

Ordentliche Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V.

Montag, 24. April 2023, 14.45–16.45 Uhr,
RheinMain CongressCenter RMCC, Saal 4

Tagesordnung

1. Bericht des Vorsitzenden
2. Bericht des Generalsekretärs
3. Bericht des Geschäftsführers
4. Kassenbericht
5. Entlastung des Vorstandes und des Generalsekretärs sowie des Kassenführers und des Geschäftsführers
6. Wahlen zum Vorstand
7. Wahlen zum Ausschuss
8. Wahlen von Ehrenmitgliedern
9. Wahlen der Mitglieder für die Vorschlagskommission zur Wahl von Vorstand und Ausschuss
10. Änderung des „§ 11 Geschäftsführer“ der Satzung vom 21.04.2004
Aufgrund des Ausscheidens des bisherigen Geschäftsführers zum Ende des Jahres ist daran gedacht, den „§ 11 Geschäftsführer“ der Satzung vom 21.04.2004 in der Form zu ändern, dass nicht nur ein, sondern auch weitere Geschäftsführer bestellt werden können.¹
11. Verschiedenes
12. Amtsübergabe

Prof. Dr. med. Ulf Müller-Ladner
Vorsitzender 2022/2023

Aktuell gültige Satzung:



¹ Aktuell: § 11 Geschäftsführer (Satzung vom 21.04.2004)

1. Die Gesellschaft unterhält eine Geschäftsstelle. Zu ihrer Leitung und für die Durchführung der Geschäfte der Gesellschaft kann ein Geschäftsführer bestellt werden. Dieser hat die Stellung eines besonderen Vertreters gem. § 30 BGB.
2. Der Geschäftsführer wird auf Vorschlag des Vorstands vom Vorsitzenden bestellt.
3. Der Geschäftsführer der Gesellschaft ist zu allen Sitzungen des Vorstands, des Ausschusses, der Mitgliederversammlung und der Untergruppierungen der Gesellschaft einzuladen und berechtigt, Anträge zu stellen.

Neu: § 11 Geschäftsführer (04.2023)

1. Die Gesellschaft unterhält eine Geschäftsstelle. Zu ihrer Leitung und für die Durchführung der Geschäfte der Gesellschaft kann/können ein oder mehrere Geschäftsführer bestellt werden. Dieser/diese hat/haben die Stellung eines besonderen Vertreters gem. § 30 BGB.
2. Der/die Geschäftsführer wird/werden auf Vorschlag des Vorstands vom Vorsitzenden bestellt.
3. Der/die Geschäftsführer der Gesellschaft ist/sind zu allen Sitzungen des Vorstands, des Ausschusses, der Mitgliederversammlung und der Untergruppierungen der Gesellschaft einzuladen und berechtigt, Anträge zu stellen.



Kommissionen & Arbeitsgruppen

Neues aus der Kommission Leitlinien der DGIM

Aktualisierte S2K-Leitlinie „Pharmakotherapie der idiopathischen Lungenfi- brose und anderer progred- ienter pulmonaler Fibrosen“

Aktuell sind Delegierte der DGIM- Kommission „Leitlinien“ an über 70 Leitlinien der internistischen Schwerpunktgesellschaften beteiligt. So auch in der aktualisierten S2K-Leitlinie „Pharmakotherapie der idiopathischen Lungenfibrose und anderer progredienter pulmonaler Fibrosen“, die kürzlich abgeschlossen wurde. DGIM-Mandatsträger war Professor Dr. med. Michael Kreuter, Universitätsklinikum Heidelberg. Er fasst die wichtigsten Key Facts der Leitlinie zusammen.

Lungenfibrosen stellen eine Untergruppe der interstitiellen Lungenerkrankungen (ILD), einer heterogenen Gruppe von Lungenerkrankungen, die das Interstitium und/oder die Alveolen sowie häufig die Bronchi(ol)en betreffen dar und zeichnen sich durch einen zumeist chronischen, irreversiblen und progredienten Verlauf aus. Zu den Lungenfibrosen zählen idiopathische Erkrankungen wie die idiopathische Lungenfibrose (IPF) und sekundäre Formen wie z. B. Systemerkrankung-assoziierte Lungenfibrosen z. B. bei rheumatoide Arthritis (RA) oder fibrosierende Formen einer exogen allergischen Alveolitis. Bei einem Progress der Fibrosierung bei diesen Erkrankungen spricht man von dem Phänotyp einer progredienten pulmonalen Fibrose (PPF), die in manchen Studien auch als progredient fibrosierende ILD (PF-ILD) bezeichnet wurde. Ziel der aktualisierten S2K-Leitlinie „Pharmakotherapie der idiopathischen Lungenfibrose und anderer progredienter pulmonaler Fibrosen“ war es, eine überarbeitete Empfehlung zur Therapie der IPF zu geben. Darüber hinaus die PPF zu definieren und die Evidenz zu einer antifibrotischen Therapie der PPFs zu diskutieren.

Für die Therapie der IPF ist folgendes relevant:

- Patienten mit IPF sollen ab dem Zeitpunkt der Diagnose einer IPF mit einem der aktuell zugelassenen antifibrotischen Medikamenten (Nintedanib oder Pirfenidon) behandelt werden



© Michael Kreuter

▲ Prof. Dr. med. Michael Kreuter

- IPF-Patienten sollen zur Behandlung der Lungenfibrose nicht mit Antazida therapiert werden. Dies stellt eine Änderung zu einer früheren internationalen Leitlinie dar.
- Vor dem Hintergrund der hohen Mortalität der IPF soll eine vom Patienten gut vertragene antifibrotische Therapie zeitlich unbegrenzt, incl. Therapiewechsel, ggf. bis zur Möglichkeit einer Lungentransplantation fortgeführt werden.
- Bei IPF-Patienten mit Progression der Lungenfibrose trotz mehrmonatiger antifibrotischer Therapie kann ein Therapiewechsel nach gründlicher Risiko-Nutzen-Abwägung im Einzelfall erwogen werden. Ein Therapiewechsel soll im ILD-Board festgelegt werden. Auch die Möglichkeit einer Studienteilnahme soll in diesem Fall geprüft werden
- IPF- oder PPF-Patienten sollen nicht mit einer Kombinationstherapie aus Nintedanib und Pirfenidon außerhalb kontrollierter klinischer Studien behandelt werden

Für die PPF wurden folgende wichtige Punkte aufgeführt

- Für die Feststellung eines PPF-Phänotyps muss eine Lungenfibrose im Dünnschicht-CT vorliegen, die mindestens 10 % des Lungenparenchyms betrifft und es müssen andere Ursachen einer Verschlechterung ausgeschlossen sein
- Um einen Progress, der eine PPF definiert festzustellen muss folgendes vorliegen:
 - Entweder ein relativer Abfall der forcierten Vitalkapazität (FVC) $\geq 10\%$ oder
 - der Nachweis von mindestens 2 der folgenden hier nur kurzgefassten Kriterien:
 1. Verschlechterung respiratorischer Symptome
 2. relativer Abfall der forcierten Vitalkapazität (FVC) $\geq 5\%$
 3. Zunahme der Fibrosierung im Dünnschicht CT
 4. Absoluter Abfall der Diffusionskapazität (DLCO-SB) um $\geq 15\%$
 5. Einleitung einer Langzeitsauerstofftherapie
 6. Respiratorische Hospitalisierung
 7. Verschlechterungen im 6-Minutengehtest

Als Therapie wird Folgendes konstatiert:

- PPF-Patienten sollen antifibrotisch behandelt werden, wenn andere für die jeweilige Diagnose angemessene Behandlungen (z. B. anti-inflammatorische Therapie, Expositions-karenz) keine ausreichende Wirksamkeit gezeigt haben. Die individuelle Therapieentscheidung soll im ILD-Board festgelegt werden.
- Patienten mit einer PPF, die nicht in Zusammenhang mit einer Systemerkrankung steht, sollen antiinflammatorisch behandelt werden, wenn Hinweise für die Beteiligung einer entzündlichen Komponente an der Progredienz der Lungenfibrose vorliegen und weitere Maßnahmen, wie z. B. Antigen- oder Expositions-karenz berücksichtigt wurden. Die Therapieeinleitung soll im ILD-Board festgelegt werden.
- Die fortschreitende ILD bei Systemerkrankungen sollte antiinflammatorisch behandelt werden. Die Auswahl der Therapie soll im ILD-Board festgelegt werden
- Bei nicht-autoimmuner und autoimmuner PPF sollte eine antiinflammatorische Therapie beendet werden, wenn über eine angemessene Beobachtungszeit eine unverminderte Progredienz oder Komplikationen (v. a. Infektionen) bzw. nicht beherrschbare Nebenwirkungen auftreten.
- Patienten mit einem Phänotyp einer PPF sollen mit Nintedanib behandelt werden. Die Therapieeinleitung soll im ILD-Board festgelegt werden. Diese Therapie ist in dieser Indikation zugelassen
- PPF-Patienten sollten mit Pirfenidon behandelt werden, sofern eine antifibrotische Therapie mit Nintedanib sich als unzureichend wirksam erwiesen hat oder wegen Nebenwirkungen abgebrochen wurde. Die Therapieumstellung soll im ILD-Board festgelegt werden. Da diese Therapie nicht zugelassen ist, muss hierzu ein Off-Label Use Antrag gestellt werden.

Hinsichtlich der Therapie einer pulmonalen Hypertonie bei IPF/PPF schlägt die Leitlinie folgende wichtigen Punkte vor

- IPF/PPF mit Hinweisen auf eine pulmonale Hypertonie sollen zur weiteren Abklärung und ggf. Therapieeinleitung in einem PH Zentren vorgestellt werden.

Die Gültigkeit dieser Leitlinie wurde zunächst auf fünf Jahren festgelegt. Da in dem Gebiet aktuell zahlreiche Studien durchgeführt werden, ist eine regelmäßige Überprüfung der relevanten Literatur geplant. Bei Interesse an den Details der Leitlinie (Registernummer 020 – 025), kann sie hier gerne heruntergeladen werden: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/020-025>

