



Deutsche Gesellschaft
für Innere Medizin e.V. ®



124.

Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Congress Center Rosengarten · Mannheim

14. - 17. April 2018

Hauptsponsor
 Springer Medizin
Springer Medizin

Kongress-Agentur
 m:con
VISION INTO CONVENTIONS
m:con – mannheim:congress GmbH

Einladung

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

die 124. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin steht unter dem Leitthema „Innere Medizin - Medizin für den ganzen Menschen“.

Mit diesem Leitthema – es ist ein Ausspruch von Prof. Walter Siegenthaler – soll verdeutlicht werden, dass trotz erfolgreicher Spezialisierung in den Schwerpunkten der Inneren Medizin es der holistische Zugang zu den uns vertrauten Patienten ist, der unsere Diagnostik und Therapie leiten soll. Dies ist deshalb von Bedeutung, da wir immer mehr chronisch kranke Menschen betreuen, bei denen eine restitutio ad integrum meist nicht möglich ist. Bei parallel existierenden, chronischen Leiden ist die Progredienz individuell verschieden und unser therapeutisches Vorgehen deshalb je nach Krankheit ganz verschieden.

Der demographische Wandel ist als Begriff in aller Munde, besser spricht man wohl von der demographischen Chance. Dies deshalb, als es heutzutage mehr Regel als Ausnahme ist, ein hohes Alter erreichen zu können. Hierzu hat die rasante Entwicklung des medizinischen Wissens wie auch des therapeutischen Armentariums viel beigetragen. Der Tribut, den wir dafür zahlen, ist das meist parallele Vorhandensein mehrerer häufig chronischer Krankheiten (Multimorbidität) mit einer begleitenden Polypharmazie und ihren spezifischen Herausforderungen. Die klassische Evidenzbasierte Medizin (EBM) kommt hierbei an ihre Grenzen, solange sie neben Studienresultaten und daraus abgeleiteten Leitlinien nicht auch die Erfahrung des Arztes und die Patientenpräferenzen in die Entscheidungen inkludiert. Der betagte Mensch hat meist auch andere Ziel- und Zeitperspektiven, die es zu berücksichtigen gilt. Klinische Endpunkte sind denn neben dem Überleben auch mehr der Erhalt der Funktionalität und damit der Selbstständigkeit. Die Einteilung der Krankheiten nach ICD (International Classification of Diseases) ist aus Sicht der Betroffenen künftig sicherlich mehr durch diesen funktionellen Aspekt zu ergänzen, was durch den ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) berücksichtigt wird, bei dem soziale Teilhabe einen wichtigen Teilaspekt darstellt. Gerade hier greift auch die Initiative „Klug entscheiden“ der DGIM, da sie Fragen zur Über-, aber eben auch Unter- und Fehlversorgung in den einzelnen Schwerpunkten der Inneren Medizin adressiert und über die kommenden Jahre auch weiter beleuchtet wird.

Einladung

Nicht antipodisch, aber erfreulich ergänzend haben sich die therapeutischen Möglichkeiten sowohl im konservativen wie interventionellen Bereich in den letzten Jahren rasch weiterentwickelt. Hier zeigen sich immer mehr größere Schnittmengen zu den klassischen operativen Fächern durch minimal invasive Verfahren mit erstaunlichen technologischen Innovationen. Orgazentren suchen denn auch den Schulterschluss zwischen verschiedenen Fächern, weit über die Innere Medizin hinaus. Am Kongress soll ein spezieller thematischer Fokus die Interaktion mit der Neurologie sein, da sich gerade bei der Therapie älterer Menschen mit diesem Fach viele fachliche Kontakte bedingen.

Für die Betreuung von Menschen mit chronischen Leiden – über alle Altersgruppen hinweg – braucht es auch ein multidisziplinäres Team. So sind wir als Internisten immer mehr Teil fein austarierter Versorgungssysteme, in denen Interdisziplinarität erst zielführend im Sinne der Patientenpräferenzen ist. Hierzu ist eine Verstärkung der Versorgungsforschung notwendig, da Versorgungsstrukturen einen starken lokalen Faktor besitzen, für den internationale Erfahrungen nur partiell übernommen werden können. Hierbei ergibt auch die Akademisierung vieler Berufsgruppen im Gesundheitswesen neue Fokussierungen und Chancen. Innerhalb dieser Zusammenarbeit wird die sich rasch entwickelnde Digitalisierung der Medizin ein wichtiges Bindeglied sein.

Die Ernährung ist neben körperlicher Aktivität und Sozialkontakten eines der drei Standbeine, die die Lebenserwartung mitbestimmen. In einer Zeit, in der Nahrung bei uns praktisch immer und überall verfügbar ist, ergeben sich in Bezug auf die Nahrungszusammensetzung wichtige Fragen, respektive Interventionsoptionen. Der raschen Zunahme übergewichtiger Menschen – immer mehr auch Kinder und Jugendliche – steht die hohe Zahl betagter Menschen mit einer Unter- und Fehlernährung gegenüber. Gerade bei dieser Bevölkerungsgruppe ist aber der Verlust von Körpermasse und dabei vorab Muskelmasse mit abnehmender Funktionalität und dem „Frailty-Syndrom“ verbunden. Das Spektrum der Ernährungsmedizin soll deshalb am Jahreskongress 2018 ein spezieller Fokus sein.

Freund oder Feind – die konstante immunologische Auseinandersetzung mit unserer Umgebung und uns selbst ist konfliktträchtig. Die uns besiedelnden Mikroorganismen, die Infektionskrankheiten, aber auch alle inflammatorischen Systemerkrankungen bis hin zu den Allergien betreffen alle Bereiche der Inneren Medizin. Fundamentale neuere Erkenntnisse in diesen Bereichen gehören zu den großen Erfolgen sowohl in der Diagnostik als auch der Therapie der modernen Medizin.

Die Hauptthemen des Kongresses umfassen:

-
1. Chronische Krankheiten und EBM
(Trias Studien, Arzterfahrung und Patientenpräferenzen)

 2. Multimorbidität und Polypharmazie

 3. Internisten als Teil interdisziplinärer Teams

 4. Rehabilitation als Bindeglied zu sozialer Teilhabe

 5. Bakterien, Viren und Co
– von der friedlichen Koexistenz zur tödlichen Bedrohung

 6. Das Gehirn: Schaltstelle zwischen Neurologie und Innerer Medizin

 7. Im Netz verfangen – Systemerkrankungen des Immunsystems

 8. Eure Nahrung sei eure Medizin

 9. Mikrobiom: Der Darm lebt und lenkt

 10. Versorgungsstrukturen – Versorgungsforschung

Einladung

1. Chronische Krankheiten und EBM (Trias Studien, Arzterfahrung und Patientenpräferenzen)

Als Geriater betreuen wir im multidisziplinären Team vorab Menschen jenseits der 80 Jahre. Diese Patientinnen und Patienten leiden meist unter mehreren (chronischen) Krankheiten, sie zeigen eine Multimorbidität. Die Evidenzbasierte Medizin (EBM) fußt primär auf der Erforschung und daraus resultierenden Therapieempfehlungen aufgrund einer Monopathologie. Dass diese Studien meist nicht an dieser (hoch)betagten Bevölkerungsgruppe durchgeführt wurden sei, weil wichtig, auch erwähnt. Setzt man die Leitlinien, welche aufgrund der EBM erstellt werden, unreflektiert um, generiert man Probleme bei den Menschen, die mehr als fünf Krankheiten und damit mindestens fünf Leitlinienempfehlungen in sich vereinen. Eine gewisse Priorisierung entsprechend der Zielgrößen fußend auf den Therapiezielgrößen des Patienten ist deshalb unabdingbar. Das ist denn auch, was David Sackett als Trias der EBM verstand: Hochwertige klinische Studien, Erfahrung des Arztes und die Patientenpräferenzen. In Zeiten der „big data“ wird gerne vergessen, dass in komplexen Strukturen – und der Mensch ist glücklicherweise im besten Sinne „komplex“ – es die Individualisierung ist, die letztendlich die ärztliche Kunst ausmacht. Die Heilkunst meint hier eben nebst Wissen und Übung auch die Wahrnehmung und Intuition.

2. Multimorbidität und Polypharmazie

Multimorbidität – drei oder mehr parallel bestehende Krankheiten – verursacht meist auch eine Polymedikation. Von Polypharmazie wird gesprochen, wenn regelmäßig fünf oder mehr Medikamente eingenommen werden müssen. Dies ist bei der Betreuung unserer Patienten häufiger die Regel als die Ausnahme. Diese Polypharmazie ist auch alles Andere als primär schlecht, bedingt sie doch einen wesentlichen Teil der Langlebigkeit in meist gut erhaltener Funktionalität. Dennoch sind unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) häufig und nicht selten Grund zur Hospitalisation. Polypharmazie führt auch zu einer Abnahme der Adhärenz. Inwieweit eine „poly-pill“ hier Hilfe bieten kann, wird aktuell wieder mehr diskutiert. Ganz allgemein ist eine Priorisierung in Absprache mit den Patienten („shared decision making“) wichtig.

3. Internisten als Teil interdisziplinärer Teams

Durch den Umstand, dass wir als Internisten immer mehr Menschen mit chronischen Krankheiten betreuen – unabhängig vom Umstand einer alternden Gesellschaft – besteht die Gefahr der über die Zeit abnehmenden Funktionalität. Dem zu begegnen überschreitet den rein medizinisch-betreuenden Bereich und um den Betroffenen umfassend/in allen Bereichen/beim Erreichen bestmöglicher Funktionalität möglichst gut zu unterstützen, bedarf es multidisziplinärer Teams. Viele dieser Berufsgruppen akademisieren sich zunehmend. Ein wichtiges Beispiel hierzu sind die Pflegeberufe.

4. Rehabilitation als Bindeglied zu sozialer Teilhabe

Die Wiederherstellung der Selbständigkeit und Wiedereingliederung einer behinderten oder von Behinderung bedrohten Person in das berufliche und/oder gesellschaftliche Leben ist eines der Hauptanliegen der von uns betreuten Patienten. Gerade aus Sicht der Geriatrie kommt der Rehabilitation eine zentrale Rolle zu, als sie häufig eine soziale Teilhabe erst wieder ermöglicht. So können aber rehabilitative Erfolge wie zum Beispiel die Möglichkeit des selbstständigen Transfers vom Bett in den Stuhl erst Unabhängigkeit bedeuten. Rehabilitation ist auch deshalb wichtig, als vor Dezennien der präventive Nutzen zur Krankheitsverhinderung in gewissen Bereichen noch gar nicht bekannt oder möglich war.

5. Bakterien, Viren und Co – von der friedlichen Koexistenz zur tödlichen Bedrohung

Global gesehen sind Infektionskrankheiten nach wie vor eine der großen Geißeln der Menschheit mit einer hohen Morbidität und Mortalität. Dies gilt in etwas abgeschwächter Quantität auch für unsere Breitengrade. Die genetische Veränderung von Keimen per se, aber auch deren Sensitivität gegenüber Antibiotika mit zunehmenden Resistenzen führt dazu, dass Infektionskrankheiten weiterhin zum „täglichen“ Brot aller Internisten gehören, in welcher Fachrichtung auch immer sie arbeiten.

Einladung

Impfprogramme sind auch ein Dauerbrenner, zumal leider trotz klar nachgewiesener Effektivität die Impfraten nicht das Ausmaß erreichen, das sie eigentlich sollten.

Die gerade geschilderten Herausforderungen führen aber auch dazu, dass das Spezialwissen von Infektiologen immer mehr gefragt ist. Dies ist auch deshalb von Bedeutung, da die Menschen – auch Betagte – in einer globalisierten Welt auch in Ländern unterwegs sind in denen es Infektionskrankheiten gibt, die uns zu wenig oder nicht mehr in ihrem gesamten Spektrum bekannt sind (z.B. Tuberkulose). Die vielen Krisenherde der Welt mit den menschlichen Schicksalen und den daraus resultierenden Flüchtlingsströmen sind eine weitere Herausforderung bezüglich bei uns zu therapierender Infektionskrankheiten.

Der Umstand, dass eine HIV-Infektion noch vor nicht langer Zeit meist tödlich verlief sich heute jedoch zu einer chronischen Krankheit entwickelt hat, zeigt auch exemplarisch auf, wie stark sich das Gebiet der Infektiologie wandelt.

6. Das Gehirn: Schaltstelle zwischen Neurologie und Innerer Medizin

„Mens sana in corpore sano“ – ja, ohne gesunden Körper geht es auch dem Geiste schlecht! Viele der neurologischen Erkrankungen – zentral im Gehirn oder peripher – haben ihren Ursprung in internistischen Erkrankungen. Sei dies der Schlaganfall, periphere Neuropathien und Vieles mehr, so ist der pathogenetische Ursprung weit mehr systemisch als lokal. Gerade auch bei neurodegenerativen Erkrankungen, wie bei den meisten Demenzformen, ist deshalb eine enge Verzahnung zwischen der Inneren Medizin und der Neurologie eminent wichtig. Dies ist nicht unidirektional möglich, zeigen doch auch neurodegenerative Erkrankungen wie der Morbus Parkinson praktisch obligat innerhalb des Krankheitsverlaufes internistische Komplikationen wie Motilitätsprobleme im Magen-Darmtrakt bis hin zu Aspirationspneumonien auf, um einige wenige zu nennen. Wie wichtig und zielführend eine enge Zusammenarbeit zwischen diesen verschiedenen Gebieten ist, zeigt sich vor allem bei der Betreuung multimorbider betagter Menschen. Gerade hier zeigt sich das Leitthema des Kongresses, dass eben die Innere Medizin die Medizin für den ganzen Menschen darstellen kann und soll.

7. Im Netz verfangen – Systemerkrankungen des Immunsystems

Gerade aus diesen häufig auch selteneren Krankheiten – und dazu gehören viele der immunologischen Systemerkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis – sind in den letzten Jahren sehr viele wichtige Impulse gekommen – durch tieferes pathophysiologisches Verständnis und darauf aufbauend spezifische Therapien wie die „Biologicals“. Diese haben längst auch Eingang in die Therapie anderer, immunologisch mitbestimmter Krankheiten, wie zum Beispiel bei den entzündlichen Darmerkrankungen aber auch neurologischen Leiden, gefunden.

8. Eure Nahrung sei eure Medizin

Dieser Satz von Hippokrates zeigt, dass nutritive Aspekte schon in der Antike im Zusammenhang mit gesundheitlicher Prävention und Therapie als zentral wichtig angesehen wurden. Die Ernährungsmedizin hat dennoch nicht den Stellenwert, den sie verdienen würde. Dies beginnt mit einer marginalen Präsenz des Fachs im Medizinstudium, was dazu führt, dass die gesundheitlichen Probleme in Zusammenhang mit Mangel-, Fehl- und Überernährung in den verschiedenen Betreuungsstrukturen häufig nicht die Priorität erhalten, die sie sollten. Nahrungszufuhr ist auch so zentral für das Leben, dass sich Jeder irgendwie als „Kenner“ versteht, was präventive Empfehlungen oft schwierig gestalten lässt.

9. Mikrobiom: Der Darm lebt und lenkt

Unter Mikrobiom verstehen wir die Gesamtheit aller den Menschen besiedelnden Mikroorganismen, respektive die mikrobiellen Genome. Ein erwachsener Mensch wird dabei von zirka 100 Billionen Bakterien besiedelt. Die meisten davon „leben“ im Gastrointestinaltrakt in einer symbiotischen Beziehung mit uns. Diese kaum vorstellbare Zahl uns besiedelnder Keime erhält aktuell eine hohe Beachtung, auch in der Laienpresse. Ist das Mikrobiom somit quasi unser „Über-Ich“ im Sinne von Sigmund Freud? Wenn dem so wäre, würde das Mikrobiom als biologisch-moralische Instanz gesundheitliche Wert- und Normvorstellungen mitbedingen.

Einladung

Wenn man die Presse verfolgt, könnte man meinen, dem sei so. Doch besitzt das Mikrobiom im zeitlichen Kontinuum und inhaltlichen Spektrum eine weitere Sphäre: Das Mikrobiom wird uns zwar über die Mutter mitgegeben („family fingerprint“), kann sich aber über die Lebensspanne hin auch in relativ kurzer Zeit substantiell verändern. Dies bedeutet, wenn man dem Mikrobiom gesundheitsmodulatorische Bedeutung zuschreibt, dass durch eine Veränderung der Ernährung dies zum Guten oder Schlechten hin orientiert werden kann. Damit würde die Aussage „man ist, was man isst“ tatsächlich stimmen und Hippokrates hätte doppelt recht gehabt. So wird das Mikrobiom aktuell sowohl als Risikofaktor wie Modulator für Krankheiten wie Diabetes mellitus und/oder Demenz diskutiert. Therapeutisch werden Stuhltransplantationen bei gewissen entzündlichen Darmerkrankungen sowie bei Darminfektionen (*Clostridium difficile*) mit positiven Ergebnissen eingesetzt.

10. Versorgungsstrukturen – Versorgungsforschung

Urbanisierung, Entvölkerung relevanter Gebiete in den nächsten Jahrzehnten, Konzentration der Kliniklandschaft, relativ hohes durchschnittliches Alter der internistischen Kolleginnen und Kollegen im ambulanten Bereich, und nicht zuletzt Feminisierung der Medizin mit häufig anderen Lebensentwürfen im Spagat zwischen Beruf und Familie haben zur Folge, dass eine fundierte perspektivische Auseinandersetzung mit Versorgungsstrukturen zur Garantie einer weiterhin hochstehenden Versorgung der Bevölkerung sehr wichtig ist. Die Gesundheitsversorgung ist von Land zu Land nicht nur aus den oben genannten Gründen, sondern auch aufgrund der Geschichte der medizinischen Versorgung recht verschieden. So können Resultate aus der Versorgungsforschung aus dem – auch europäischen – Ausland nur bedingt übernommen werden. Eine verstärkte politisch mitgetragene und unterstützte Versorgungsforschung ist deshalb von großer Bedeutung. Auch hier zeigt sich die Wichtigkeit der engen Vernetzung der „allgemeinen“ Inneren Medizin mit ihren zum Teil hochspezialisierten Schwerpunkten. Diese ist einer Matrixorganisation gleich nur dann erfolgreich, wenn alle beteiligten Partner systemisch vernetzt sind. Die Verzahnung von Dienstleistung und Forschung über die Berufs- und Fächergrenzen hinweg wird eine der großen Herausforderungen der kommenden Jahre sein.

Neben den sicherlich persönlich gewählten 10 Schwerpunktthemen wird an der Jahrestagung im Jahre 2018 eine Fortbildung durch das gesamte Gebiet der Inneren Medizin und damit durch den ganzen Menschen erfolgen. Das Programm soll dazu dienen, sowohl jüngeren wie älteren Kollegen die gesamte Palette der Inneren Medizin und die neuen Erkenntnisse des vorangegangenen Jahres mittels diverser Lehrangebote zu bieten.

Abschließend noch eine Bemerkung zum Kongressbild 2018: Es ist vom Grafiker und Künstler Domo Löw aus Basel, meiner Heimatstadt. Es illustriert die Schwerpunktthemen. Vieles dabei ist selbsterklärend, die „Locke“ im Haar ist der Basler Bischofsstab, das „bleu-blanc-rouge“ eine Hommage an das Gastland Frankreich für den Kongress 2018: Für mich als Basler quasi das „la France voisine“. Die Grenze im Dreiländereck Deutschland-Frankreich-Schweiz liegt im Rheinhafen im Wasser. Es versinnbildlicht damit nicht nur, dass Grenzen fließend und damit eben auch lebendig und offen sind, sondern auch den Impetus der Jahreskongresse der DGIM: Aufbauend auf gegebenen Strukturen offen bleiben für sich Bewegendes – „panta rhei“ – so wird auch für sie als Kollegen der Fluss der Entwicklungen in allen Facetten der Inneren Medizin am Kongress in Mannheim hoffentlich viel Neues und im positiven Sinn Bewegendes bieten können.

So freue ich mich auch im Namen der DGIM schon jetzt darauf, Sie als Kolleginnen und Kollegen der Inneren Medizin und deren Schwerpunktfächern im Jahr 2018 zum Jahreskongress in Mannheim begrüßen zu dürfen und wünsche ihnen allen viele erfrischende kollegiale Kontakte.

Es grüßt Sie herzlich

Cornel Sieber



Struktur

Hauptsitzungen

Ein im Programm deutlich hervorgehobener Sitzungstyp mit international ausgewiesenen Rednern zu den jeweiligen Hauptthemen des Kongresses. Verschiedentlich werden Live Cases demonstriert.

Klinische Symposien

State-of-the-Art-Vorträge. Ein Symposium kann sich ausschließlich einem Schwerpunktthema widmen oder auch in einem Querschnitt mehreren Themen eines übergeordneten, z. B. interdisziplinären Problems.

Refresher-/ Intensivkurs Innere Medizin

Refresher-Kurse, welche die wesentlichen Themen der verschiedenen internistischen Schwerpunkte auf dem neuesten Wissensstand abhandeln.

Dieser Kurstyp soll gleichzeitig als Repetitorium der Inneren Medizin dienen. Es wird zudem einen Ordner mit Handouts zu allen Vorträgen dieser Rubrik geben, der Ärzten in Vorbereitung auf die internistische Facharztprüfung als ergänzendes Lernmaterial dienen soll.

Highlights – Was ist neu für die Praxis?

Hier werden die aktuellen Studienergebnisse und Leitlinien mit direktem Einfluss auf den klinischen Alltag aus den verschiedenen Schwerpunkten und Zusatzgebieten der Inneren Medizin vorgestellt.

Pro und Contra-Symposien

Symposien zu kontrovers diskutierten Themen – jeweils mit zwei Referenten, welche die Pro- bzw. Contra-Position vertreten.

Interaktive Falldiskussionen

Es werden differentialdiagnostisch interessante Fälle vorgestellt. Das Publikum wird interaktiv mit Unterstützung des TED-Systems einbezogen.

Tutorium/Expertenforum

In einem Tutorium werden aktuelle Themen praxisorientiert behandelt (interaktiv, ein bis zwei Referenten).

Chances

Intensives fortlaufendes Programm für Medizinstudenten und Berufsanfänger während des gesamten Kongresses. Mentorenprogramm. Grundlagen der medizinischen Forschung: Workshop „Grundlagen der internistischen Systemmedizin“.

Wunschprogramm

Programmpunkte, die auf der Basis einer Besucher- und Mitgliederumfrage des 123. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin 2017 ermittelt wurden.

Young Investigator Award

Wettbewerb junger Wissenschaftlerinnen/Wissenschaftler um den besten Vortrag

Posterausstellung

Präsentation wissenschaftlicher Ergebnisse. Kasuistische Beiträge sind ebenfalls erwünscht. Preise für die besten Poster werden vergeben.

Abstracteinreichung

Abstracteinreichung

Die Abstracteinreichung erfolgt elektronisch über www.dgim2018.de.

Technische Hinweise finden Sie auf der Webseite. Aus den Abstracteinreichungen werden die Vortragenden für den Young Investigator Award (Autoren unter 35 Jahren) und die Beiträge für Kurzvorträge innerhalb der Klinischen Symposien und der Posterpräsentation ermittelt.

Deadline zur Abstracteinreichung ist der 01.12.2017

Neben der Angabe des Alters des Erstautors bitte das Abstract bei Abgabe unbedingt einer der folgenden Kategorien zuordnen.

Abstractkategorien 2018

- Altern und Altersmedizin
- Multimorbidität und Polypharmazie
- Prävention und Rehabilitation
- Versorgungsstrukturen - Versorgungsforschung
- Interdisziplinarität in der Inneren Medizin
- Ernährungsmedizin / Mikrobiom
- Immunologie / Infektiologie
- Internisten und das (zentrale) Nervensystem
- Innere Medizin integral
- „Young investigators – the future is now“

Kasuistiken sind willkommen!

Sie werden inhaltlich den oben genannten Kategorien zugeordnet.

**Deadline zur Abstracteinreichung
ist der 01.12.2017**

Deadlines und Zertifizierung

Forschungspreise und Deadlines zur Einreichung

Theodor-Frerichs-Preis	15.10.2017
Präventionspreis Innere Medizin	15.11.2017
Paul-Martini-Preis	30.11.2017
Young Investigator Award	01.12.2017
Posterpreise	01.12.2017

Kongressanmeldung

Ermäßigte Teilnehmergebühr	15.02.2018
----------------------------	------------

DGIM-Fortbildungskurse

Begrenzte Teilnehmerzahl. Weitere Informationen zu Teilnehmergebühren sowie die Kongressanmeldung finden Sie online auf www.dgim2018.de.

Patiententag

Der Patiententag findet unverändert in Wiesbaden am 07.04.2018 von 10 bis 17 Uhr statt.

Zertifizierung

Der Kongress wird bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg zur Zertifizierung beantragt und voraussichtlich mit 6 CME-Punkten der Kategorie B pro Veranstaltungstag zertifiziert.



Organisation und Zuständigkeit

Wissenschaftliche Organisation

Kongress-Präsident

Prof. Dr. med. Cornel Sieber

DGIM – Kongress-Team 2018

PD Dr. phil. Ellen Freiberger

Prof. Dr. med. Ute Hoffmann

PD Dr. med. Katrin Singler

Prof. Dr. rer. nat. Dorothee Volkert

Kongress-Sekretariat

Ulrike Freiheit

Institut für Biomedizin des Alterns

Lehrstuhl Innere Medizin – Geriatrie

Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Kobergerstr. 60 · 90408 Nürnberg

Telefon: +49 911 5302 96167

Ulrike.Freiheit@fau.de

Annemarie Volkmann

Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg

Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Geriatrie

Prüfeninger Str. 86 · 93049 Regensburg

Telefon: +49 941 369-2001

innere-geriatrie@barmherzige-regensburg.de

DGIM-Pressestelle

Postfach 301120 · 70451 Stuttgart

Anne-Katrin Döbler

Janina Wetzstein

Telefon: +49 711 8931-457

Telefax: +49 711 8931-167

wetzstein@medizinkommunikation.org

DGIM-Geschäftsstelle

Irenenstraße 1 · 65189 Wiesbaden

Geschäftsführung

RA Maximilian Broglie

Stellvertretende Geschäftsführerin

Dipl.-Kffr. Ourania Menelaou

Kongress-Sekretärin der DGIM

Katharina Wick

Verantwortlich für Fortbildungskurse & Patiententag

Dr. med. Norbert Schütz

Telefon: +49 611 2058040-0

Telefax: +49 611 2058040-46

info@dgim.de · www.dgim.de

Kongress-Agentur (PCO)

m:con
VISION INTO CONVENTIONS

 Sustainable
Company
powered by FAMAB

m:con – mannheim:congress GmbH

Rosengartenplatz 2 · 68161 Mannheim

Projektleitung

Thilo Hübner

Telefon: +49 621 4106-379

Telefax: +49 621 4106-80379

thilo.huebner@mcon-mannheim.de

www.mcon-mannheim.de

Allgemeine Informationen

Bahn Special **BAHN**

Reisen Sie auch 2018 wieder zu besonders günstigen Konditionen nach Mannheim und zurück. Preise und Buchungsmöglichkeiten finden Sie online unter: www.dgim2018.de

Kinderbetreuung

Auf dem 124. Internistenkongress wird wieder eine kostenfreie Kinderbetreuung für Kinder von 1 bis 9 Jahren angeboten.

Facebook / Xing

Verfolgen Sie aktuelle Informationen über die DGIM und den DGIM Kongress 2018 online auch über unsere Facebook und Xing Seiten:



facebook

www.facebook.com/DGIM.Fanpage



XING

www.xing.com/net/dgim

Transparenzvorgabe

Die Tagung ist industriefinanziert. Wir informieren ab Januar 2018 unter www.dgim2018.de/industrie/transparenzvorgabe/ über die finanzielle Unterstützung der Industrie gemäß deren Mitgliedschaft im FSA e.V. (Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e.V.), im AKG e.V. (Arzneimittel und Kooperation im Gesundheitswesen) oder weil die Unternehmen die Veröffentlichung genehmigt haben.

BEI COPD



zwei.

Einfach. Mehr Luft.*

Acclidinium + Formoterol

- 2 x täglich
- 2 Schritt-Inhalator
- 2 Bronchodilatoren



Brimica[®]
Genuair[®] 
acclidiniumbromid + formoterol

* vs. Placebo, vs. Acclidinium, vs. Formoterol; Fachinformation Brimica[®] Genuair[®]

Bretaris[®] Genuair[®] 322 Mikrogramm Pulver zur Inhalation. ▼ Wirkstoff: Acclidiniumbromid. **Brimica[®] Genuair[®] 340 Mikrogramm/12 Mikrogramm Pulver zur Inhalation.** ▼ Wirkstoffe: Acclidiniumbromid und Formoterolfumarat-Dihydrat (Ph.Eur.). **Zusammensetzung:** *Bretaris Genuair:* Jede abgegebene Dosis (über das Mundstück abgegebene Dosis) enthält 322 µg Acclidinium (als 375 µg Acclidiniumbromid). Dies entspricht einer abgemessenen Dosis von 343 µg Acclidinium (als 400 µg Acclidiniumbromid). *Sonst. Bestandt.:* Lactose-Monohydrat. *Brimica Genuair:* Jede abgegebene Dosis (über das Mundstück abgegebene Dosis) enthält 340 µg Acclidinium (als 396 µg Acclidiniumbromid) und 11,8 µg Formoterolfumarat-Dihydrat (Ph.Eur.). Dies entspricht einer abgemessenen Dosis von 343 µg Acclidinium (als 400 µg Acclidiniumbromid) und von 12 µg Formoterolfumarat-Dihydrat (Ph.Eur.). *Sonst. Bestandt.:* Lactose-Monohydrat. **Anwendungsgebiete:** Bronchodilatatorische Dauertherapie zur Linderung von Symptomen bei Erwachsenen mit chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung (COPD). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gg. den/die Wirkstoff(e) od. einen der sonst. Bestandteile. *Bei Bretaris Genuair zusätzl.:* Überempfindlichkeit gg. Atropin od. eines seiner Derivate, einschließl. Ipratropium, Oxitropium, Tiotropium. **Nebenwirkungen:** *Häufig:* Sinusitis, Nasopharyngitis, Kopfschmerzen, Husten, Durchfall, Übelkeit. *Gelegentlich:* Verschwommenes Sehen, Tachykardie, Palpitationen, Dysphonie, Stomatitis, Ausschlag, Pruritus, Harnverhalt. *Selten:* Überempfindlichkeit. *Häufigkeit nicht bekannt:* Angioödem, anaphylaktische Reaktion. *Bei Bretaris Genuair zusätzl.:* *Gelegentlich:* Schwindelgefühl, trockener Mund. *Bei Brimica Genuair zusätzl.:* *Häufig:* Harnwegsinfektionen, Zahnabszesse, Schlafstörungen, Angstzustände, Schwindel, Tremor, Mundtrockenheit, Myalgie, Muskelkrämpfe, periphere Ödeme, Anstieg der Kreatinphosphokinase im Blut. *Gelegentlich:* Hypokaliämie, Hyperglykämie, Agitiertheit, Geschmacksstörung, Verlängerung des QTc-Intervalls im EKG, Angina pectoris, Rachenreizung, Blutdruckanstieg. *Selten:* Bronchospasmen (einschließl. paradox). **Warnhinweis:** Enthält Lactose. **Verschreibungspflichtig.** Weitere Einzelheiten enthalten die Fach- und Gebrauchsinformation, deren aufmerksame Durchsicht empfohlen wird. **Pharmazeutischer Unternehmer:** AstraZeneca AB, Schweden; **Lokale Vertreter in Deutschland:** BERLIN-CHEMIE AG, 12489 Berlin und AstraZeneca GmbH, 22876 Wedel. Stand 02.17 (Brimica[®] Genuair[®] bzw. 11.16 (Bretaris[®] Genuair[®]))

 **TheraKey[®]**

 **BERLIN-CHEMIE
MENARINI**