



▲ Auch 2026 findet der Internistenkongress wieder im RheinMain CongressCenter Wiesbaden statt

Abstracts jetzt einreichen

Die Abstract-Einreichung ist ab sofort über www.kongress.dgim.de möglich. Die Einreichungsfrist endet am 15. Dezember 2025. Aus den eingereichten Abstracts werden die Vortragenden für den Young Investigator Award (Autorinnen und Autoren unter 35 Jahren) ermittelt. Die angenommenen Abstracts werden als Supplement der Fachzeitschrift „Die Innere Medizin“ zitierfähig publiziert. Alle Abstract-Referierenden bis 35 Jahren haben die Möglichkeit, ein Reisekostenstipendium in Höhe von 250 € zu erhalten. Voraussetzung hierfür ist die Mitgliedschaft in der DGIM oder ein DGIM-Gastzugang für Studierende sowie die Anwesenheit auf dem Kongress. Die Mitgliedschaft bzw. der Gastzugang für Studierende muss bis zum 15.12.2025 beantragt sein.

SCHWERPUNKTTHEMEN des 132. Internistenkongresses

- Moderne Konzepte für Prävention & Therapie
- Digitale Transformation & KI
- Ambulante Medizin als Zukunftsmodell
- Geschlechterspezifische Medizin, Transition & Long-Term Survivorship
- Interprofessionelle Versorgung & gesellschaftliche Verantwortung
- Nachhaltige Wissenschaftskultur in der Medizin
- Lernen von unseren europäischen Kolleginnen und Kollegen

Dieser Paradigmenwechsel ist nicht nur eine Herausforderung, sondern bietet auch die einzigartige Chance, die Medizin als eine zukunftsorientierte Disziplin zu gestalten – basierend auf Prävention, interdisziplinärer Zusammenarbeit und individueller Patientenversorgung. Das erfordert, etablierte Denkmuster zu hinterfragen und bestehende Strukturen kritisch zu reflektieren. In diesem Sinne möchte ich Sie ermuntern, sich auf die Herausforderungen dieses Paradigmenwechsels einzulassen und uns im Laufe des Kongressjahres 2025/26 auch Ihre Gedanken dazu mitzuteilen. Lassen Sie uns offen, integrativ und neu denken, um die Innere Medizin von morgen zu gestalten – eine Medizin, die sowohl technologisch fortschrittlich als auch menschlich ist.

Ich freue mich auf die Begegnungen mit Ihnen und einen anregenden und bereichernden Austausch bei der DGIM 2026.

Herzlich,
Ihre

Univ.-Prof. Dr. Dr. med. Dagmar Führer-Sakel

Kommissionen & Arbeitsgruppen

Kommission Leitlinien

Neue Leitlinie zur systemischen Sklerose

Derzeit sind Delegierte der DGIM-Kommission „Leitlinien“ an über 100 Leitlinien der internistischen Schwerpunktgesellschaften beteiligt. Im Juli 2025 erschien die neu erstellte S2k-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der systemischen Sklerose“. Professor Dr. med. Ulf Müller-Ladner, Direktor der Abteilung Rheumatologie & Klinische Immunologie am Campus Kerckhoff der Justus-Liebig-Universität Gießen in Bad Nauheim und Vertreter für die DGIM in der Leitliniengruppe, fasst die wesentlichen Inhalte der Leitlinie zusammen.

Die Keyfacts zur Leitlinie



▲ Prof. Dr. med. Ulf Müller-Ladner

Trotz umfangreicher Evaluation neuer Therapieansätze in Studien stehen aktuell zur primären Therapie der Fibrose, zu den Entzündungsvorgängen und zur Gefäßpathologie in vielen Organbereichen der systemischen Sklerose (SSc) keine zugelassenen Medikamente zur Verfügung. Aufgrund der eher geringen Prävalenz der Erkrankung in Bezug auf die Allgemeinbevölkerung und der Vielzahl der beteiligten medizinischen Fachdisziplinen wird daher ein zentraler Leitfaden

benötigt. Die hier vorgestellte Leitlinie „Diagnostik und Therapie der systemischen Sklerose“ soll dazu beitragen, die Versorgung von Erkrankten mit SSc substanziell zu verbessern. Ein besonderer Schwerpunkt der Leitlinie besteht darin, alle Organmanifestationen und deren individuelle Therapie im Detail mit praxisnahen Lösungen darzustellen.

Diagnostik

Die Diagnose der SSc beruht auf dem Erreichen der notwendigen Punktzahl der international gültigen Klassifikationskriterien. Die wichtigsten Punkte hierzu sind:

- Ohne Hautsklerose kann man die Diagnose einer SSc in der Regel nicht stellen.
- Warnzeichen für die Entwicklung einer SSc sind v. a. das Raynaud Syndrom und geschwollene Hände („puffy hands“) sowie eine pathologische Nagelfalzkapillaroskopie in Kombination mit positiven antinukleären Antikörpern (ANA) (VEDOSS/Very Early Disease Onset of SSc- Kriterien).
- Bei konkretem Verdacht auf eine SSc sollten alle potenziell betroffenen Organsysteme (v. a. Haut/Gefäße, Lunge, Herz, Nieren, Gastrointestinaltrakt) untersucht werden, selbst wenn keine Symptome vorliegen.

Ziel der diagnostischen Strategie ist es, bereits im Frühstadium Organmanifestationen, die nicht parallel ablaufen müssen, zu erkennen und individuell zu behandeln.

Differenzierte Organtherapie

Trotz der vielfältigen Organbeteiligung lassen sich die wichtigsten Merksätze kurz und knapp ableiten:

- Eine progrediente Hautsklerose soll man immunsuppressiv behandeln, aber nicht mit Kortikosteroiden.
- Bei digitalen Ulzera sollen primär PDE-5-Inhibitoren oder i. v. Prostazyklinanaloga zum Einsatz kommen, zur Vorbeugung der Ulzera Bosentan.
- Bei progressiver Lungenfibrose soll eine immunsuppressive und antifibrotische Therapie durchgeführt werden.
- Eine pulmonale Hypertonie soll gemäß den Leitlinien kardiologischer und pneumologischer Fachgesellschaften erfolgen.
- Bei Reflux(ösophagitis) sollen Protonenpumpenhemmer ausdosiert werden.
- Bei Arthritis, Tendinitis, Enthesitis und Myopathien soll eine immunmodulierende Therapie erfolgen, vergleichbar der rheumatoiden Arthritis. Steroide sollen nicht höher als 10 mg über eine längere Zeit eingesetzt werden.
- Die renale Krise ist ein internistischer Notfall. ACE-Inhibitoren (ACEi) sind die Therapie der Wahl und sollen bis zur maximal tolerablen Dosis rasch gesteigert werden, auch wenn sich die Nierenfunktion hierunter zunächst verschlechtert.
- Der Zahn- und Parodontalstatus und die Inspektion aller Mundschleimhautregionen sollte jährlich erfolgen.
- Sexuelle Dysfunktion bei Frauen und erektile Dysfunktion bei Männern mit SSc sollten erfasst und bei Vorhandensein interdisziplinär behandelt werden.
- Eine autologe Stammzelltransplantation soll nur an Zentren mit ausreichender Erfahrung durchgeführt werden. Diese dürfte zukünftig durch bessere zelluläre Therapieformen (CAR-T etc.) abgelöst werden.

Das Wichtigste auf einen Blick

- Raynaud Syndrom, geschwollene Hände, positive ANA und eine pathologische Kapillaroskopie können auf eine Frühform der SSc hinweisen.
- Nach Diagnose muss jedes potenziell betroffene Organ einzeln auf Fehlfunktionen untersucht und therapiert werden.

- Die Verläufe sind hochvariabel, aber inzwischen gut therapierbar.

Die vollständige Leitlinie findet sich im Register der AWMF unter der Nummer 060-014.

Preise & Stipendien

Was wurde eigentlich aus ... ?

Professor Dr. Sebastian Spethmann

Als Sebastian Spethmann im Jahr 2003 sein Medizinstudium abschloss und die ersten Schritte als Arzt im Praktikum unternahm, ahnte er noch nicht, dass sein Weg ihn einmal an die Spitze einer der bedeutendsten kardiologischen Kliniken Deutschlands führen würde. Heute ist er stellvertretender Direktor der Klinik für Kardiologie, Angiologie und Intensivmedizin am Campus Charité Mitte und einer der profiliertesten Köpfe, wenn es um digitale Versorgungsforschung in der Inneren Medizin geht. Seine Karriere ist geprägt von Stationen zwischen Hamburg, Berlin und Kiel – und von der kontinuierlichen Unterstützung durch die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM).



© privat

▲ Prof. Dr. Sebastian Spethmann

Bereits 2003/2004, zu Beginn seiner klinischen Laufbahn am Bundeswehrkrankenhaus Berlin, trat Spethmann in die DGIM ein. „Empfohlen hat mir diesen Schritt mein damaliger Chef“, erinnert er sich. „Für meine