

Inhalt

- 685 129. Internistenkongress: Alle Sitzungen on demand verfügbar
685 Neurologische Rehabilitation bei Koma und schwerer Bewusstseinsstörung im Erwachsenenalter
687 DGIM vergibt Stipendien an junge Forschende
690 e.Medpedia – die digitale Enzyklopädie
690 Corona, Affenpocken, Influenza: Was können wir für die Zukunft lernen?
691 30 Jahre Mitgliedschaft in der DGIM
693 Neues Korporatives Mitglied: streamedup! GmbH
695 Veranstaltungen unter der Schirmherrschaft der DGIM



129. Internistenkongress: Alle Sitzungen on demand verfügbar

Mit rund 7300 Teilnehmern online und vor Ort in Wiesbaden ist am 25. April 2023 der 129. Internistenkongress in Wiesbaden erfolgreich zu Ende gegangen. Unter dem Motto „Systemisch denken – individuell therapieren“ beleuchtete die DGIM unter Leitung von Kongresspräsident Professor Dr. med. Ulf Müller-Ladner in 388 Sitzungen mit über 1100 wissenschaftlichen Vorträgen aktuelle Fragen aus Klinik und Praxis.

„Dieser Internistenkongress hat gezeigt, wie sehr der persönliche Austausch mit Kolleginnen und Kollegen über klinische und wissenschaftliche Erkenntnisse – aber auch individuelle Anliegen – motiviert und inspiriert. Diesen Schwung nehmen wir alle mit in die Klinik und die Praxis für die Arbeit mit unseren Patientinnen und Patienten“, blickt Kongresspräsident Professor Dr. med. Ulf Müller-Ladner auf die vier Kongresstage zurück.

Bereits zum zweiten Mal fand der Jahreskongress der DGIM als Hybrid-Veranstaltung statt. Dementsprechend haben Teilnehmende die Möglichkeit, versäumte Veranstaltungen bis zum nächsten Kongress on demand – also im Nachgang auf der Kongressplattform – anzusehen. Teilnehmende, die den Kongress vor Ort

Innere Medizin 2023 · 64:684–696

<https://doi.org/10.1007/s00108-023-01548-4>

© The Author(s), under exclusive licence to Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2023



Redaktion

Prof. Dr. Georg Ertl (v. i. S. d. P.)

Korrespondenzadresse

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

Irenenstraße 1

65189 Wiesbaden

Tel. 0611/205 8040-0 Fax 0611/205 8040-46

info@dgim.de

besucht haben, können sich zu vergünstigten Konditionen einen Onlinezugang über ihr Nutzerkonto hinzubuchen.

Mit dem Ende der Fachtagung übernahm Professor Dr. med. Andreas Neubauer, Marburg, den Vorsitz der DGIM. Den vom 13. bis 16. April 2024 stattfindenden 130. Internistenkongress stellt der Onkologe unter das Motto „Präzisionsmedizin – Wünsche und Wirklichkeiten“.

Weitere Informationen finden Interessierte unter www.kongress.dgim.de



Neues aus der Kommission Leitlinien der DGIM

Neurologische Rehabilitation bei Koma und schwerer Bewusstseinsstörung im Erwachsenenalter

Aktuell sind Delegierte der DGIM-Kommission „Leitlinien“ an über 80 Leitlinien der internistischen Schwerpunktgesellschaften beteiligt. So auch in der S3-Leitlinie zur neurologischen Rehabilitation bei Koma und schwerer Bewusstseinsstörung im Erwachsenenalter. DGIM-Mandatsträger waren Prof. Dr. med. Christian Storm und Dr. med. Jens Nee, beide Charité Universitätsmedizin Berlin. Professor Storm fasst die wichtigsten Key Facts der Leitlinie zusammen.



© Charité – Universitätsmedizin Berlin

▲ Prof. Dr. Christian Storm

Patient:innen mit einer schweren akuten Hirnschädigung, wie z. B. einem Schädel-Hirn-Trauma (SHT), einer hypoxisch-ischämischen Enzephalopathie (HIE), einer Subarachnoidalblutung (SAB), einem schweren ischämischen Hirninfarkt oder einer schweren intrazerebralen Blutung (ICB) entwickeln häufig eine schwere Bewusstseinsstörung (Disorder of Consciousness, DoC). Diese kann sich manifestieren als Koma, Syndrom reaktionsloser Wachheit (SRW) oder Syndrom des minimalen Bewusstseins (Minimally Conscious State, MCS).

Nach Einschätzungen der Leitliniengruppe und der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR) als federführender Fachgesellschaft ist das therapeutische Prozedere bei DoC-Patient:innen in der Versorgungsrealität in Deutschland sehr heterogen und es existiert bisher keine Leitlinie. Patient:innen mit DoC gehören zu der klinisch am schwersten betroffenen Gruppe neurologischer und neurochirurgischer Patient:innen und sind aufgrund der fehlenden Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit sehr vulnerabel.

Die entstandene S3-Leitlinie soll in erster Linie therapeutische Interventionen anhand einer systematischen Literaturrecherche identifizieren und bewerten, die bei DoC-Patient:innen in einer subakuten oder chronischen Krankheitsphase (> 4 Wochen nach der Hirnschädigung) zu einer Verbesserung des Bewusstseinszustandes führen. Die Leitlinie gliedert sich in die Abschnitte Diagnostik, Therapie und Ethik.

Die entstandene S3-Leitlinie soll in erster Linie therapeutische Interventionen anhand einer systematischen Literaturrecherche identifizieren und bewerten, die bei DoC-Patient:innen in einer subakuten oder chronischen Krankheitsphase (> 4 Wochen nach der Hirnschädigung) zu einer Verbesserung des Bewusstseinszustandes führen. Die Leitlinie gliedert sich in die Abschnitte Diagnostik, Therapie und Ethik.

Die wichtigsten Empfehlungen auf einen Blick

Diagnostik

Bei erwachsenen Patient:innen mit einer schweren Bewusstseinsstörung aufgrund einer Hirnschädigung sollte zur Diagnose des Bewusstseinszustandes (SRW, MCS, eMCS) die Coma Recovery Scale – Revised (CRS-R) verwendet werden (Empfehlungsgrad: **B**; schwache Empfehlung).

Die standardisierte klinische Untersuchung zur Diagnose des Bewusstseinszustandes (SRW, MCS, eMCS) soll im gesamten Behandlungsverlauf mehrfach wiederholt werden (Empfehlungsgrad: **A**; starke Empfehlung).

Therapie

Erwachsene Patient:innen mit einer schweren Bewusstseinsstörung aufgrund einer akuten Hirnschädigung sollten eine multi-professionelle neurologische Rehabilitationsbehandlung erhalten (Empfehlungsgrad: **B**); schwache Empfehlung).

Deren Dauer sollte berücksichtigen, dass teilweise ein langfristiges Potenzial (Monate bis Jahre nach dem Indexereignis) zur Überwindung einer schweren Bewusstseinsstörung bestehen kann. Neben einer ausreichend langen primären stationären neurologischen

Rehabilitationsbehandlung sollte man daher auch in chronischen Krankheitsphasen Rehabilitationsbehandlungen anbieten (**B**).

Um den Bewusstseinszustand von Erwachsenen mit einer schweren Bewusstseinsstörung aufgrund einer akuten Hirnschädigung zu verbessern, sind folgende Maßnahmen empfohlen: Es sollte ein Behandlungsversuch mit Amantadin in aufsteigender Dosierung bis 400 mg täglich peroral erfolgen (**B**) und die Patient:innen sollten, z. B. mittels Kipptisch, vertikalisiert werden (**B**). Auch auditive Stimulation mit biographischem Bezug und Musiktherapie im Kontext einer interdisziplinären Rehabilitation sollten angewendet werden, um den Bewusstseinszustand zu verbessern (**B**).

Um die Reaktivität auf die Umwelt zu steigern, sollte man erwachsene Patient:innen mit einer schweren Bewusstseinsstörung aufgrund einer akuten Hirnschädigung multisensorisch stimulieren und dabei insbesondere Stimuli mit hohem emotionalem bzw. autobiographischem Bezug einsetzen (**B**).

Bei erwachsenen Patient:innen im Syndrom des minimalen Bewusstseins (MCS) aufgrund einer akuten Hirnschädigung sollte eine anodale tDCS des linken dorsolateralen präfrontalen Kortex (DLPFC) mit einer Stromstärke von 2 mA und Stimulationsdauer von 20 min/Tag über mindestens 5 Tage angewandt werden, um den Bewusstseinszustand zu verbessern (**B**).

Ethik

Bei erwachsenen Patient:innen mit einer schweren Bewusstseinsstörung aufgrund einer akuten Hirnschädigung sollte man grundsätzlich eine Steigerung des Bewusstseinsniveaus unter einer andauernden Nutzen-Risiko-Bewertung mit Blick auf das Wohlergehen der individuellen Patient:in anstreben (**B**).

Der vorausverfügte oder mutmaßliche Patient:innen-Wille in Bezug auf bewusstseinssteigernde Behandlungsformen samt ihrer Alternativen sollte sorgfältig und möglichst im Kontext eines begleiteten Gesprächsprozesses mit Angehörigen ermittelt werden, da er die Richtschnur für die stellvertretenden Entscheidungen darstellt (**B**).

Zusammenfassung

Zusammenfassend lassen sich unter Berücksichtigung der dargestellten Heterogenität von DoC-Patient:innen in einer subakuten oder chronischen Krankheitsphase (> 4 Wochen nach der Hirnschädigung) nur schwache Empfehlungen (Empfehlungsgrad **B**) zu Maßnahmen, die den Bewusstseinszustand verbessern, aussprechen.

Die Leitlinie ist eine „living Guideline“, daher sind regelmäßige Überprüfungen geplant – nächstmalig im September 2023. Die aktuelle Version ist verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/080-006.html>

