der Deutschen Krebshilfe
„Entzündung und Karzinogenese“ an der Philipps-Universität Marburg |

Klinischer Werdegang:

12/1994–5/1996	Arzt im Praktikum (AiP), Abteilung Innere Medizin I, Universitätsklinikum Ulm
5/1996	Approbation
10/2002	Facharzt für Innere Medizin
11/2004	Teilgebietsbezeichnung Gastroenterologie
1/2005	Ernennung zum klinischen Oberarzt, Abteilung Innere Medizin I für Gastroenterologie und Endokrinologie der Universitätsklinik Ulm (Direktor: Professor Dr. G. Adler)
2/2006	Wechsel an das Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Standort Marburg, und Ernennung zum Leitenden Oberarzt und Stellvertretenden Direktor der Klinik für Gastroenterologie, Endokrinologie und Infektionskrankheiten
2007/2008	1. und 2. Modul des Zertifikats „Onkologische Gastroenterologie“ der DGVS
8/2009	Zusatzbezeichnung Infektiologie
2/2012	Berufung auf die erste personengebundene W3-Stiftungsprofessur der DKH „Entzündung und Karzinogenese“ mit Aufbau einer Plattform zur Erkennung und Therapie prämaligener Läsionen des GI-Traktes am UKGM Uniklinikum Giessen und Marburg
Seit 4/2014	Direktor der Klinik für Gastroenterologie und gastrointestinale Onkologie der Universitätsmedizin Göttingen

Preisverleihungen:

- Krebshilfe-Ausbildungsstipendium der Mildred-Scheel-Stiftung (von 6/1999–6/2001)
- Adolf-Kußmaul-Preis der Südwestdeutschen Gesellschaft für Gastroenterologie (2004)
- Förderpreis der Mitteldeutschen Gesellschaft für Gastroenterologie 2006
- Hirshberg Research Prize des Europäischen Pankreasclubs (EPC) (2009)
- Zahlreiche Posterpreise der DGVS, DPC, EPC und AGA

Mitgliedschaft in wissenschaftlichen Gesellschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM) (seit 1997)
- Bundesverband Gastroenterologie Deutschland (seit 2002)
- Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) (seit 1995)
- American Pancreatic Association (APA) (seit 2007)
- Deutsche Mayo-Alumni (seit 2001)

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Michael Pfeifer

Leiter der Pneumologie der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II am UKR Universitätsklinikum Regensburg und Medizinischer Direktor der Klinik Donaustauf, Chefarzt Klinik für Pneumologie und Intensivmedizin, Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg



Beruflicher Werdegang:

1978–1980	Studium der Humanmedizin an der TU München
1980–1985	Studium der Humanmedizin an der Universität Würzburg
1985	Approbation
1985–1992	Ausbildung zum Arzt für Innere Medizin am Caritas Krankenhaus Bad Mergentheim (Professor Dr. H.D. Bundschu) und an der Medizinischen Klinik der Universität Würzburg (Professor Dr. K. Kochsiek)
1991	Arzt für Innere Medizin
1992	Arzt für Lungen- und Bronchialheilkunde
1991–2001	Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II des Universitätsklinikums Regensburg (Professor Dr. G. Riegger)
1998	Habilitation für Innere Medizin
2001	Studienaufenthalt in Toronto, Kanada
Seit 2002	Medizinischer Direktor der Klinik Donaustauf und Berufung zum C3 Professor für Pneumologie an der Universität Regensburg
2003–2005	Vorsitzender der Süddeutschen Gesellschaft für Pneumologie
2006–2012	Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V.
Seit 2011	zusätzlich Chefarzt Klinik für Pneumologie und Intensivmedizin Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg
Seit 2014	Vorsitzender der Programmkommission des DGP Jahreskongresses

Wissenschaftliche und klinische Schwerpunkte:

- Pulmonale Hypertonie
- chronische Atemwegserkrankungen
- internistische Intensivmedizin und Beatmungsmedizin
- kardio-pulmonale Interaktionen
- schlafassoziierte Atemstörungen bei kardialen Erkrankungen
- Telemedizin

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Petra-Maria Schumm-Draeger
2. stellvertretende Vorsitzende der DGIM, Leiterin der Klinik
für Endokrinologie, Diabetologie und Angiologie des Klinikums
Bogenhausen, Städtisches Klinikum München GmbH

* 1956



Beruflicher Werdegang:

- | | |
|-----------|---|
| 1972–1980 | Medizinstudium, Universität Frankfurt |
| 1980 | Staatsexamen, Promotion und Approbation, Amerikanisches Examen (ECFMG) |
| 1988 | Anerkennung als Ärztin für Innere Medizin |
| 1989 | Habilitation für das Fach Innere Medizin |
| 1991 | Anerkennung Teilgebiet Endokrinologie, Diabetologie DDG |
| 1989–1993 | Oberärztin der Abteilung Endokrinologie und Diabetologie |
| 1993–2002 | Leitende Oberärztin der Medizinischen Klinik I, Schwerpunkt Endokrinologie, Diabetes, Stoffwechsel und Angiologie
Geschäftsführende Oberärztin des Zentrums für Innere Medizin der Universität Frankfurt |
| 1995 | Verleihung der akademischen Bezeichnung „außerplanmäßiger Professor“ für Innere Medizin an der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main |
| 1999–2000 | „Limited Permit to Practice Medicine“ (Staat: New York/USA) und wissenschaftliche Kooperation mit Professor J. Friedman, Rockefeller Universität, N.Y./USA |
| Seit 2002 | Chefärztin der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Angiologie des Klinikums Bogenhausen (Städtisches Klinikum München GmbH), akademisches Lehrkrankenhaus, Technische Universität München |
| 2002 | Umhabilitation, außerplanmäßige Professorin für Innere Medizin an der Technischen Universität (TU) München, Klinikum rechts der Isar, München |

Klinische und wissenschaftliche Schwerpunkte:

- Klinische und experimentelle Schilddrüsenforschung
(Autoimmunthyreopathien, benigne und maligne Struma)
- Klinische Diabetologie
(Typ-2-Diabetes: Neue Therapeutische Interventionen, Früherkennung und Therapie kardiovaskulärer Folgeerkrankungen, interdisziplinäre/fachübergreifende Diabetestherapie in der Klinik)
- Polyglanduläres Autoimmunsyndrom

Publikationen:

Über 150 wissenschaftliche Publikationen und Buchbeiträge sowie Herausgeberschaft von Fachzeitschriften, Kongress- und Veranstaltungsorganisationen

Wissenschaftliche Auszeichnungen:

1983/1992 Von Basedow-Preis der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)
1988 von-Langenbeck-Preis der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)

Aktivitäten in Fachgesellschaften und Mitgliedschaften (Auswahl):

- Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM):
Vorstandsmitglied und „President elect“ der DGIM 2016/2017
Vorsitzende der Kommission „Struktur und Krankenversorgung“ der DGIM
- Berufsverband Deutscher Internisten (BDI): Vorstandsmitglied, unter anderem hauptverantwortlich für die bundesweite Fortbildung des BDI (seit 2008)
- 1. Stellvertretende Vorsitzende des Landesverbands Bayerischer Internisten (seit 2011)
- European Federation of Internal Medicine (EFIM): Mitglied Administrative Council und der „Working group on Professional Issues in Internal Medicine in Europe“ (seit 2003)
- Gesellschaft für Fortschritte der Inneren Medizin (Ludwig-Heilmeyer-Gesellschaft)
- Worldwide Initiative of Diabetes Education: Board of Directors (seit 2012)
- Kuratorin der Deutschen Diabetes Stiftung (DDS) und „Verbindungskuratorin“ zur Stiftung „der herzkranken Diabetiker“ (seit 2004)
- Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE): Vizepräsidentin 1997–2000
- Berufsverband Deutscher Endokrinologen (BDE): Beiratsmitglied seit 2000
- Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)
- American Diabetes Association (ADA)
- European Association for the study of Diabetes (EASD)
- International Diabetes Federation (IDF)
- Endocrine Society (USA)

Curriculum Vitae

Privatdozent Dr. med. Claudius Jacobshagen
DGIM-Kongressteam 2016, Leitender Oberarzt der Klinik für Kardiologie
und Pneumologie, Herzzentrum an der UMG, Universitätsmedizin
Göttingen



Beruflicher Werdegang:

1995–2002	Studium der Humanmedizin an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg und der University of South Florida, Tampa/USA
2002	Promotion an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
2002–2008	Facharztausbildung Innere Medizin, Kardiologie und Intensivmedizin an der Universitätsmedizin Göttingen (Professor Dr. Gerd Hasenfuß)
2004	Forschungsaufenthalt an der Johns-Hopkins-University, Division of Cardiology, Baltimore/USA (Professor Dr. David Kass)
2005	Zusatzbezeichnung Rettungsmedizin/Notfallmedizin
2008	Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie
2008	Ernennung zum Oberarzt
2009	Kommissarischer Chefarzt der Klinik für Kardiologie, Eichsfeld-Klinikum Worbis
Seit 2009	Leiter des Herzkatheterlabors an der Universitätsmedizin Göttingen, Interventionelle Herzklappentherapie (TAVI, MitraClip)
2011	Zusatzbezeichnung Intensivmedizin
2011	Habilitation, Venia Legendi für Innere Medizin
Seit 2014	Leitender Oberarzt und stellvertretender Klinikdirektor, Leiter des Herzklappenprogramms an der Universitätsmedizin Göttingen

Schwerpunkte:

- Interventionelle Kardiologie
- Herzklappentherapie (TAVI, MitraClip)
- Intensiv- und Notfallmedizin
- Gerinnungsmanagement



Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Bestellformular Fotos:

**Eröffnungs-Pressekonferenz der
Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)**

**„Demographischer Wandel fordert Innovation“ – Wie kann die Innere Medizin
den Bedürfnissen unserer zukünftigen Gesellschaftsstruktur begegnen?**

Termin: Samstag, 9. April 2016, 12.30 bis 13.30 Uhr

Ort: Dorint Kongress Hotel Mannheim, Saal 12 (Johann Sebastian Bach)

Zugang über: Congress Center Rosengarten

Adresse: Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim

Bitte schicken Sie mir folgende(s) Foto(s) per E-Mail:

- Professor Dr. med. Gerd Hasenfuß
- Professor Dr. med. Dr. h. c. Ulrich R. Fölsch
- Professor Dr. med. Volker Ellenrieder
- Professor Dr. med. Michael Pfeifer
- Professor Dr. med. Petra-Maria Schumm-Draeger
- Privatdozent Dr. med. Claudius Jacobshagen

Vorname:	Name:
Redaktion:	Ressort:
Str./Nr.	PLZ/Ort:
Telefon:	Fax:
E-Mail:	Unterschrift:

**Bitte an 0711 8931-167 zurückfaxen oder per Mail an
spirgat@medizinkommunikation.org.**

Pressekontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle
Janina Wetzstein/Corinna Spirgat
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-457
Fax: 0711 8931-167
E-Mail: wetzstein@medizinkommunikation.org
Homepage: www.dgim.de; www.dgim2016.de

Pressebüro im Congress Center Rosengarten
vom 9. bis 12. April 2016
Raum Richard Strauss
Tel.: 0621 4106-5005
Fax: 0621 4106-5905