



Deutsche Gesellschaft  
für Innere Medizin e.V.

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

**Digitale Medizin – Chancen und Grenzen**

**Termin:** Donnerstag, 25. Februar 2016, 12.00 bis 13.00 Uhr

**Ort:** Geschäftsräume der DGIM

**Anschrift:** Oranienburger Straße 22, 10178 Berlin (Mitte)

***Programm:***

**„DGIM 2020“ – welche digitalen Meilensteine setzt die DGIM in naher Zukunft?**

*Professor Dr. med. Gerd Hasenfuß*

Vorsitzender der DGIM, Vorsitzender des Herzforschungszentrums Göttingen, Direktor der Klinik für Kardiologie und Pneumologie, Universitätsmedizin Göttingen

**Mobile Health – welche Rolle spielen Smartphone und Co in der Inneren Medizin?**

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

Generalsekretär der DGIM, Kiel

**Herzkrank sicher zu Hause: Wie verhindert Telemedizin den Krankenhausaufenthalt?**

*Professor Dr. med. Friedrich Köhler*

Leiter des Zentrums für kardiovaskuläre Telemedizin, Oberarzt für Kardiologie an der Medizinischen Klinik m. S. Kardiologie und Angiologie; Charité - Universitätsmedizin Berlin

**Ich sehe dein Herz schlagen – neue Behandlungswege für Herzkranke mittels Echtzeit-MRT und moderner digitaler Bildgebung**

*Professor Dr. med. Joachim Lotz*

Direktor des Instituts für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, Universitätsmedizin Göttingen

und

*RA Maximilian G. Broglie*

Geschäftsführer der DGIM, Wiesbaden

**Ihr Kontakt für Rückfragen:**

DGIM Pressestelle

Anna Julia Voormann/Janina Wetzstein

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-552

Fax: 0711 8931-167

E-Mail: voormann@medizinkommunikation.org

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

*Berliner Büro im Langenbeck-Virchow-Haus:*

Luisenstraße 59

10117 Berlin



Deutsche Gesellschaft  
für Innere Medizin e.V.

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

**Digitale Medizin – Chancen und Grenzen**

**Termin:** Donnerstag, 25. Februar 2016, 12.00 bis 13.00 Uhr

**Ort:** Geschäftsräume der DGIM

**Anschrift:** Oranienburger Straße 22, 10178 Berlin (Mitte)

**Inhalt:**

**Pressemeldungen**

**Redemanuskripte**

**Selbstdarstellung der DGIM**

**Lebensläufe der Referenten**

**Bestellformular für Fotos**

**Ihr Kontakt für Rückfragen:**

DGIM Pressestelle

Anna Julia Voormann/Janina Wetzstein

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-552

Fax: 0711 8931-167

E-Mail: [voormann@medizinkommunikation.org](mailto:voormann@medizinkommunikation.org)

Homepage: [www.dgim.de](http://www.dgim.de); [www.dgim2016.de](http://www.dgim2016.de)

*Berliner Büro im Langenbeck-Virchow-Haus:*

Luisenstraße 59

10117 Berlin



**Mit dem Smartphone gegen Herzschwäche  
Internisten sehen große Chancen in digitaler Medizin**

**Berlin, 25. Februar 2016 – Von Herzinsuffizienz sind in Deutschland schätzungsweise 3,2 Millionen Menschen betroffen – die Herzschwäche ist der häufigste Grund für eine Krankenhauseinweisung. Auch die Kosten von rund 3,2 Milliarden Euro für das Gesundheitssystem sind ein Grund, die Behandlung der Betroffenen zu verbessern. Die sogenannte „e-Cardiology“ – neue Informations- und Kommunikationstechnologien in der Herzheilkunde – sollen dazu beitragen. Studien belegen eine verringerte Krankheitslast und Sterberate telemedizinisch betreuter Herzpatienten. Wie Telemedizin den Krankenhausaufenthalt verhindern kann, ist ein Thema der heutigen Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM).**

„Gegenwärtig erleben wir dramatische Fortschritte in der medizinischen Informationstechnologie, Datenspeicherung und -verarbeitung“, sagt der DGIM-Vorsitzende Professor Dr. med. Gerd Hasenfuß aus Göttingen. Es sei deshalb absolut nachvollziehbar, dass darüber spekuliert wird, ob Mobile Health zukünftig den Ärztemangel auf dem Land kompensieren könne und Robotics den Pfl egenotstand lindern. Heute schon sind in Deutschland 45 Millionen Smartphones in Betrieb, mit einer Smartwatch lässt sich ein komplettes Herz-Kreislauf-Profil des Trägers erstellen. „Anstatt die Werte in der Praxis vom Arzt messen zu lassen, könnten die

Geräte Blutdruck, Puls, Blutzucker und weitere Parameter zukünftig kontinuierlich messen und an den Arzt übertragen“, erläutert Hasenfuß. Er sieht in der „digitalen Revolution“ eine immense Chance für die Innere Medizin.

Ein Beispiel: Mit einem büroklammergroßen Drucksensor in der Lungenstrombahn von Herzpatienten, lässt sich die Medikamentendosis tageseben genau anpassen. Das Implantat misst permanent den Blutdruck in der



## Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Lungenarterie. Die Werte überträgt der telemedizinische Sensor an den Arzt, der die Medikation anpasst. Das verbessert die Lebensqualität und die Behandlung so weit, dass ein Drittel dieser Patienten nicht wegen Herzproblemen ins Krankenhaus eingeliefert werden muss. Die Kosten eines Krankenhausaufenthaltes wegen Herzinsuffizienz betragen im Durchschnitt 5.000 bis 10.000 Euro. „Insofern liegt jeder vermeidbare Krankenhausaufenthalt nicht nur sehr im Interesse der Patienten, sondern ist auch von gesundheitsökonomischer Relevanz“, sagt Professor Dr. med. Friedrich Köhler, Charité-Universitätsmedizin Berlin. Er leitet auch die Fontane-Studie. Darin untersuchen Forscher an 1500 Herzpatienten, inwieweit Telemedizin die Versorgung von Herzpatienten im ländlichen Raum verbessern kann. Auf der Pressekonferenz der DGIM berichtet Köhler über den aktuellen Stand.

„Entscheidend ist, dass wir das Potenzial der digitalen Revolution in der Medizin sinnvoll nutzen“, betont Professor Hasenfuß. „Derzeit schöpfen wir es nur ganz peripher aus.“ Zum Beispiel verlassen die meisten Patienten die Klinik noch mit einem Arztbrief auf Papier. Und auch die digitale Infrastruktur der Universitätskliniken sei weder durchgehend modern aufgestellt noch systematisch vernetzt, bedauert der DGIM Vorsitzende: „Um dies strukturiert anzugehen, bräuchten wir einen Masterplan und auch die entsprechenden finanziellen Rücklagen, um ihn umsetzen zu können.“ Über die Chancen der digitalen Revolution in der Medizin diskutieren Experten der DGIM im Rahmen der heutigen Pressekonferenz in Berlin.

### **Pressekontakt für Rückfragen:**

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)  
Pressestelle  
Anna Julia Voormann  
Postfach 30 11 20  
70451 Stuttgart  
Tel.: 0711 8931-552  
Fax: 0711 8931-167  
voormann@medizinkommunikation.org  
www.dgim.de  
[www.dgim2016.de](http://www.dgim2016.de)



## Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

### **Studie zeigt: Digitale Gesundheitsangebote nicht verlässlich DGIM warnt vor ungeprüften Online-Portalen**

**Berlin, 25. Februar 2016 – Im Jahr 2014 suchten fast 15 Millionen Menschen in Deutschland im Internet nach Informationen über Krankheiten und Rat für die eigene Gesundheit. Entsprechend wächst die Zahl der Portale und Apps, die Patienten eine Diagnose oder einen Handlungsvorschlag anbieten. Doch eine Studie zeigt, dass diese „Tools“ oft ungenau sind. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) warnt deshalb davor, sich allein auf ferndiagnostische Hilfsmittel zu verlassen. Tipps aus dem Netz können den Rat des Arztes nicht ersetzen.**

Mobile Dienstleister verheißten Suchenden, Wartezeiten in der Arztpraxis zu umgehen und die Selbständigkeit von Patienten zu fördern: Internetportale oder Apps, die dabei helfen, medizinische Symptome zu deuten, werden immer beliebter. Die App "iTriage" beispielsweise berät jährlich 50 Millionen Nutzer in Gesundheitsfragen, bei tiefender Nase, Rückenschmerz oder anderen Beschwerden. „Telemedizin und andere internetbasierte Techniken haben ein großes Zukunftspotential“, sagt Professor Dr. med Gerd Hasenfuß, Vorsitzender der DGIM. Dennoch seien Gesundheits-Apps und Portale mit Vorsicht zu nutzen, wie eine Studie des British Medical Journals (BMJ) jetzt nahelegt. Demnach sind die Technik und die Berechnung von medizinischen Daten nicht so weit entwickelt, dass Online-Tools eine ärztliche Diagnose ersetzen können.

„Elektronische Informationstools sind in der Medizin nicht mehr wegzudenken, auch wir Ärzte nutzen sie ja täglich in der Klinik“, meint der Direktor der Klinik für Kardiologie und Pneumologie der Georg-August-Universität Göttingen.

„Doch die Anwendungen müssen technisch ausgereift sein, qualitätsgesichert und es muss medizinische Expertise einfließen“, so Professor Hasenfuß.

In der BMJ-Studie untersuchten Forscher 23 internationale Online-Portale auf ihre Tauglichkeit zur Ferndiagnose. Davon gaben acht nach Eingabe der Symptome eine Diagnose an, vier empfahlen entsprechende



## Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Handlungsmaßnahmen und elf gaben beides an. Die Ergebnisse waren ernüchternd: In nur etwa einem Drittel aller Fälle nannten die Portale die richtige Diagnose und bei 58 Prozent der Patientenfragen listeten sie den korrekten Befund unter den Top 20 der genannten Vorschläge. „Das gibt dem Nutzer noch nicht einmal eine Fifty-Fifty-Chance auf eine zuverlässige Deutung seiner Beschwerden“, gibt DGIM-Generalsekretär Professor Dr. med Dr. h.c. Ulrich R. Fölsch aus Kiel zu bedenken.

Etwas bessere Resultate lieferten Programme, die dem Patienten nach Eingabe der Symptome einen Handlungsvorschlag geben: Insgesamt stimmten 57 Prozent der Angaben. Insbesondere bei Symptomen, die einen Notfall suggerierten, gaben diese Tools in 80 Prozent der Fälle die Empfehlung, einen Arzt oder ein Krankenhaus aufzusuchen. Weniger verlässlich waren die Ergebnisse bei Patienten, die ihre Beschwerden ohne medizinische Hilfe in den Griff bekommen können: Lediglich bei einem Drittel lagen die Portale hier richtig. "Mit Blick auf diese Ergebnisse können wir nicht dazu raten, die Entscheidung für oder gegen einen Arztbesuch von einer App abhängig zu machen", sagt Professor Dr. med. Dr. h.c. Diethelm Tschöpe vom Herz- und Diabeteszentrum NRW. Er leitet die DGIM-Kommission Telemedizin, in der Experten der DGIM bereits seit rund zwei Jahren Möglichkeiten und Grenzen digitaler Anwendungen für die Medizin erörtern.

Die Technik habe ein hohes Potential, müsse aber weiterentwickelt werden. „Telemedizinische Anwendungen könnten künftig das Gesundheitssystem nachhaltig entlasten“, so Professor Tschöpe. Denkbar wäre beispielsweise, chronisch Kranken Kontroll-Untersuchungen beim Arzt zu ersparen. Die Ergebnisse dieser Studie nimmt die Fachgesellschaft zum Anlass, auf weiteren Entwicklungsbedarf hinzuweisen – und warnt Patienten davor, sich bei Krankheitssymptomen allein auf Apps und Online-Tools zu verlassen.

### **Literatur:**

*Hannah L Semigran, Jeffrey A Linder, Courtney Gidengil, Ateev Mehrotra, Evaluation of symptom checkers for self diagnosis and triage: audit study, BMJ 2015; 351:h3480*



# Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

**Pressekontakt für Rückfragen:**

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)

Pressestelle

Anna Julia Voormann/Janina Wetzstein

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-552

Fax: 0711 8931-167

[voormann@medizinkommunikation.org](mailto:voormann@medizinkommunikation.org)

[www.dgim.de](http://www.dgim.de)

## **„DGIM 2020“ – welche digitalen Meilensteine setzt die DGIM in naher Zukunft?**

Professor Dr. med. Gerd Hasenfuß, Vorsitzender der DGIM, Vorsitzender des  
Herzforschungszentrums Göttingen, Direktor der Klinik für Kardiologie und Pneumologie,  
Universitätsmedizin Göttingen

Gegenwärtig erleben wir eine dramatisch schnelle Weiterentwicklung der Informationstechnologie in der Medizin. Dies gilt für die verschiedensten dazugehörigen Bereiche wie die Datenspeicherung, die Datenverarbeitung, aber auch die mobile Informationstechnologie. Vor zehn Jahren gab es noch kein Smartphone, heute gibt es weit über 100 000 Gesundheits-Apps. Apple, Google und die sozialen Netzwerke haben den Gesundheitsmarkt entdeckt und scheuen keine Mittel, diesen erfolgreich für sich zu erobern. Nachvollziehbar, dass bereits spekuliert wird, man könnte mit Mobile Health das Problem des Ärztemangels auf dem Lande lösen und mit Robotics den Pflegemangel in den Griff bekommen. Die DGIM erkennt das Risiko, aber insbesondere die Möglichkeiten der „Revolution“ in der Informationstechnologie für die Medizin. Im Hinblick auf die digitale Medizin sind die Meilensteine der DGIM: Information, Fortbildung, Schulung, Sensibilisierung, Training. Die DGIM informiert über die Möglichkeiten und die rasante Entwicklung der kontinuierlichen Medizin mit Smartphone und Smartwatch-Technologie. Anstatt den Blutzucker zweimal in der Woche beim Arzt messen zu lassen, wird in Zukunft diese Information kontinuierlich vorhanden sein. Ähnliches gilt für Blutdruck, Puls und viele andere Parameter mit der modernen Sensorik. Die DGIM will ebenfalls Forschungsprojekte zu diesem Thema anregen. Fortbildung wird von der DGIM immer mehr digital gestaltet, so bietet sie die e.Akademie an, Apps für Leitlinien und natürlich die Online-Kongressinformation. Die DGIM will schulen über den Gebrauch von digitalen Diagnoseprogrammen und die digitalen Programme zur Erkennung von Arzneimittelinteraktion. Durch ihre Maßnahmen will die DGIM sensibilisieren sowie die Ärzteschaft informieren und interessieren für die digitalen Möglichkeiten. Schlussendlich wird zum Jahreskongress vom 9. bis 12. April 2016 die DGIM selbst eine Fitness-App für ihre Ärzte „auf den Markt bringen“. Die DGIM hat im Januar des Jahres ihr Opinion Leader Meeting unter dem Thema „Technische Revolution in der Medizin“ veranstaltet. Kernthemen waren hier Mobile Health, Sensorik, Robotik in der Krankenpflege. Auf dem Jahreskongress 2016 werden mehrere Sitzungen und eine Podiumsdiskussion zur digitalen Medizin angeboten. Eine Sitzung wird sich mit dem Einsatz von Computerprogrammen in der Diagnosefindung und mit der Vermeidung von Arzneimittelinteraktionen beschäftigen. Schließlich werden aber auch Aspekte der Datensicherheit und ethische Aspekte diskutiert.

*Es gilt das gesprochene Wort!*  
Berlin, Februar 2016



## **Mobile Health – welche Rolle spielen Smartphone und Co in der Inneren Medizin?**

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

Die Innere Medizin mit allen ihren Teilgebieten gehört neben den Fachgebieten Neurologie und Radiologie zu den am weitesten fortgeschrittenen Anwendern und Treibern telemedizinischer Techniken in der klinischen Forschung und klinischem Alltag. Die Entwicklung insbesondere in der Informationstechnologie ist rasant. Vor zehn Jahren gab es noch keine Smartphones, aber heute gibt es 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- bzw. Diätprogramme die großen Renner sind. So gibt es das „Active Body Control Program (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.abcprogramm.de](http://www.abcprogramm.de)). Dabei ist der Korb an Beispielen nach oben völlig offen. 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 Firmengiganten wie Apple und Google (und andere), 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 Medizinprojekten. Passt dies alles zu unseren Datenschutzbestimmungen? Wenn man betrachtet, wie viele Jahre die elektronische Gesundheitskarte (eGK) vor sich hinsieht und wie viele Millionen Euro aus (vorgeschobenen) Datenschutzgründen dafür verbrannt worden sind, dann ist man überrascht darüber, dass der Smartphone-Besitzer sich diesbezüglich weniger Gedanken macht, solange er das Gefühl hat, es dient seiner eigenen Gesundheit.

Auf jeden Fall ist die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin gedanklich darauf vorbereitet, in diesem kompetitiven Feld eine Schrittmacherfunktion in der Meinungsführerschaft zu übernehmen, um die Möglichkeiten und Risiken (Verfälschung der Daten!) in der digitalen Medizin abzuwägen und unsere Patienten entsprechend zu beraten. Dabei wird es eine herausragende Aufgabe sein, die Anwendungen und Angebote herauszufiltern und mitzugestalten, die technisch ausgereift und qualitätsgesichert sind und in die medizinische Expertise geflossen ist.

*Es gilt das gesprochene Wort!*  
Berlin, Februar 2016

## **Herzkrank sicher zu Hause: Wie verhindert Telemedizin den Krankenhausaufenthalt?**

Professor Dr. med. Friedrich Köhler, Leiter des Zentrums für kardiovaskuläre Telemedizin, Oberarzt für Kardiologie an der Medizinischen Klinik m. S. Kardiologie und Angiologie; Charité - Universitätsmedizin Berlin

Innerhalb der Teilgebiete der Inneren Medizin liegen die größten Erfahrungen beim Einsatz digitaler Informationstechnologien in der kardiologischen Patientenversorgung vor. Die verschiedenen Anwendungen von Informations- und Kommunikationstechnologien in der Kardiologie werden unter dem Begriff „e-Cardiology“ zusammengefasst. e-Cardiology repräsentiert jedoch keinesfalls eine neue kardiologische Subdisziplin, sondern bedeutet vielmehr eine neue Arbeitsweise innerhalb der Kardiologie. Die klassische Arzt-Patienten-Beziehung in Gestalt der Visite im Krankenhaus oder der Sprechstunde in der Ambulanz wird auch in der Zukunft bestehen bleiben und durch e-Cardiology lediglich verändert und ergänzt.

e-Cardiology weist bereits heute sehr viele Facetten auf, zum Beispiel Telemedizin (Telekardiologie), kardiologische Apps oder Big-Data-Analysen. Telekardiologie ist dabei die älteste e-Cardiology-Anwendung und repräsentiert die unmittelbare ärztliche Tätigkeit am Patienten (Diagnostik und Therapie) mit dem einzigen Unterschied zur Präsenzmedizin, dass eine räumliche Trennung zwischen Arzt und Patient besteht. Dabei gelten für die telekardiologische Mitbetreuung – anders als beispielsweise bei kardiologischen Apps – die gleichen Grundbeziehungen wie in der Präsenzmedizin, wie der Facharztstandard, die persönliche Leistungserbringung, die Aufklärungspflicht oder die ärztliche Schweigepflicht. In Deutschland ist es – im Gegensatz zu anderen Ländern – verboten, Patienten ausschließlich telemedizinisch zu betreuen.

Mit diesen Voraussetzungen wurde in den vergangenen zehn Jahren das Konzept einer telemedizinischen Mitbetreuung von Risikopatienten mit chronischen Herzerkrankungen in Ergänzung zur Präsenzbetreuung durch den betreuenden Haus- und Facharzt entwickelt. Bei allen Unterschieden in den technischen Umsetzungen ist allen Konzepten gemeinsam, dass Patienten täglich mit Messgeräten Vitaldaten oder Daten aus Implantaten zu Hause selbstständig erheben und den behandelnden Kardiologen übersenden.

Diese Telekardiologieanwendungen entsprechen einem „Frühwarnsystem“, um kardiale Zustandsverschlechterungen, beispielsweise eine beginnende hydropische Dekompensation oder fehlerhafte Schrittmacherfunktion, frühzeitig zu erkennen und diese idealerweise vor dem Einsetzen von Symptomen behandeln zu können. Die Konsequenzen der telemedizinischen Mitbetreuung reichen von der Anpassung der Medikation über die Einbestellung zum Haus- bzw. Facharzt bis hin zur sofortigen Krankenhausbehandlung. Mit dieser abgestuften Behandlung im Frühstadium einer

chronischen Herzerkrankung sollen zudem unnötige Sprechstundenbesuche und Krankenhauseinweisungen vermieden werden.

Seit etwa dem Jahr 2010 gibt es national und international ein umfangreiches Programm randomisierter klinischer Studien (RCT) zum Nachweis der Wirksamkeit der Telekardiologie bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz, insbesondere zur Frage der Reduktion von Sterblichkeit und Krankenhauseinweisungen, mit unterschiedlichen Studienergebnissen.

Eine wesentliche Ursache dafür ist die Komplexität der Intervention einer telemedizinischen Mitbetreuung. Im Gegensatz zu einer RCT für Medikamente oder Implantate, die direkt an einem Rezeptor oder einer Membran in die Pathogenese einer Erkrankung eingreifen, repräsentiert Telemedizin nur ein Teilelement innerhalb der kardiologischen Betreuung. Andere ergebnisrelevante Faktoren sind beispielsweise die Medikamentenadhärenz, die Struktur der ärztlichen Betreuung oder die soziale Einbindung.

Zum gegenwärtigen Stand liegen positive Studienergebnisse für Herzinsuffizienzpatienten vor, die kurz nach einem Krankenhausaufenthalt wegen hydropischer Dekompensation telemedizinisch mitbetreut werden. Diese Gruppe umfasst in Deutschland etwa 200 000 Patienten, repräsentiert den häufigsten Grund für eine Krankenhauseinweisung und führt zu circa 1000 stationären Aufnahmen pro Tag. Die Kosten eines Krankenhausaufenthalts wegen Herzinsuffizienz betragen im Durchschnitt 5000 bis 10 000 Euro, sodass jede vermiedene Hospitalisierung nicht nur sehr im Interesse der Patienten liegt, sondern auch von großer gesundheitsökonomischer Relevanz ist.

Eine Reduktion von Mortalität und Morbidität konnte bisher in zwei großen klinischen Studien mit invasivem Monitoring nachgewiesen werden – in der CHAMPION- und der IN-TIME-Studie [1, 2]. In der IN-TIME-Studie konnte für Herzinsuffizienzpatienten mit ICD-Implantaten und Überwachung durch Home-Monitoring ein signifikanter Mortalitätsgewinn nachgewiesen werden. In der CHAMPION-Studie erfolgte eine tägliche Medikamentenanpassung an die Werte eines telemedizinischen Drucksensors in der Lungenstrombahn. Dadurch ließen sich eine 30-prozentige Reduktion herzinsuffizienzbedingter Hospitalisierungen sowie eine Erhöhung der Lebensqualität erreichen. [1, 2] Aktuell wird in Deutschland die telemedizinische Großstudie „TIM-HF II“ mit 1500 Patienten durchgeführt, die erstmals das Potenzial einer telemedizinischen Mitbetreuung zum Ausgleich regionaler Versorgungsunterschiede zwischen ländlichen Raum und Metropolregionen untersucht. Erste Ergebnisse werden 2017/2018 erwartet. [3]

Insgesamt offenbart die aktuelle Studienlage relevante Potenziale zur Reduktion der Morbidität und Mortalität von Hochrisikopatienten mit Herzinsuffizienz.

Deutschland ist – auch dank großer staatlicher Förderung – eines der führenden Länder sowohl in der telemedizinischen Technologieentwicklung als auch in der klinischen Forschung.

***Literaturquellen***

- [1] Abraham WT, Adamson PB, Bourge RC, et al. Wireless pulmonary artery haemodynamic monitoring in chronic heart failure: a randomised controlled trial. *Lancet* 2011; 377: 658–666.
- [2] Hindricks G, Taborsky M, Glikson M, et al. Implant-based multiparameter telemonitoring of patients with heart failure (IN-TIME): a randomised controlled trial. *Lancet* 2014; 384: 583–590.
- [3] Zentrum für kardiovaskuläre Telemedizin GmbH. Fontane-Studie, URL: [www.fontane-studie.de](http://www.fontane-studie.de)

*Es gilt das gesprochene Wort!*  
Berlin, Februar 2016

## **Ich sehe dein Herz schlagen – neue Behandlungswege für Herzkranke mittels Echtzeit-MRT und moderner digitaler Bildgebung**

Professor Dr. med. Joachim Lotz, Direktor des Instituts für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, Universitätsmedizin Göttingen

Das Herz: ein faszinierendes Organ – an Tag 21 nach Empfängnis fängt es an zu schlagen und es schlägt ein Leben lang. Für die medizinische Bildgebung ist es ein anspruchsvolles Organ, weil es immer schlägt, d. h. auch immer in Bewegung ist.

Daher werden an die Geräte für die Herzbildgebung sehr hohe Ansprüche gestellt: Sehr schnelle Bilddetektoren für die Katheterangiografie, sehr schneller Scanner in der Computertomografie, sehr schnelle Bildgebung in der MRT und Echokardiografie.

Drei neue Entwicklungen werden angesprochen:

CT – ultraschnelle Maschinen der neuesten Generation – mit minimaler Strahlung höchste Auflösung bei geringen Bildstörungen: Es ist ein wichtiger Schritt für eine verlässliche Bildgebung, wenn die Indikation für einen Herzkatheter nicht klar ist oder wenn man wissen möchte, was einem beim Katheter erwartet.

MRT: Enorme Fortschritte in der Geschwindigkeit erlauben es, das Herzgewebe auch bei unregelmäßigem Herzschlag abzubilden. Mit der Echtzeit-MRT ist das jetzt möglich: Ganz neue Qualitäten zum Beispiel bei der Flussmessung in Gefäßen, bei der Gewebebestimmung des Herzmuskels (Real-Time-T1-Mapping) – oder einfach verlässliche diagnostische Bilder bei sehr schwer kranken Patienten. All das gelang mit den bisherigen MRT-Verfahren nur unzuverlässig. Anspruchsvoll sind auch die Software-Tools, um die enormen Datenmengen der Echtzeit-MRT zu beherrschen.

Beide Verfahren helfen bei unseren immer älter werdenden Patienten: Sie sind nichtinvasiv und gut verträglich. Beide Verfahren rücken auch zusammen: Bislang wurde die Herz-CT vorwiegend für die Abbildung der Herzkranzgefäße verwendet und die MRT zur Diagnostik des Herzmuskels. Neue CT-Scanner erlauben es auch, teilweise den Herzmuskel direkt zu beurteilen.

Beide Verfahren profitieren von der Digitalisierung der Medizin: Automatische, populationsbasierte Auswertalgorithmen versprechen in Zukunft die enormen Datenmengen der Bildgebung so aufzubereiten und zu analysieren, dass sie im engen zeitlichen Rahmen des klinischen Alltags noch handhabbar sind. Und sie gehen einher mit der Aussicht, dem Arzt wieder dafür Zeit zu geben, wofür er ausgebildet wurde: sich um seine Patienten zu kümmern.

*Es gilt das gesprochene Wort!*  
Berlin, Februar 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, Vorsitzender des Herzforschungszentrums  
Göttingen, Direktor der Klinik für Kardiologie und Pneumologie,  
Universitätsmedizin Göttingen



### Akademische Ausbildung und wissenschaftliche Abschlüsse:

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 (DFG)  
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 Herzforschungszentrums Göttingen  
Seit 2011        Vorstandsmitglied des Deutschen Zentrums für Herz-Kreislauf-Forschung  
e.V. (DZHK)  
Seit 2013        Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)

### Auszeichnungen und Preise:

1991              Theodor-Frerichs-Preis der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin  
1991              Europäischer Preis für Alternativ-Methoden zum Tierversuch  
1991              Young Investigators Award der Society for Cardiovascular Pharmacotherapy  
2001              Fellow der American Heart Association, FAHA  
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,<br>Japanese Section |
| 2011 | William Harvey Basic Science Lecture Award der European Society of<br>Cardiology          |

**Wissenschaftliche Aktivitäten:**

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

Leiter des Zentrums für kardiovaskuläre Telemedizin, Oberarzt für Kardiologie an der Medizinischen Klinik m. S. Kardiologie und Angiologie; Charité - Universitätsmedizin Berlin

\* 1960



### Beruflicher Werdegang:

- |           |  |
|-----------|--|
| 1982–1988 | Studium der Humanmedizin an der Humboldt-Universität Berlin  |
| 1988–1989 | Assistenzarzt am Institut für Kardiovaskuläre Diagnostik der Charité Berlin (Professor Dr. W. Münster)   |
| 1989–1994 | Facharztausbildung für Innere Medizin am Universitätsklinikum Charité Berlin Medizinische Klinik (Professor Dr. G. Baumann)  |
| 1994–1997 | Stationsarzt der Kardiologischen Intensivstation   |
| 1997–2000 | Transplantationsambulanz und Spezialambulanzen für Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz/Patienten mit angeborenen Herzfehlern im Erwachsenenalter, Kinderkardiologie (Professor Dr. Konrad Bühlmeier)  |
| 2000      | Projektleitung des internationalen Kooperationsprojekts „Verbesserung der medizinischen Versorgung bei Patienten mit angeborenen Herzfehlern in den baltischen Staaten durch Know-how-Transfer unter Nutzung moderner Informationstechnologien“ (gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit) |
| 2000      | Oberarzt   |
| 2004–2011 | Leitung des Projekts „Partnership for the Heart“ – Entwicklung und klinische Erprobung eines telekardiologischen Homecaresystems (gefördert vom Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie)  |
| 2005      | Teilgebiet Kardiologie   |
| 2008      | Leiter des Charité-Zentrums für Kardiovaskuläre Telemedizin  |
| Seit 2009 | Leiter des Projekts „Gesundheitsregion der Zukunft Nordbrandenburg – Fontane“ (gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung)  |
| 2009      | Erwerb Zusatzbezeichnung „Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern“  |

- 2010–2013            Teilprojektleiter in „MAS – Nanoelectronics for Mobile Ambient Assisted Living (AAL) Systems“, Teilprojekt Einsatz neuartiger diagnostischer Systeme zu Aufnahme und Analyse von Patientendaten durch autonome, energieeffiziente AAL-Systeme im Klinikumfeld (gefördert von ENIAC JU und Bundesministerium für Bildung und Forschung)
- Seit 2011            Professor für kardiovaskuläre Telemedizin und Mitglied der Promotionskommission an der Charité - Universitätsmedizin Berlin
- Seit 2016            Fellow of the European Society of Cardiology (FESC)

**Principal Investigator:**

- 2008–2010            Telemedical Interventional Monitoring in Heart Failure (TIM-HF, NCT00543881) – Randomisierte, kontrollierte klinische Studie mit 710 Herzinsuffizienzpatienten
- Seit 2013            Telemedical Interventional Management in Heart Failure II (TIM-HF II, NCT01878630) – Randomisierte, kontrollierte klinische Studie mit 1500 Herzinsuffizienzpatienten

## Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Joachim Lotz  
Direktor des Instituts für Diagnostische und Interventionelle Radiologie,  
Universitätsmedizin Göttingen

\* 1967



### Beruflicher Werdegang:

10/1987–9/1990	Studium, Medizinische Universität zu Lübeck
10/1991–4/1994	Studium, Medizinische Hochschule Hannover
1991–1994	Stipendium der Studienstiftung des Deutschen Volkes
20.04.1994	Staatsexamen
1994	US-Amerikanische Examen: USMLE United States Medical Licensing Examination Step 1 und 2
15.11.1995	Approbation als Arzt
14.02.2002	Facharzt, Radiologie
19.12.1996	Promotion zum Dr. med. an der Medizinischen Hochschule Hannover
14.12.2005	Habilitation, Venia legendi an der Medizinischen Hochschule Hannover
5/1994–3/2010	AIP, Assistenzarzt und Oberarzt MHH Hannover Radiologie
5/2008–3/2010	Stellv. Leitender Oberarzt Institut Diagn. Radiologie MHH
12/2008	Visiting Professor an der Duke University, Department of Radiology, Durham, North Carolina, USA
Seit 3/2010	Direktor Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie Universitätsklinikum Göttingen, Georg-August-Universität, Göttingen

### Besondere Interessen:

Seit 1999	Kardiovaskuläre Bildgebung, MRT und Computertomografie des Herzens
Seit 3/2010	Gründer und Leiter der Interdisziplinären Arbeitsgruppe Kardiovaskuläre Bildgebung UMG

### Sonstiges:

	Sprecher Imaging im Deutschen Zentrum Herz-Kreislauf-Erkrankungen
Ab 5/2016	Sprecher AG Herz-Kreislauf-Bildgebung Deutsche Röntgengesellschaft

## Curriculum Vitae

Maximilian Guido Broglie  
Geschäftsführer der DGIM, Wiesbaden

\* 1943 in Gießen



### Beruflicher Werdegang:

1962–1965	Maschinenschlosserlehre bei der Adam Opel AG, Rüsselsheim
1965–1967	Gymnasium Stiftung Louisenlund, Abitur
1967–1972	Jurastudium und Studium der Betriebswirtschaftslehre (Universitäten Marburg, Mannheim, Freiburg, Heidelberg und Adelaide/Australien)
Seit 1976	Rechtsanwalt
1977–1980	Leiter der Personal- und Rechtsabteilung, Geschäftsführer (Esüdro eG)
1980–2004	Hauptgeschäftsführer des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V. (BDI)
2004–2007	Geschäftsführer der Akademie für Fort- und Weiterbildung in der Inneren Medizin
2013/2014	Geschäftsführer der Deutschen Hochdruckliga e.V. (DHL) Geschäftsführer Deutsche Hypertonie Akademie GmbH
Seit 2003	Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM)

### Weitere Tätigkeiten:

- Gründungsmitherausgeber der Zeitschrift „Der Arzt und sein Recht“
- Mitherausgeber des in 22. Auflage erschienenen Gebührenhandbuchs  
(Kommentar der Kassengebührenordnung und der GOÄ) im Verlag Medical Tribune
- Korrespondent für die Medical Tribune seit über 30 Jahren
- Mitherausgeber und Autor des in 5. Auflage erschienenen Handbuchs „Arzt Haftungsrecht“,  
Verlag C.H. Beck
- Seniorpartner der Anwaltskanzlei Broglie, Schade & Partner GbR, Wiesbaden, Berlin, München  
und London

**Publikationen:**

- Diverse juristische Fachveröffentlichungen
- Zahlreiche Vorträge und Publikationen zum Arzt- und Vertragsarztrecht u. a.
- Handbücher zum Arztrecht und Gebührenrecht

**Bücher:**

- Arzthaftungsrecht, Ehlers/Brogli, C.H. Beck Verlag
- medizin.recht, Verlag S. Kramarz
- GOÄ-Kommentar, ecomed-Verlag
- Gebührenhandbuch für Ärzte, EBM-GOÄ Kommentar, Verlag Medical Tribune
- Münchener Anwaltshandbuch Medizin Recht, Verlag C.H. Beck

**Auszeichnungen:**

1995	Träger des Deutschen Arzt-Recht-Preises
2003	Goldenes Ehrenzeichen der Bayerischen Internisten e.V.
2004	Ehrenmitglied Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (BDI)
2006	Ehrenmitglied der Vereinigung der Deutschen Medizinischen Fach- und Standespresse e.V. (FSP)
2013	Ehrenmitglied Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM)



# Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

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

### **Digitale Medizin – Chancen und Grenzen**

**Termin:** Donnerstag, 25. Februar 2016, 12.00 bis 13.00 Uhr

**Ort:** Geschäftsräume der DGIM

**Anschrift:** Oranienburger Straße 22, 10178 Berlin (Mitte)

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. Friedrich Köhler
- Professor Dr. med. Joachim Lotz
- Maximilian Guido Broglie

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

**Bitte an 0711 8931-167 zurückfaxen oder an  
wetzstein@medizinkommunikation.org mailen.**

**Ihr Kontakt für Rückfragen:**

DGIM Pressestelle  
Anna Julia Voormann/Janina Wetzstein  
Postfach 30 11 20  
70451 Stuttgart  
Tel.: 0711 8931-552  
Fax: 0711 8931-167  
E-Mail: voormann@medizinkommunikation.org  
Homepage: www.dgim.de; www.dgim2016.de

*Berliner Büro im Langenbeck-Virchow-Haus:  
Luisenstraße 59  
10117 Berlin*