

[ting@dgim.de](mailto:ting@dgim.de) unter Angabe ihres aktuellen Studien- oder Berufsstatus, ihrer Kontaktdaten und des gewünschten Kongresstages.

Für Medizinstudierende ist die Teilnahme am 130. Internistenkongress kostenlos – sie haben zudem die Möglichkeit, mit dem „Online-Add-on“ alle Vorträge bis zu einem Jahr in der Mediathek abzurufen. Assistenzärztinnen und -ärzte können den Kongress zu einem ermäßigten Preis besuchen.

## 17. Patiententag der DGIM

Die DGIM veranstaltet auch in diesem Jahr gemeinsam mit dem Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Wiesbaden einen Patiententag, um den Bürgerinnen und Bürgern aktuelles medizinisches Wissen aus der Inneren Medizin direkt zugänglich zu machen.

Medial unterstützt wird die Veranstaltung von der Volkshochschule Wiesbaden, dem Magazin VivArt Lebenszeit und dem Wiesbadener Kurier. Es erwartet die Besucherinnen und Besucher ein bunt gemischtes Programm mit neuesten Informationen, beispielsweise zur Diabetestherapie, zu Impfungen und vielem mehr.

Der Patiententag findet am Samstag, den **13. April 2024** von 9.30 bis 16.00 Uhr im Wiesbadener Rathaus statt.

Ein abwechslungsreiches Programm verspricht zudem Dr. med. Norbert Schütz, langjähriger Organisationsleiter des Patiententags. Wie im letzten Jahr wird es im Rathausfoyer und auf dem Schlossplatz einen Gesundheitsmarkt geben, auf dem sich die beteiligten Organisationen präsentieren und Besucherinnen und Besuchern Gespräche, Informationen und Tests anbieten.

Die Teilnahme ist kostenlos und ohne Anmeldung möglich.

### Schwerpunkthemen des 17. Patiententags 2024

- Richtig handeln im Notfall
- Neues aus Pneumologie, Diabetologie und Rheumatologie
- Aktuelles aus der Herzmedizin
- Chronische Bauchschmerzen
- Wenn Zecken krank machen
- Tumorerkrankungen des Magen-Darm-Trakts, Brustkrebs und gynäkologische Tumoren
- Erkrankungen des Blut- und Lymphsystems
- Palliativmedizin: Unterstützung für ein lebendiges Leben bis zuletzt
- Die Süße des Lebens – Gesundheitstheater
- Gesundheitsparcours der Stadt Wiesbaden

Das Programm finden Interessierte unter: <https://kongress.dgim.de/patiententag/>



### Einladung

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

Montag, 15. April 2024, 14.45–16.45 Uhr, RheinMain CongressCenter RMCC Wiesbaden, Saal 4

#### Tagesordnung

1. Bericht des Vorsitzenden
2. Bericht des Generalsekretärs
3. Bericht der Geschäftsführung
4. Kassenbericht
5. Entlastung des Vorstandes und des Generalsekretärs sowie des Kassenchefes und der Geschäftsführung
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. Neufassung/Änderung der Satzung
11. Verschiedenes
12. Amtsübergabe

Prof. Dr. med. Andreas Neubauer  
Vorsitzender 2023/2024

Die Beschlussvorlagen zum **TOP 10 Neufassung/Änderung der Satzung** können Sie über diesen QR-Code herunterladen oder in der Geschäftsstelle der DGIM anfordern: [info@dgim.de](mailto:info@dgim.de) oder Tel. 0611-2058040-0.



## Kommissionen & Arbeitsgruppen

Kommission Leitlinien

## Leitlinie „Gastrointestinale Infektionen“ aktualisiert

Aktuell sind Delegierte der DGIM-Kommission „Leitlinien“ an über 90 Leitlinien der internistischen Schwerpunktgesellschaften beteiligt. Eine davon ist die S2k-Leitlinie „Gastrointestinale Infektionen“, die im November 2023 aktualisiert wurde. Für die



© privat

▲ PD Dr. med. Fabian Frost

**DGIM arbeitete PD Dr. Fabian Frost, Oberarzt für Gastroenterologie an der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin A, Universitätsmedizin Greifswald, an den Empfehlungen mit. Hier fasst er die internistischen Key Facts zusammen.**

Akute Infektionen des Gastrointestinaltrakts zählen zu den häufigsten meldepflichtigen Infektionskrankheiten und stellen eine der häufigsten gastroente-

rologischen Erkrankungen überhaupt dar. Ursächlich sind in der überwiegenden Zahl der Fälle virale oder bakterielle Erreger. Klinisch charakterisiert sich die akute infektiöse Gastroenteritis (AGE) durch eine plötzliche Änderung der Stuhlfrequenz und -konsistenz über das individuell übliche Maß hinaus. Dies wird teils von Fieber oder Erbrechen begleitet. Das Krankheitsbild hat neben der medizinischen auch eine sehr bedeutende sozioökonomische Dimension, wobei der Großteil der Fälle im ambulanten Sektor behandelt wird. Die aktuelle Überarbeitung der S2k-Leitlinie Gastrointestinale Infektionen trägt der großen Bedeutung des Krankheitsbilds Rechnung. Sie soll Behandelnde beim strukturierten Management von leichten Fällen, bei denen der Schwerpunkt auf einer Vermeidung von Überdiagnostik und -therapie liegt, sowie bei der zielgerichteten Diagnostik und Behandlung von schweren Fällen unterstützen.

### Ambulant erworbene Infektionen

Die ambulant erworbene AGE verläuft meist leicht und selbstlimitierend, sodass eine rein supportive Therapie genügt. Eine Erregerdiagnostik soll daher nur durchgeführt werden, wenn das Ergebnis auch eine Konsequenz für die Therapie oder die weitere Organisation hat. Letzteres kann beispielsweise bei Verdacht auf eine Ausbruchssituation in einer Gemeinschaftseinrichtung vorliegen und entsprechende melderechtliche und hygienisch-organisatorische Folgen nach sich ziehen. Ist eine mikrobiologische Diagnostik bei der AGE indiziert, sollte diese Untersuchungen auf *Campylobacter*, Salmonellen, Rotaviren und Noroviren umfassen. Kein Bestandteil der Basisdiagnostik sind Nukleinsäure-basierte Nachweisverfahren zur ungezielten Testung auf eine Vielzahl von verschiedenen Enteropathogenen, da die klinische Relevanz der (teils multiplen) nachgewiesenen Erregergenome im Einzelfall oft unklar bleibt.

Die primäre Therapie der AGE besteht in der Zufuhr von Flüssigkeit und Elektrolyten. Die Substitutionstherapie sollte, wenn es das klinische Krankheitsbild ermöglicht, auch im stationären Bereich vorzugsweise oral und nicht parenteral erfolgen. Eine antibiotische Therapie der AGE soll in der Regel unterbleiben. Auch eine Immundefizienz rechtfertigt nicht die regelhafte Durchführung einer empirischen Antibiotikatherapie bei AGE. Hier ist vielmehr entscheidend, ob die Immundefizienz auch funktionell relevant ist. Der Einsatz von Antibiotika bei AGE stellt somit die Ausnahme dar und sollte, wenn nötig, möglichst erst nach Probeentnahme für die Erregerdiagnostik begonnen werden. Entscheidet man sich nach

sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung für eine kalkulierte Antibiose, stellt Azithromycin das Mittel der 1. Wahl dar. Entgegen früherer Empfehlungen sollten Fluorchinolone aufgrund zunehmender Resistenzen und seltener teils schwerwiegender Nebenwirkungen in der Erstlinie nicht mehr eingesetzt werden. Zu beachten ist, dass auch der alleinige Nachweis von bakteriellen Erregern wie *Campylobacter* oder Salmonellen bei der AGE in der Regel keine Indikation für eine antibiotische Therapie darstellt.

Das Vermeiden von Folgeinfektionen ist ein bedeutender Punkt im Management der AGE. Bei stationärer Therapie sollte daher vor Entlassung immer ein Arzt die Kontagiosität einschätzen und entsprechend dem individuellen Risikoprofil Empfehlungen zur Infektionsminimierung aussprechen. Dies betrifft insbesondere die Entlassung zurück in eine Gemeinschaftseinrichtung. Eine Wiederholung der Stuhl Diagnostik zum Ausschluss einer möglichen Infektiosität ist hierfür meist ungeeignet, da die Ausscheidung von Viruspartikeln oder Bakterien auch nach klinischer Ausheilung der Erkrankung noch persistieren kann. Nach Fachmeinung gilt, dass in der Regel 48 Stunden nach Sistieren der klinischen Symptomatik bei Einhaltung der üblichen Basis Hygiene eine relevante Kontagiosität nicht mehr gegeben ist. Bei selteneren Erregern wie Shigellen oder Shigatoxin-bildenden enterohämorrhagischen *Escherichia coli* (EHEC) können die Vorgaben der verantwortlichen Gesundheitsämter hiervon abweichen, zum Beispiel für Personen mit beruflicher Tätigkeit in Betreuungseinrichtungen.

### Magen-Darm-Infektionen im Krankenhaus

Die nosokomiale Diarrhö definiert sich durch das Auftreten von Durchfällen mehr als 48–72 Stunden nach stationärer Aufnahme. Sie stellt im Gegensatz zur AGE eine gänzlich andere individuelle Risikosituation dar. Bei der nosokomialen Diarrhö soll die initiale Labordiagnostik *Clostridioides difficile* aufgrund seiner individuell-therapeutischen Relevanz sowie Noroviren zur frühzeitigen Erkennung von Ausbruchssituationen umfassen. Bestätigt sich der Verdacht auf eine *Clostridioides difficile*-Infektion (CDI) sollte eine Elektrolyt- und Volumensubstitution erfolgen und wenn immer möglich auch das mutmaßlich auslösende Antibiotikum pausiert werden. Abgesehen von leichten Krankheitsfällen ohne Risikofaktoren sollte man bei der CDI im Regelfall frühzeitig spezifisch behandeln. Gemäß der inzwischen umfassenderen Datenlage erfolgt die Primärtherapie mit Fidaxomicin oder Vancomycin p. o. Hierbei soll Fidaxomicin immer dann der Vorzug gegeben werden, wenn mit einem erhöhten Rezidivrisiko zu rechnen ist.

Die Langfassung der Leitlinie (AWMF-Register-Nr. 021 – 024) ist online verfügbar und kann hier eingesehen werden:

