



▶ dgim2015.de

▶ Mannheim

▶ Congress Center Rosengarten

▶ 18. - 21. April 2015

121.

Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

1. Ankündigung



Kongress-Agentur

m:con

VISION INTO CONVENTIONS

m:con – mannheim:congress GmbH

Titelbild: Klee, Paul, Hauptweg und Nebenwege
(Köln, Museum Ludwig, ML 76/3253)
(Foto: © Rheinisches Bildarchiv Köln, rba_coo4581)



Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

die 121. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin steht unter dem Leitthema „Molekulare Prinzipien der Inneren Medizin: Aufbruch in eine neue Ära“.

Mit diesem Titel soll verdeutlicht werden, dass die Innere Medizin – und die Medizin insgesamt – derzeit starke Veränderungen durchlebt. Diese Entwicklung wurde ermöglicht durch die molekularbiologische Revolution in der Forschung seit dem Zweiten Weltkrieg, der jetzt eine ähnliche, revolutionär anmutende Veränderung der klinischen Medizin folgt. Das Genom jedes Patienten kann mittlerweile zu einem vernünftigen

Preis entziffert und wesentliche Krankheitsgene können dadurch entschlüsselt werden. Bei Krebserkrankungen zieht diese Technik in den klinischen Alltag ein. Wir beginnen sehr viel besser zu verstehen, wie Krebs entsteht. Krebs wird ausgelöst durch bestimmte Treibermutationen in somatischen Zellen. Diese führen zu unbegrenztem Wachstum, aber auch zu einer Veränderung der Umgebung von Tumorzellen. Es ist außerdem gelungen, die ersten Medikamente herzustellen, welche die aufgrund dieser Mutationen veränderten Proteine gezielt hemmen und damit das Tumorstadium bremsen. Dadurch entstehen völlig neue Konzepte für die Krebstherapie. Sie sind gekennzeichnet durch ambulante Behandlung und weniger Nebenwirkungen. Die Vielzahl der zur Verfügung stehenden Substanzen erfordert völlig neue Konzepte der translationalen Forschung, um diese Erkenntnisse rasch in die Praxis umzusetzen. Auch die Immuntherapie von Krebserkrankungen erlebt eine Renaissance. Durch die Verfügbarkeit von immer neuen Antikörpern werden Krebserkrankungen aber auch rheumatologische Krankheiten besser behandelbar. Die Infektiologie ist ein weiteres, sich sehr rasch entwickelndes Gebiet. Hier sind Erkenntnisse zum

Mikrobiom und der Zusammensetzung aller Keime im menschlichen Organismus ebenso wichtig wie die gesundheitspolitisch und ökonomisch bedeutsamen multiresistenten Erreger, deren Ausbreitung es einzudämmen gilt. Unter diesem Stichwort ist auch ein anderer Aspekt der Jahrestagung wichtig, nämlich das Unterlassen als ärztliche Leistung. Durch zu häufige und zu intensive Behandlung mit Antibiotika in der Human- und Veterinärmedizin wurden diese multiresistenten Erreger erst gezüchtet. Es ist gerade in der Infektiologie wie in keinem anderen Gebiet das Gebot der Stunde, die vorhandenen Medikamente sparsam und nach sorgfältiger Indikationstellung einzusetzen.

Die weiteren Schwerpunktthemen des Kongresses werden weitere wichtige Gebiete der Schmerztherapie und Symptomenkontrolle, der Altersforschung und Geriatrie, aber auch der Versorgung von chronischen komplexen Erkrankungen behandeln. Diese stellen große Herausforderungen dar, die im Gesundheitswesen sowohl ökonomisch als auch organisatorisch bewältigt werden müssen. Angesichts des demografischen Wandels müssen diese Themen vermehrt durch

Ärzte diskutiert werden, um der Politik die notwendigen fachlichen Ratschläge zu geben.

Neben diesen Schwerpunktthemen wird auf dem Kongress im Jahr 2015 eine Fortbildung durch das gesamte Gebiet der Inneren Medizin im Sinne Update erfolgen. Dieses wird jüngeren wie älteren Kollegen erlauben, das gesamte Gebiet der Inneren Medizin und die neuesten Erkenntnisse der letzten zwölf Monate innerhalb von zwei bis drei Tagen in komprimierter und fachlich hochstehender Form zu erfassen. Ich bin sicher, dass dieser Kongress abermals einen wichtigen Baustein in der deutschen Kongresslandschaft darstellen wird.

Ich freue mich darauf, die Kollegen aus der Inneren Medizin und den Schwerpunktfächern der Inneren Medizin im Jahr 2015 in Mannheim begrüßen zu können.



Leitthema der DGIM 2015

Molekulare Prinzipien der Inneren Medizin:
Aufbruch in eine neue Ära

Hauptthemen der DGIM 2015

- Individualisierte Krebstherapie
- Translationale Forschung
- Renaissance der Immuntherapie
- Internistische Intensivmedizin
- Mikrobiom
- Palliativmedizin
- Schmerztherapie und Symptomenkontrolle
- Altersforschung und Geriatrie
- Multiresistente Erreger
- Unterlassen als ärztliche Leistung
- Versorgung von chronischen, komplexen Erkrankungen
- Neue Aspekte zur Adipositas
- Behandlung struktureller Herzerkrankungen

Individualisierte Krebstherapie

Tumorerkrankungen sind weltweit die häufigste Todesursache. Die WHO prädiziert mehr als 12 Millionen Krebstote in 2030. Die Verbesserung von Standard-Therapiemodalitäten wie Chemo- und Strahlentherapie hat in einigen Entitäten signifikante Erfolge erzielt, aber langfristige Heilungen sind insbesondere bei fortgeschrittenen Erkrankungsstadien eher die Ausnahme. In den letzten Jahren haben wir durch den Einzug neuer Technologien, insbesondere der Hochdurchsatz-Sequenzierung genomischer DNA aus Tumorgewebe, wesentliche Fortschritte im molekularen Verständnis maligner Erkrankungen erzielt.

So kann heute beispielsweise das Lungenkarzinom in mehr als zehn verschiedene genetisch definierte Subtypen eingeteilt werden. Jeder Subtyp wird hierbei anhand einer onkogenen Mutation definiert, die für das maligne Wachstum eines individuellen Tumors verantwortlich ist. Überdies ist es in den letzten Jahren zunehmend gelungen maßgeschneiderte therapeutische Moleküle zu entwickeln, welche die Aktivität der treibenden mutierten Onkogene hemmen und so zu teilweise dramatischem Tumoransprechen geführt haben. Ein solcher Therapieansatz, der auf das individuelle Mutationspektrum eines Tumors abgestimmt ist, verlangt sowohl von den behandelnden Ärzten als auch von der Pharmaindustrie und den Krankenkassen ein radikales Umdenken. Medikamente können nicht mehr für histopathologisch definierte Entitäten entwickelt werden, sondern müssen für individuelle Tumorgenotypen hergestellt werden, die teilweise sehr selten sind. Das Design von klinischen Studien muss sich ändern, indem zunehmend detaillierter nach molekularen Kriterien stratifiziert wird. Diagnostische Algorithmen müssen zwangsläufig neue genomische Informationen inkorporieren. Dieser Mehraufwand in der Medikamentenentwicklung und dem diagnostischen Armamentarium muss von unserer Gesellschaft finanziert werden.

Translationale Forschung

Translationale Forschung ist an der Schnittstelle zwischen Grundlagenforschung und klinischer Forschung angesiedelt. Unser exponentiell zunehmendes molekulares Verständnis menschlicher Erkrankungen führt zwangsläufig zur Entwicklung neuer molekular gesteuerter Therapieansätze. Die rasanten Entwicklungen der letzten Jahre, insbesondere in der Onkologie, verändern die Anforderungen an klinisch tätige Internisten tiefgreifend. So ist ein fundiertes Wissen über Genetik, Biochemie und Molekularbiologie zunehmend essentiell für die Diagnostik, Therapieentscheidung und Verlaufskontrolle. Diesen Entwicklungen müssen wir Rechnung tragen, indem klassische Barrieren zwischen Grundlagenforschung und klinischer Forschung eingerissen werden. Die optimale Versorgung unserer Patienten muss im Zentrum unseres Handelns stehen. Um dieses Ziel zu erreichen, bedarf es wesentlicher struktureller Änderungen in bestehenden Systemen.

Die Entwicklung und Förderung einer neuen Generation von „Physician Scientists“, die an der dynamischen Schnittstelle zwischen Molekularbiologie und klinischer Patientenversorgung tätig sind, fordert rasche und konsequente Anpassungen im Studium, der Facharztausbildung und Weiterbildung.

Renaissance der Immuntherapie

Das grundlegende Konzept der Immuntherapie wurde bereits Ende des 19. Jahrhunderts von Paul Ehrlich formuliert. Bis heute hat sich eine der ersten (unspezifischen) Immuntherapien in Form der Instillation von abgeschwächten *Bacillus Calmette-Guérin* (BCG)-Bakterien in die Harnblase bei Harnblasenkarzinom erhalten. Als Meilensteine auf dem Weg zu modernen immuntherapeutischen Konzepten, die nicht nur hämatologische und onkologische Therapien revolutioniert haben, gelten vor allem die Entwicklung monoklonaler Antikörper und die Herstellung rekombinanter Proteine (vor allem Zytokine). Die Rückschläge für die Weiterentwicklung immuntherapeutischer Konzepte, die sich in der Vergangenheit aufgrund von hoher Toxizität im Rahmen von einigen Immuntherapiestudien ereignet haben, sind aus heutiger Sicht durch damals noch nicht ausreichend verstandene immunologische Interaktionen erklärlich. Gerade das heute tiefere Verständnis von Vorgängen im lokalen Mikromilieu und die Zusammenhänge mit systemischen Immunreaktionen hat in jüngster Zeit zur Entwicklung neuer Substanzen und Antikörpern geführt. Daraus entstanden beeindruckende Therapieerfolge bei bislang infausten Erkrankungen wie dem metastasierten malignen Melanom. Die Immuntherapie wurde daher im Jahre 2013 vom Fachmagazin „Science“ als eine der bedeutendsten Entdeckungen des Jahres gewürdigt. Wir stehen hier sicherlich erst am Anfang einer neuen (immun)therapeutischen Ära.

Internistische Intensivmedizin

Die Bedeutung der internistischen Intensivmedizin hat in den letzten 20 Jahren deutlich zugenommen. Mittlerweile stehen in Deutschland insgesamt über 26.000 Intensivbetten zur Verfügung. Während es bei den Normalstationsbetten zu einer stetigen Abnahme der Bettenkapazitäten kommt, sind die Intensivkapazitäten in den letzten 10 Jahren um mehr als 14% angestiegen. Dies liegt nicht nur am Alter und Komorbiditäten der Patienten, sondern auch an komplexeren Behandlungsmethoden und neuen medizinischen Möglichkeiten. Damit steigt auch der Wissenszuwachs im intensivmedizinischen Bereich. Am Beispiel der Sepsis, einer der häufigsten Diagnosen auf einer Intensivstation, zeigt sich ein Rückgang der Letalität seit der Einführung von Leitlinien zur Behandlung der Sepsis im Jahre 2004. Mittlerweile stehen die neuesten internationalen Leitlinien aus dem Jahr 2012/2013 in der 3. Version zur Verfügung.

Internistische Intensivmedizin ist nicht mehr nur ein Anhängsel der Inneren Medizin für besonders „schwer erkrankte Patienten“, sondern hat sich als eigene Spezialisierung innerhalb der Inneren Medizin herauskristallisiert. Schnelligkeit in der Diagnostik, Differentialdiagnose, Behandlung bzw. Therapieoptionen stellen eine besondere Herausforderung für den behandelnden Arzt auf der Intensivstation dar. Eine fundierte Ausbildung und viel Erfahrung in dieser wichtigen Fachdisziplin sind unerlässlich.

Mikrobiom

Der Begriff Mikrobiom wurde vom Molekularbiologen und Nobelpreisträger Joshua Lederberg in Anlehnung an das Genom formuliert. Hierdurch sollte die Bedeutung der Mikroflora des Menschen als bedeutsamer Teil des menschlichen Stoffwechsels unterstrichen werden. Diese Bedeutung wird allein durch das Zahlenverhältnis von menschlichen Zellen zur Anzahl von Bakterien, die den Menschen besiedeln, deutlich: Auf eine menschliche Zelle kommen ca. zehn Bakterien. In den vergangenen fünf Jahren konnte in nahezu allen medizinischen Disziplinen die enorme Bedeutung des Mikrobioms für die Physiologie und Pathophysiologie der verschiedensten

Erkrankungen nachgewiesen werden. Beispielsweise ist die Zusammensetzung der Darmflora nicht nur für das mikrobiologische Gleichgewicht wichtig, mit entsprechenden Auswirkungen auf Digestion und infektiöse Komplikationen. Das Mikrobiom spielt auch eine entscheidende Rolle bei der Pathophysiologie von Diabetes mellitus, kardiovaskulären und rheumatologischen Erkrankungen sowie Krebserkrankungen. Darüber hinaus konnte jüngst im Tiermodell gezeigt werden, dass das Mikrobiom sogar das Ansprechen von Tumorzellen auf eine Chemotherapie beeinflussen kann.

Das Verständnis der Bedeutung des Mikrobioms für die Entwicklung aber auch Behandlung einer Vielzahl von Erkrankungen steht sicher erst am Anfang. Dennoch zeichnet sich bereits jetzt ab, dass hier ein großes Potential für die Entwicklung neuer Therapiekonzepte liegt und viele etablierte Verfahren überdacht werden müssen.

Palliativmedizin

Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels zeigt sich eine Zunahme multimorbider Patienten mit fortgeschrittenen und unheilbaren Erkrankungen. Hiervon sind nicht nur die onkologischen Bereiche der Inneren Medizin betroffen, sondern es handelt sich hierbei auch um viele „Volkskrankheiten“ wie die Niereninsuffizienz, COPD, Herzinsuffizienz und Demenz mit einer hohen Prävalenz. Die Komplexität der jeweiligen Versorgungs- und Behandlungsbedarfe erfordert für diese Patienten vor allem in weit fortgeschrittenen Krankheitsstadien eine palliativmedizinische Mitbehandlung. Im onkologischen Bereich wurde diese bereits vielerorts erfolgreich in die internistische Behandlung implementiert. Palliativmedizin ist zum festen Bestandteil der gemeinsamen Therapie geworden. Diese bestehenden Strukturen sollten weiter ausgebaut werden, um sie auch den nicht-onkologischen Patienten in der Inneren Medizin flächendeckend zugänglich zu machen.

Schmerztherapie und Symptomenkontrolle

Nicht nur Patienten im Finalstadium einer Tumorerkrankung, sondern auch bei einer Fülle internistischer Leiden entwickeln neben Schmerzen auch erhebliche Einschränkungen der Funktionsfähigkeit ihrer inneren Organe. Die Behandlung und Betreuung dieser Patienten gehört zu den großen Herausforderungen des ärztlichen Berufs. Kenntnisse der Palliativmedizin müssen von allen Fachspezialisten eingefordert werden. Insbesondere die Innere Medizin, in der eine umfassende Betreuung der Patienten immanent ist, soll und muss den Patienten eine kontinuierliche und stadiengerechte Betreuung anbieten. Darunter fällt zum einen eine konsequente, kompetente und individuell adaptierte Schmerztherapie. Andererseits erfordern sowohl die Symptome, die sich aus dieser Schmerztherapie ergeben, als auch die krankheitsbedingten Funktionsstörungen, eine inadäquate Ernährung oder reaktive psychische Veränderungen eine umfassende, internistisch-ärztliche Betreuung. Neben den medizinischen Kenntnissen sind eine hohe kommunikative Kompetenz, Empathie, Zuwendung und das Wissen um die juristischen und ethischen Pflichten gefordert. Darüber hinaus müssen Grenzen der Behandlung erkannt und einfühlsam vermittelt werden, um insbesondere Patienten mit terminalen Erkrankungen in einem zu recht eingeforderten, hohen ärztlichen Standard zu betreuen.

Altersforschung und Geriatrie

Durch den demografischen Wandel steigt die Anzahl höher- und hochaltriger Patienten in allen Subdisziplinen der Inneren Medizin stetig. Altersmedizin wird deshalb schon lange nicht mehr nur in geriatrischen Kliniken betrieben, sondern ist inzwischen eigentlich in allen internistischen Fächern präsent. Neue molekulare Therapieansätze für dort fokussiert behandelte und oftmals altersassoziierte Krankheiten setzen ein tieferes Verständnis der molekularen Entstehungsmechanismen dieser Entitäten aber auch der Altersbiologie voraus. Ob neu entwickelte auf molekulare Signalwege zielende Therapien für alte Patienten dann wirklich von Nutzen sind, hängt auch von einem konsequenten Einschluss dieser Patienten in klinische Studien ab.

In der Geriatrie werden weniger einzelne Erkrankungen, sondern vor allem die aus einer alterstypischen Multimorbidität resultierenden geriatrischen Syndrome – also Funktions- und Fähigkeitsstörungen – behandelt. Stürze, kognitive Leistungseinbußen, Mangelernährung, Inkontinenz oder Gebrechlichkeit mit entsprechender Einschränkung der Alltagskompetenzen sind dabei selten durch ein einziges medizinisches Problem verursacht und bedürfen eines in der Geriatrie bereits etablierten multiprofessionellen Therapieansatzes, den es im Rahmen einer geeigneten klinischen Altersforschung weiter zu optimieren gilt. Mit zunehmender Entschlüsselung der z.B. für altersbedingte Muskel- oder Neurodegeneration verantwortlichen molekularen Mechanismen könnten hier gezielt ansetzende Pharmaka ebenfalls einen hohen Stellenwert bei geriatrischen Behandlungen erlangen. Auch wenn dieser Teil der medizinischen Altersforschung erst ganz am Anfang steht, ist jetzt bereits daran zu denken, dass die Geriatrie bei der klinischen Testung solcher molekularer Therapieprinzipien einen großen Beitrag leisten könnte.

Multiresistente Erreger

Weltweit kam es in den letzten Jahren zur zunehmenden Ausbreitung antibiotikaresistenter Erreger. Vor dem Bild einer kaum vorhandenen Neuentwicklung von Medikamenten in diesem Bereich wird dies von dem „Center of Disease Control „(CDC) sogar als eine der größten gesundheitlichen Bedrohungen der Menschheit bezeichnet. Für die Resistenzentwicklung wird v.a. der zu hohe Antibiotikakonsum durch Mensch und Tier verantwortlich gemacht. Der rationale Einsatz der verfügbaren Antibiotika ist daher aufgrund der zunehmenden Ausbreitung antibiotikaresistenter Erreger eine vordringliche Aufgabe in allen Teilbereichen der klinischen Medizin. Dies setzt ein fundiertes Wissen über den Infektionsfokus, die verursachenden Erreger und die Antibiotika voraus. Sowohl eine zu lange aber auch eine zu kurze Therapie tragen zum Therapieversagen bei.

Eine strukturierte Ausbildung in Diagnostik, Therapie und Prävention von Infektionskrankheiten fehlt in Deutschland in der studentischen Ausbildung genauso wie in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung. Dieser Mangel sollte dringend behoben werden.

Dies sollte dazu genutzt werden, einerseits die Zunahme weiterer Resistenzen und Infektionen durch multiresistente Erreger einzudämmen. Zusätzlich müssen aber auch darauf einwirken, dass die öffentliche Diskussion angesichts von häufig durch Dramatisierung von Einzelschicksalen gekennzeichneten Pressemitteilungen und strafrechtlicher Anzeigen versachlicht wird.

Versorgung von chronischen, komplexen Erkrankungen

Die Zunahme des Anteils an Patienten mit chronischen komplexen Erkrankungen in Klinik und Praxis stellt eine der wesentlichsten Herausforderungen der Inneren Medizin unserer Tage dar. Dabei stellen sich vielfältige Fragen, die von ethisch-moralischen Aspekten über versorgungsmedizinische und soziale bis hin zu gesundheitsökonomischen Fragestellungen reichen. Wie lässt sich moderne Medizin der letzten Lebensphase finanzieren? Wie gestalten wir in einer Zeit der gesundheitsökonomischen Verknappung patientenorientierte und menschenwürdige Medizin? Mit diesen Fragen muss sich die moderne innere Medizin konfrontieren, um eine Medizin für Generationen und mit entsprechender Zukunftsperspektive zu ermöglichen.

Neue Aspekte zur Adipositas

In den letzten Jahrzehnten ist es in den westlichen und Schwellenländern zu einem dramatischen Anstieg der Adipositasprävalenz gekommen. Die Ursachen hierfür sind komplex und bislang weitgehend unklar. Eine wichtige Rolle bei der Kontrolle von Nahrungsaufnahme und Gewicht scheinen verschiedene Zentren im Gehirn zu spielen. Diese Zentren und Schaltkreise werden unter anderem durch periphere Signale, insbesondere Leptin und Insulin moduliert. Dieser Einfluss wird auch von individuellen genetischen Faktoren sowie Veränderungen im Lebensstil determiniert.

Das Verständnis des komplexen Zusammenspiels von Umwelt, Genetik, Gehirn und Energiehomöostase ist insofern eine der wichtigen aktuellen Fragestellungen in der Inneren Medizin.

Behandlung struktureller Herzerkrankungen

Kardiovaskuläre Erkrankungen bleiben die führende Todesursache in den westlichen Industrienationen. In Anbetracht einer alternden Gesellschaft und des Erfolges der Behandlung akuter Herz- Kreislaufkrankungen wie der kathetergestützten Behandlung des akuten Myokardinfarktes rückt zunehmend die Herzinsuffizienz des alten Menschen in den Fokus neuer Therapieformen. In diesem Zusammenhang hat gerade die kathetergestützte Behandlung von Herzklappenfehlern eine zentrale Bedeutung erlangt. Dieses gilt für die Therapie der Aortenklappenstenose bei Patienten mit hohem Alter, operativem Risiko bzw. Inoperabilität, genauso wie für Patienten, die infolge einer Herzinsuffizienz eine funktionelle Mitralklappeninsuffizienz entwickelt haben. Auch hier sind mittlerweile neue kathetergestützte Therapien verfügbar. Diese müssen sich messen an den etablierten chirurgischen Therapieformen. Hierfür sind klinische Studien erforderlich, die Sicherheit und Effektivität dieser unterschiedlichen Therapieverfahren gegenüberstellen und die Subgruppen von Patienten identifizieren, die von der jeweiligen Therapie am meisten profitieren.

Unterlassen als ärztliche Leistung

Gerade das Beispiel der Infektionskrankheiten und der multiresistenten Erreger zeigt, wie wichtig das Unterlassen als ärztliche Leistung sein kann: nicht immer ist der breite oder schnelle Einsatz von Antibiotika sinnvoll. Viele multiresistente Erreger wurden durch einen ungeprüften oder fortschrittsgläubigen Einsatz von wichtigen Antibiotika erst gezüchtet. Aber auch in der oft teuren bildgebenden Diagnostik gilt nicht selten, dass eine Untersuchung einfach durch ein ausführliches Gespräch mit dem Patienten hätte erspart werden können. In einem durch ökonomische Anreize gesteuerten Gesundheitssystem wird dies allerdings kaum belohnt.

Apparative Diagnostiken und invasive Therapien sind wirtschaftlich lukrativ, während die gründliche Anamnese, klinische Untersuchung und das ausführliche Gespräch kaum angemessen vergütet werden. Dies und die zunehmenden juristischen Strafverfahren gegen Ärzte bergen die Gefahr, dass es zu einer Überdiagnostik und –therapie auch in der Inneren Medizin kommt, aus pekuniären Gründen oder zur vermeintlichen juristischen Absicherung. Auch wird häufig bagatellisiert, welche Schäden medizinische Eingriffe verursachen können. Eine gute, sorgfältige Indikationsstellung bei jeder medizinischen Maßnahme wäre folglich wichtig.

Eine im umfassenden Sinne gute ärztliche Betreuung muss den Mut aufbringen, Verantwortung für Diagnostik und Therapie der Patienten zu übernehmen und unter dem Aspekt des Sinnvollen Unwichtiges oder gar Schädliches zu unterlassen. Dies ist eine der wichtigsten Tätigkeiten des Arztes für seine Patienten.

Auf dem kommenden DGIM Kongress soll ein Diskussionsforum mit unterschiedlichen Vorträgen über dieses Thema zu einem fruchtbaren Gedankenaustausch führen.

Struktur

Klare horizontale Gliederung mit unterschiedlichen Programmelementen wie:

- **Plenarvorträge**

Ein im Programm deutlich hervorgehobener Vortrag mit einem international ausgewiesenen Redner, bevorzugt zu den jeweiligen Hauptthemen des Kongresses.

- **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.

- **Symposien „Forschung wird zu Medizin“**

Translationale Symposien, die Erkenntnisse aus der Grundlagenforschung in die klinische Anwendung übertragen. Dabei werden für diese jeweiligen Symposien Vertreter der großen nationalen translationalen Forschungverbände die Patenschaft übernehmen. Es wird besonders darauf geachtet werden, dass diese Symposien für den praktisch tätigen Internisten informativ und hilfreich sind.

- **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 aktiv einbezogen.

- **Tutorium/Expertenforum**

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

- **Chances**

Intensives fortlaufendes Programm für Medizinstudenten und Berufsanfänger während des gesamten Kongresses. Mentorenprogramm.

- **Young Investigator Award**

Die besten Kurzbeiträge werden während der Preisträgersitzung mit Preisen ausgezeichnet.

- **Posterausstellung**

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

- **Industrieausstellung**

Kongressbegleitende Industrieausstellung mit zahlreichen interaktiven Elementen (Quiz am Stand etc.).

- **Kongressparty**

Get together Party am Samstagabend, Innere Medizin zwischen Kommunikation, Musik und Dinnerbuffet.

- **Kinderbetreuung**

Kindergarten und Kinderkrippe während der gesamten Kongressdauer (7:30 - 18:00 Uhr)

Abstrakteinreichung

Die Abstrakteinreichung kann nur elektronisch über www.dgim2015.de erfolgen. Technische Hinweise finden Sie auf der Webseite.

Deadline zur Abstrakteinreichung ist der 01.12.2014

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

Abstractkategorien 2015

- Angiologie
- Endokrinologie / Diabetologie / Stoffwechsel
- Gastroenterologie / Hepatologie
- Hämatologie / Onkologie
- Kardiologie
- Nephrologie
- Pneumologie
- Rheumatologie
- Geriatrie
- Infektiologie / Mikrobiom
- Intensiv- und Notfallmedizin
- Epidemiologie / Versorgungsforschung / Ethik
- Schmerztherapie
- Palliativmedizin
- Personalisierte Therapie
- Molekulare Mechanismen der Krankheitsentstehung

Kasuistiken sind willkommen!

Sie werden inhaltlich den oben genannten Kategorien zugeordnet.

**Deadline zur Abstrakteinreichung
ist der 01.12.2014**

DGIM-Onlinekongress-Archiv für Internisten

Der Deutsche Ärzte-Verlag wird im Auftrag der DGIM und in Zusammenarbeit mit m:con wieder einen Großteil der Sitzungen des 120. Kongresses der DGIM aufzeichnen, multimedial aufbereiten und ab dem 06.05.2014 als Webcasts im Internet unter www.dgim-onlinekongress.de zur Verfügung stellen. Die DGIM-Onlinekongress-Dokumentation vereint wissenschaftliche Inhalte aus den Kongressen 2013 und 2014, der Fachgesellschaft, der Industrie sowie redaktionelle Beiträge.

- **Ideale Ergänzung**
Der DGIM-Onlinekongress ist die ideale Ergänzung der Veranstaltung vor Ort.
- **Kongressinhalte jederzeit verfügbar**
Sie können die Inhalte orts- und zeitunabhängig nutzen und so von einem großen Teil der Kongressinhalte profitieren, selbst wenn Sie an der Tagung nicht teilnehmen können.
- **Suchfunktion**
Die Videos der Vorträge werden thematisch zusammengefasst, strukturiert aufbereitet und sind nach Stichwörtern und Referenten sowie mittels komfortabler Volltextsuche durchsuchbar.

Der Zugang zu den Webcasts wird für alle Kongressbesucher und alle Mitglieder der DGIM kostenlos sein (Zugangscode ab dem 06.05.2014: DGIM2014).

Weitere Informationen zum DGIM-Kongress und zum DGIM-Onlinekongress-Archiv finden Sie in unserer Kongresszeitung „*Spectator Congress zum DGIM*“, die als Beilage des Deutschen Ärzteblatts 16/2014 am 18.04.14 erscheint.

Besuchen Sie uns auf www.dgim-onlinekongress.de

120. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.
 Innere Medizin - vom Organ zum System

Suchbegriff

[Aktuelles](#) | [Vorträge](#) | [Programm](#) | [Referenzen](#) | [Fachgesellschaft](#) | [Aussteller](#) | [Kongressarchiv](#)

Onlinekongress-Archiv 2014

Tinnitus — Phantomschmerz der Cochlea ...

Header block

Video-Interview

Therapiestrategien bei Tinnitus
 Inwieweit eine Unterscheidung in akuten und chronisches Tinnitus therapeutisch relevant ist und welche Therapiestrategie sich in der Praxis bewährt haben, erklärt Gábor Frékánt.

Therapiestrategien bei Tinnitus
 Inwieweit eine Unterscheidung in akuten und chronischen Tinnitus therapeutisch relevant ist und welche Therapiestrategien sich in der Praxis bewährt haben, erklärt Oberfeldarzt Prof. Dr. Matthias Tisch vom Bundeswehrkrankenhaus Ulm.

Anmeldung

E-Mail

Passwort

[Passwort vergessen?](#)

[Jetzt registrieren](#) [Benutzer: Me](#)

Information für registrierte Nutzer

Themenpark

Klicken Sie auf den Begriff, der Sie interessiert

Ernährung Antikoagulantien

Diabetes mellitus

Gefäßerkrankungen Impfung

Palliativmedizin Asipositas

Tinnitus Prostatahyperplasie

Postervorträge

Deadlines

Abstracteinreichung für die Posterausstellung und den Young Investigator Award

01.12.2014

Forschungspreise

Theodor-Frerichs-Preis

15.10.2014

Präventionspreis Innere Medizin

15.11.2014

Paul-Martini-Preis

30.11.2014

Kongressanmeldung

Ermäßigte Teilnehmergebühr

15.02.2015

DGIM-Fortbildungskurse

keine Anmeldefrist, aber begrenzte Teilnehmerzahl. Weitere Informationen zu Teilnehmergebühren sowie die Kongressanmeldung finden Sie online auf www.dgim2015.de.

Zertifizierung

Der Kongress wird bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg zur Zertifizierung beantragt.



Organisation und Zuständigkeit

Vorankündigung ■ 18. bis 21. April 2015 ■ Mannheim ■

121.
2015
DGIM

Wissenschaftliche Organisation

Kongress-Präsident
Prof. Dr. med. Michael Hallek

DGIM – Kongress-Team 2015

PD Dr. Norma Jung
Dr. Matthias Kochanek
Prof. Dr. Christian Reinhardt
Dr. Sebastian Theurich

Kongress-Sekretariat

Andrea Weißenberg
Klinik I für Innere Medizin
Universitätsklinikum Köln (AöR)
Kerpener Str. 62 | 50937 Köln
Telefon: +49 221 478-87216
Telefax: +49 221 478-97604
dgim2015@uk-koeln.de

DGIM-Geschäftsstelle



Irenenstraße 1
65189 Wiesbaden

Geschäftsführung
RA Maximilian Broglie

Stellvertretende Geschäftsführerin
Dipl.-Kffr. Ourania Menelaou

Managementassistentin
Nicole Safenauer

Verantwortlich für Patiententag
Dr. med. Norbert Schütz

Telefon: +49 611 - 2058040 - 0
Telefax: +49 611 - 2058040 - 46
info@dgim.de - www.dgim.de

Pressestelle der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V.

Anne-Katrin Döbler
Anna Julia Voormann

Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Telefon: +49 711 8931-457
Telefax: +49 711 8931-167
voormann@
medizinkommunikation.org

Kongress-Agentur (PCO)



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

Bahn Special



Reisen Sie auch 2015 wieder zu besonders günstigen Konditionen nach Mannheim und zurück.

Preise und Buchungsmöglichkeiten finden online unter:
www.dgim2015.de

Kinderbetreuung

Auf dem 121. Internistenkongress wird wieder eine kostenfreie Kinderbetreuung für Kinder von 6 Monaten bis 7 Jahren angeboten.

Facebook / Xing

Verfolgen Sie aktuelle Informationen über die DGIM und den DGIM Kongress 2015 online auch über unsere Facebook und Xing Seiten:

www.facebook.com/DGIM.Fanpage www.xing.com/net/dgim



facebook



XING



Wer Mitglied der DGIM ist, ist klar im Vorteil

- **Freier Eintritt Internistenkongress**
vom 18. April bis 21. April 2015 in Mannheim
- **Kostenloser Bezug des DGIM-Fachorgans „Der Internist“**
inklusive Online Zugriff
- **Kostenloser Bezug der DGIM-Gesellschaftsausgabe der DMW „Deutsche Medizinische Wochenschrift“**
- **Sonderkonditionen für internistische Schwerpunktzeitschriften des Springer Verlags** z.B. Der Kardiologe, Der Diabetologe, Der Gastroenterologe etc.
- **Beratung in allen Fragen der Weiterbildung**, kostenlose Weiterbildungsbroschüre
- **Reduzierte Gebühr für internistische Updates** unter der Schirmherrschaft der DGIM
- **www.dgim-onlinekongress.de**
Onlinedokumentation des Internistenkongresses
- **DGIM e.Akademie**
CME-zertifizierte Onlinefortbildung mit zwei kostenlosen Formaten
- **Mobile Leitlinien-App zur Inneren Medizin und „News- App“ Innere Medizin** (für iPhone, iPad und Android)
- **Regelmäßiger Bezug des DGIM-Newsletters** mit aktuellen Informationen der Gesellschaft
- **Unterstützung in allen berufsrelevanten Fragen** bis hin zur Rechtsberatung

Beitrittserklärung (Bitte per Fax an 0611 / 205 804 046 oder www.dgim.de)

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zur Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. zum

01.01.20..... 01.07.20..... (1/2 Jahresbeitrag)

Name: Vorname: männlich weiblich

Titel: Geb.-Datum: BDI-Mitglied: Ja Nein

Anschrift

Straße: PLZ: Ort:

E-Mail: Telefon:

Mobil: Fax:

Berufliche Position, Dienststellung in Praxis / MVZ / Ambulanz / Industrie / Verlag*

- | | | | | |
|--|-----------------------------------|---|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Direktor | <input type="checkbox"/> Chefarzt | <input type="checkbox"/> Leitender Arzt | <input type="checkbox"/> Niedergelassener Arzt / MVZ | 240,00 € |
| <input type="checkbox"/> Partner Gemeinschaftspraxis / MVZ – ohne Medien-/Zeitschriftenbezug | | | | 180,00 € |
| <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt in Praxis / MVZ / Industrie / Verlag | | | | 180,00 € |
| <input type="checkbox"/> Oberarzt | | | | 180,00 € |
| <input type="checkbox"/> Arzt / Assistenzarzt mit Facharztanerkennung | | | | 120,00 € |
| <input type="checkbox"/> Arzt / Assistenzarzt in Weiterbildung zum Facharzt | | | | 95,00 € |

Voraussichtlicher Abschluss:

(* Änderungen zu meinem Status teile ich der DGIM mit.)

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift

Antrag auf Mitgliedschaft bitte zurücksenden an: Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V., Irenenstraße 1, 65189 Wiesbaden, Telefon: 0611 / 205 804 0-0, Fax: 0611 / 205 804 046, E-Mail: info@dgim.de, Homepage: www.dgim.de.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Mitgliederdaten elektronisch erfasst, aktualisiert und für Leistungen im Rahmen der Mitgliedschaft genutzt werden.

Lösung in Gicht.



- Signifikant wirksamer als Allopurinol bei der Erreichung des Serum-Harnsäure-Zielwertes von $\leq 6,0$ mg/dl (≤ 360 μ mol/l)^{1,2}
- Reduziert in der Dauertherapie konsequent Gichtanfälle und Tophi^{1,4}
- Keine Dosisanpassung bei leicht oder mittelschwer eingeschränkter Nierenfunktion oder älteren Patienten³

*1st-Line Xanthin-Oxidase-Inhibitor, z.B. Febuxostat, mod. nach Khanna, D. et al., 'Arthritis Care & Res. 2012; 64 (10): 1431-1446. **ACR = American College of Rheumatology. 1 Becker, MA et al., N Engl J. Med 2005; 353: 2450-2461. 2 Schumacher, HR et al., Arthritis Rheum 2008; 59: 1540-1548. 3 Adenuric® Fachinformation. 4 Schumacher, HR et al., Rheumatology 2009; 48: 188-194.

ADENURIC® ist eine eingetragene Handelsmarke von Teijin Limited, Tokio, Japan

Adenuric® (febuxostat)

Nicht empfohlen

Bei Patienten mit (bekannter) **ischämischer Herzkrankheit** oder **dekompensierter Herzinsuffizienz** wird die Behandlung mit Febuxostat nicht empfohlen.³

Adenuric® 80 mg Filmtabletten; Adenuric® 120 mg Filmtabletten. Wirkstoff: Febuxostat. **Zusammensetzung:** 1 Filmtablette enthält: Febuxostat 80 mg bzw. 120 mg; sonstige Bestandteile: *Tablettenkern:* Lactose-Monohydrat, mikrokristalline Cellulose, Magnesiumstearat (Ph. Eur.), Hypromellose, Croscarmellose-Natrium, Siliciumdioxid-Hydrat. *Filmüberzug:* Opadry II gelb, 85F42129 bestehend aus: Poly(vinylalkohol), Titandioxid (E171), Macrogol 3350, Talkum, Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172). **Anwendungsgebiete: Behandlung der chronischen Hyperurikämie bei Erkrankungen, die bereits zu Uratablagerungen geführt haben (einschl. eines anamnestisch bekannten oder aktuell vorliegenden Gichtknotens und/oder einer Gichtarthritis) bei Erwachsenen. Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Febuxostat oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** Häufig: Leberfunktionsstörungen, Durchfall, Übelkeit, Kopfschmerzen, Hautausschlag, akute Gichtanfälle, Ödem. Gelegentlich: Thyreotropin im Blut erhöht, Diabetes, Hyperlipidämie, vermindertes Appetit, Gewichtszunahme, verminderte Libido, Schlaflosigkeit, Schwindel, Parästhesie, Hemiparese, Somnolenz, Geschmacksveränderung, Hypoästhesie, Hyposmie, Vorhofflimmern, Palpitationen, EKG anomal, Hypertonie, Flush, Hitzewallungen, Dyspnoe, Bronchitis, Infektionen der oberen Atemwege, Husten, Bauchschmerzen, aufgetriebener Bauch, gastroösophageale Refluxkrankheit, Erbrechen, Mundtrockenheit, Dyspepsie, Verstopfung, hohe Stuhlfrequenz, Flatulenz, gastrointestinale Beschwerden, Cholelithiasis, Dermatitis, Urtikaria, Pruritus, Hautverfärbungen, Hautläsion, Pete-

chien, fleckiger, makulo-papulöser oder papulöser Ausschlag, Arthralgie, Arthritis, Myalgie, Schmerzen des Stütz- und Halteapparates, Muskelschwäche, Muskelkrampf, Muskelspannung, Bursitis, Nierenversagen, Nephrolithiasis, Hämaturie, Pollakisurie, Proteinurie, erektile Dysfunktion, Abgeschlagenheit, Brustkorbschmerz/-beschwerden, erhöhte Blutwerte (Amylase, Kreatin, Kreatinin, Harnstoff, Triglyzeride, Cholesterin, Laktatdehydrogenase, Kalium), erniedrigte Blutwerte (Thrombozyten, Leukozyten, Lymphozyten, Hämoglobin, Hämatokrit). Selten: Panzytopenie, Thrombozytopenie, anaphylakt. Rkt., Arzneimittelüberempfindlichkeit, verschwommenes Sehen, Gewichtsabnahme, gesteigerter Appetit, Anorexie, Nervosität, Tinnitus, Pankreatitis, Mundulzeration, Hepatitis, Ikterus, Leberschädigung, toxische epidermale Nekrolyse, Stevens-Johnson-Syndrom, Angioödem, Arzneimittelwirkung mit Eosinophilie und system. Symptomen, generalisierter Hautausschlag (schwerwiegend), Erythem, schuppiger, follikulärer, blasiger oder pustulöser Ausschlag, Ausschlag mit Juckreiz, roter konfluierender oder masernförmiger Ausschlag, Alopezie, Hyperhidrose, Rhabdomyolyse, Gelenksteife, muskuloskeletale Steifigkeit, tubulo-interstitielle Nephritis, Hamdrang, Durst, erhöhter Blutzucker, verlängerte aPTT, erniedrigte Erythrozytenzahl, Erhöhung der alkalischen Phosphatase im Blut. **Warnhinweis:** Enthält Lactose. **Verschreibungspflichtig.** Weitere Einzelheiten enthalten die Fach- und Gebrauchsinformation, deren aufmerksamere Durchsicht empfohlen wird. **Pharmazeutischer Unternehmer:** MENARINI INTERNATIONAL OPERATIONS LUXEMBOURG S.A. Lokaler Vertreter in Deutschland: BERLIN-CHEMIE AG, 12489 Berlin **Adenuric®** ist eine eingetragene Handelsmarke von Teijin Limited, Tokio, Japan (Stand: 01.14)

**UNSERE ZUKUNFT
WIRD ÄLTER.**

Zeit zu handeln.

EINE INITIATIVE DER BERLIN-CHEMIE AG



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**