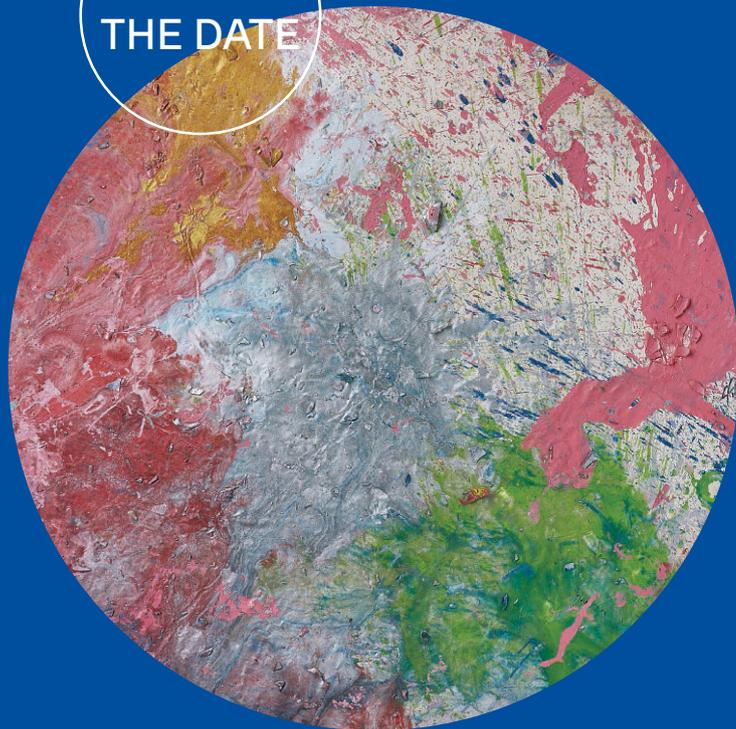


SAVE  
THE DATE



Artist: Shōzō Shimamoto

# Systemisch Denken – Individuell Therapieren

129. Kongress der  
Deutschen Gesellschaft  
für Innere Medizin e.V.

## VORSITZENDER DER DGIM 2022/23 & PRÄSIDENT DES 129. KONGRESSES

Prof. Dr. med. Ulf Müller-Ladner  
Justus-Liebig Universität Gießen  
Campus Kerckhoff, Bad Nauheim

## KONGRESSTEAM

Prof. Dr. Birgit Aßmus (Gießen/Bad Nauheim)  
Prof. Dr. med. Susanne Herold (Gießen)  
Barbara Kempf (Berlin)  
PD Dr. Elena Neumann (Bad Nauheim)  
Prof. Dr. Elke Roeb (Gießen)  
Prof. Dr. med. Andreas Schäffler (Gießen)

## KONGRESS-SEKRETARIAT

Ulrike Gerk  
Daniela Wolff  
dgim2023@kerckhoff-klinik.de

## SCHWERPUNKTTHEMEN

- Systemische Manifestationen von Organerkrankungen
- Allgemeinsymptome: der erste Baustein auf dem Weg zur Diagnose
- Nationale und internationale Leitlinien und Register im Vergleich
- Berufsgruppenübergreifende Lösung klinischer Probleme
- Organübergreifende Nebenwirkungen:  
Wann ist der Fachinternist gefragt?
- Zeitnah realisierbare Therapieideen aus der Basiswissenschaft
- Medizin-Apps – Welche funktionieren wirklich?

## FRÜHBUCHERRABATT

bis 15.02.2023\*

\*Änderungen vorbehalten

22.04 – 25.04.2023  
RheinMain  
CongressCenter  
Wiesbaden

Hybridkongress –  
vor Ort und digital

### Inhalt

- 181 Weitersagen! Reisestipendien und Tutorenprogramm beim 129. Internistenkongress
- 182 Aktuelle Ausschreibungen der DGIM
- 182 Richtig publizieren
- 184 Nutznachweise nach höchsten Standards
- 185 Welche Daten gehören in die elektronische Patientenakte? DGIM legt Empfehlungen vor
- 186 Praxistipps zu Hypo- und Hypernatriämie
- 186 Covid-19 Update im März: Was haben wir nach 3 Jahren gelernt?
- 187 Aktualisierte Nationale VersorgungsLeitlinie „Chronische KHK“
- 189 Fresh up Hausarztmedizin: Neue Termine im März
- 191 Veranstaltungen unter der Schirmherrschaft der DGIM



## Weitersagen! Reisestipendien und Tutorenprogramm beim 129. Internistenkongress

Studierenden der Medizin bietet die DGIM eine Reihe von Vorteilen rund um den Kongress, aber auch darüber hinaus. Von Reisestipendien nach Wiesbaden über ein Tutorenprogramm bis hin zu einem kostenfreien Gastzugang mit Mitglieder-Vorteilen offeriert die DGIM ihnen ein breites Angebot.

Die DGIM vergibt jährlich Reisestipendien in Höhe von 200 € an Medizinstudierende ab dem 6. Semester, die zum 129. Internistenkongress am 22. April bis 25. April 2023 nach Wiesbaden reisen möchten. Für die Bewerbung ist ein einseitiges Motivationsschreiben, Lebenslauf und Immatrikulationsbescheinigung notwendig. Bewerbungen sind bis zum 28.02.2023 möglich. Voraussetzung für die Bewerbung ist zudem die Nutzung des kostenfreien Studenten-Gastzugangs der DGIM. Dieser ermöglicht unter anderem die kostenfreie Kongressteilnahme, aber beispielsweise auch den kostenfreien Online-Zugriff auf die Springer-Fachzeitschrift „Die Innere Medizin“.

Innere Medizin 2023 · 64:180–192

<https://doi.org/10.1007/s00108-023-01477-2>

© 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](mailto:info@dgim.de)



© DGIM/Sven Bratull

### Keine Lust, allein auf den Kongress zu gehen?

Interessierte können sich einer der Gruppen aus Studierenden und jungen Ärzten anschließen, die gemeinsam mit einem erfahrenen Tutor (Mitglieder der AG Alumni bzw. der AG Junge DGIM) den Kongress besuchen. Er sucht gemeinsam mit der Gruppe die besten Sessions heraus und steht für Fragen zur Verfügung. Eine Anmeldung ist bis zum 31.03.2023 per Mail an [info@dgim.de](mailto:info@dgim.de) möglich.

Weitere Informationen:



Reisestipendium und Tutorenprogramm



Gastzugang



JUNGE DGIM



AG Alumni

## Preise & Stipendien

Wissenschaftliche Preise und Förderungen

### Aktuelle Ausschreibungen der DGIM

Für 2023 schreibt die DGIM wieder zahlreiche Stipendien aus: Peter-Scriba-Promotionsstipendien fördern den wissenschaftlichen Nachwuchs, das Clinician Scientist Programm (CSP) und das Advanced Clinician Scientist Programm (ACSP) wenden sich an klinisch tätige Ärztinnen und Ärzte, die durch finanzielle Unterstützung und Freistellung ideale Voraussetzungen für wissenschaftliches Arbeiten bekommen. Bewerbungsfrist ist der 28.02.2023. Die Stipendien werden auf dem kommenden Kongress vergeben und umfassen eine Gesamtfördersumme von 760.000 €. Geplant ist die Vergabe von 3 CSP-, 3 ACSP- und 10 Promotionsstipendien. Zudem finden dort 5 CSP-Abschlusspräsentationen und 1 ACSP-Abschlussbericht statt. Interessierte sind herzlich eingeladen, den Veranstaltungen beiwohnen.

Weitere Informationen finden sich unter DGIM: Stipendien/CSP



Derzeit erhalten folgende Stipendiaten Unterstützung durch die DGIM:

Clinician Scientist Programm (CSP)

- Sbierski-Kind, Julia
- Jarr, Kai-Uwe
- Missios, Pavlos

Advanced Clinician Scientist Programm (ACSP)

- Ohrndorf, Sarah
- Dietrich, Peter
- Hobohm, Lukas
- Scherer, Florian

### Roland Müller Autorenakademie 2022

## Richtig publizieren

Im November fand die 2. Roland Müller Autorenakademie wieder in Präsenz in Berlin statt. Über 3 Tage beschäftigten sich 8 Teilnehmende sowie 17 Dozierende mit verschiedensten Themen rund ums wissenschaftliche Schreiben und Publizieren.

Die Roland Müller Autorenakademie ist ein Nachwuchsförderinstrument der DGIM für junge Nachwuchswissenschaftlerinnen und Nachwuchswissenschaftler im Bereich der Inneren Medizin. Die 8 verfügbaren Teilnehmerplätze wurden mit wissenschaftlich tätigen Internistinnen und Internisten mit bestehender Publikationserfahrung im Early Career Abschnitt belegt.

Die Teilnehmenden wurden im Vorfeld gebeten, Abstracts zu ihren eigenen wissenschaftlichen Projekten zu verfassen sowie Vorstellungstexte zu ihrer Person zu formulieren. Dies ermöglichte bereits eine sehr abgestimmte Vorbereitung der Dozierenden sowie eine individuelle Programmgestaltung. Am ersten Tag drehte sich alles um die ethischen Perspektiven und Herausforderungen beim wissenschaftlichen Arbeiten sowie das Erstellen einer systematischen Literaturrecherche. Am 2. Tag waren Mitherausgeber des Nature und BMC Portfolios zu Gast – sie informierten über die richtige Wahl des Journals für die eigene wissenschaftliche Arbeit und den Review Prozess. Zudem wurde mit Verlegern über die Open Access Publikation diskutiert. Der Wissenschaftsautor und Blogger Ivan Oransky berichtete über seine Arbeit bei Retraction Watch. Der 3. Tag stand ganz im Sinne der Projekte der Teilnehmenden – jeder stellte sein Projekt mit einem Kurzvortrag vor und bekam Lob und Kritik mit konstruktiven Verbesserungsvorschlägen durch das Plenum. Ein interessantes Rahmenprogramm rundete die Tage ab und bot vielfältige Möglichkeiten des Networkings.

**Autorin: Dr.med. Johanna Tennigkeit, Universitätsklinikum Brandenburg an der Havel**



▲ Die Teilnehmenden der Roland Müller Autorenakademie mit Prof. Dr. med. Christoph Sarrazin (links) und Prof. Dr. med. Georg Ertl (rechts) vom DGIM-Vorstand

# Förderprogramme

der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin



Förderung bis zu  
**10.000 €**  
Vergabe bis zu  
**10 Stipendien**

## Peter Scriba Promotionsstipendium

- » unterstützt ein **Freisemester** oder einen **Forschungsaufenthalt** zum Anfertigen anspruchsvoller Promotionsarbeiten
- » fördert die **Teilnahme an Kongressen** zur Präsentation von Ergebnissen
- » richtet sich an **Medizinstudierende** der Fachrichtung Innere Medizin



Förderung bis zu  
**100.000 €**  
Vergabe von bis zu  
**3 Stipendien**

## Clinician Scientist Stipendium

- » schafft **beste Voraussetzungen für wissenschaftliches Arbeiten** durch eine **Freistellung von der ärztlichen Tätigkeit** (etwa 50%)
- » richtet sich an **promovierte, wissenschaftlich interessierte und in Weiterbildung befindliche Ärztinnen und Ärzte** zur Fachärztin/zum Facharzt für Innere Medizin



Förderung bis zu  
**120.000 €**  
Vergabe von bis zu  
**3 Stipendien**

## Advanced Clinician Scientist Stipendium

- » schafft **beste Voraussetzungen für wissenschaftliches Arbeiten** durch eine **Freistellung von der ärztlichen Tätigkeit** (etwa 25% - 50%)
- » richtet sich an **promovierte Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin**, die **nicht älter als 45 Jahre alt** sind, mit klinischer Tätigkeit als (Funktions-) Oberärztin/(Funktions-) Oberarzt



Noch bis zum **28.02.2023 online** bewerben!



## Digitale Gesundheitsanwendungen

# Nutzennachweise nach höchsten Standards

Rund 2 Jahre nach Einführung der Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) für gesetzlich Versicherte sind derzeit 34 dieser speziellen Gesundheits-Apps im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gelistet, davon 6 für internistische Krankheitsbilder. Allerdings besitzen viele der dort aufgeführten Produkte nur eine vorläufige Zulassung, 4 wurden bereits wieder gestrichen. Dauerhaft zugelassen werden DiGA erst, wenn sie in Studien ihren medizinischen Nutzen oder eine patientenrelevante Struktur- und Verfahrensverbesserung in der Versorgung nachgewiesen haben. Diese Vorgabe stellt besondere Anforderungen an das Studiendesign, betont die Arbeitsgruppe „DiGA/KI in Leitlinien“ der DGIM in einer aktuellen Veröffentlichung [1]. Für die Arbeit, die kürzlich in „Die Innere Medizin“ erschienen ist, haben die AG-Mitglieder die Designs verschiedener laufender DiGA-Zulassungsstudien ausgewertet und mit methodischen Überlegungen abgeglichen.

Kann eine DiGA wirklich helfen oder wirkt allein die Verschreibung einer solchen Gesundheits-App als Placebo? Dies ist eine der Fragestellungen, der das Team der AG „Digitale Gesundheitsanwendungen/KI in Leitlinien“ um Professor Dr. med. Martin Möckel nachgegangen ist. „Die Untersuchung von DiGA in wissenschaftlichen Studien ist eine Herausforderung, da bei ihrer Anwendung viele Aspekte ineinandergreifen. Dazu zählen beispielsweise die Motivation und die technischen Fähigkeiten der Anwendenden oder aber die Fähigkeit der Verordnenden, die DiGA und ihren Nutzen zu erklären“, erklärt Möckel, Ärztlicher Leiter der Notfallmedizin und der Chest Pain Units am Campus Mitte und am Virchow-Klinikum sowie Prodekan für Studium und Lehre der Berliner Charité.

Damit das BfArM eine digitale Anwendung dauerhaft für eine Verordnung an gesetzlich Versicherte zulässt, muss sie einen medizinischen Nutzen oder eine patientenrelevante Struktur- oder Verfahrensverbesserung anhand belastbarer Outcome-Parameter nachweisen. Dies kann laut der DiGA-Verordnung etwa eine Verkürzung von Wartezeiten, einen vereinfachten Zugang zu medizinischen Leistungen oder eine Steigerung der Therapietreue umfassen.

Der Nutzennachweis kann mit bestimmten Studientypen erfolgen. „Aus unserer Sicht eignen sich prospektive, idealerweise randomisierte und kontrollierte Interventionsstudien am ehesten, um

unmittelbare Effekte einer DiGA nachzuweisen“, so Möckel. Bei diesem Studientyp erhält eine sogenannte Interventionsgruppe Zugang zu einer bestimmten Gesundheits-App. Ihr gegenüber steht eine Vergleichsgruppe, die nach den Vorgaben entweder eine Behandlung ohne digitale Unterstützung, gar keine Behandlung oder eine vergleichbare DiGA erhält. Je nach Konstruktion der Interventions- und der Kontrollgruppe werden dabei unterschiedliche Effekte geprüft. Für die Interpretation der Ergebnisse ist es wichtig, dass die Methodik präzise berichtet und diskutiert und auch das Nutzungsverhalten der Studienteilnehmenden ausführlich dargestellt wird, so der DGIM-Experte.

Daneben gibt es beim Studiendesign weitere Aspekte zu beachten, die die Aussagekraft der Ergebnisse beeinflussen, etwa die Auswahl der Probandinnen und Probanden, die Definition der Endpunkte oder die mögliche Abbruch-Rate unter den Studienteilnehmenden. Dies gelte dann entsprechend auch für die nachfolgenden Phase-IV-Studien, die im Unterschied zu den hochkomplexen Arzneimittelstudien auch durch die Krankenkassen durchgeführt und in nationalen und internationalen Journalen publiziert werden könnten. „Wie die Krankenkassen würden auch wir es begrüßen, wenn es einheitliche und anerkannte Standards zur Durchführung und Bewertung der Studien gäbe“, so Möckel unter Verweis auf den DiGA-Report 2022 der Techniker Krankenkasse [2]. Dies würde auch bedeuten, dass es wie bei den Medikamenten für jede DiGA ein „label“ für die Anwendung gibt, um die Kostenerstattung durch die Krankenkassen abrechnungssicher zu ermöglichen.

## Wirksamkeitsnachweise in der Routineanwendung stehen noch aus

„Insgesamt liegen noch wenige Daten zum Nutzen der internistischen DiGA vor. Auch über ihre Wirksamkeit in der Routineanwendung wissen wir noch wenig, da noch keine Untersuchungen etwa auf Basis von Abrechnungsdaten veröffentlicht wurden“, beschreibt Möckel. „Es ist nun Aufgabe der DiGA-Hersteller, diese Lücke zu schließen und den medizinischen Nutzen nach hohen wissenschaftlichen Standards nachzuweisen. Wenn ihnen das gelingt, könnten DiGA als eine niederschwellige, moderne und evidenzbasierte Therapie-Option die Versorgung sinnvoll ergänzen“, sagt der aktuelle DGIM-Vorsitzende Professor Dr. med. Ulf Müller-Ladner, Direktor der Abteilung für Rheumatologie und Klinische Immunologie an der Kerckhoff-Klinik in Bad Nauheim, und fügt an: „Wichtig ist dabei auch, die Patientinnen und Patienten darauf hinzuweisen, dass DiGA keine ‚Spiele-Apps‘ sind, sondern Medizininstrumente, von denen relevante Entscheidungen abhängen“.

## Literatur

1. König IR, Mittermaier M, Sina C et al (2022) Nachweis positiver Versorgungseffekte von digitalen Gesundheitsanwendungen – methodische Herausforderungen und Lösungsansätze. Innere Medizin 63:1298–1306
2. Techniker Krankenkasse (2022) DiGA-Report 2022

# Welche Daten gehören in die elektronische Patientenakte? DGIM legt Empfehlungen vor

Die elektronische Patientenakte (ePA) hat großes Potenzial, die Abläufe im Gesundheitswesen reibungsärmer zu gestalten, etwa indem der Austausch von Befunddaten und Behandlungsergebnissen digital erfolgt. Das stellt sicher, dass Röntgenbilder, Blutwerte und weitere versorgungsrelevante Informationen mehreren Behandlern zur Verfügung stehen. Doch die Einführung der ePA stockt. Viele Fragen nach ihrer Ausgestaltung sind noch offen – vor allem, welche Daten darin hinterlegt werden sollen und nach welchen Standards dies erfolgt. Die DGIM hat hierzu anhand von konkreten Beispielen aus dem Versorgungsalltag Empfehlungen erarbeitet. Die Fachgesellschaft möchte mit den Vorschlägen einen Beitrag dazu leisten, weiterhin offene organisatorische Fragestellungen rund um die ePA schnellstmöglich zu klären, um deren Umsetzung zu beschleunigen. Zahlreiche internistische Schwerpunktgesellschaften tragen die Empfehlungen mit.

Bislang haben nur sehr wenige digitalaffine Versicherte eine elektronische Patientenakte bei ihrer Krankenkasse beantragt. Ihre Zahl beläuft sich laut Angaben der gematik bislang auf gerade einmal 550.000 Personen. „Sobald die ePA in der Breite bei den Versicherten ankommt, kann sie die medizinische Versorgung deutlich verbessern. Das zeigen die Praxisbeispiele, die wir in unserem Paper zusammengestellt haben“, erklärt Privatdozent Dr. med. Sebastian Spethmann, Sprecher der DGIM-Arbeitsgruppe Digitale Versorgungsforschung, der das Paper federführend verfasst hat. „Dem Rettungsdienst, den Kolleginnen und Kollegen in der Notaufnahme oder der Intensivstation fehlen oft wichtige Informationen zum Gesundheitszustand oder der Krankengeschichte von Patientinnen und Patienten“, nennt Spethmann, der Kardiologe am Deutschen Herzzentrum der Charité ist, Beispiele, in denen die ePA die Versorgung konkret verbessern könnte. In diesem Fall könnte ein in der ePA hinterlegter Notfalldatensatz, der etwa Informationen zu Vorerkrankungen, Dauermedikationen oder Allergien enthält, über Leben und Tod entscheiden.

## DGIM schlägt 8 Themenfelder vor

Daneben schlägt die Arbeitsgruppe der DGIM vor, Daten zu 8 weiteren Themenfeldern in der ePA zu speichern. Dazu zählen etwa persönliche Erklärungen wie der Organspendeausweis, die Patientenverfügung und die Vorsorgevollmacht oder aber Medikationspläne, der Impfpass sowie Laborbefunde und Arztbriefe. „Unsere Überlegungen gehen von der internistischen Praxis und ihren Anforderungen aus. Wir möchten damit einerseits zur Diskussion anregen, welche Daten in der ePA erfasst werden und wie diese darin aufbereitet werden sollten“, erklärt Professor Dr. med. Claus Vogelmeier, Sonderbeauftragter für Digitalisierung im Vorstand der DGIM und Vorsitzender der DGIM-Kommission Digitale Trans-

formation der Inneren Medizin. „Auf der anderen Seite bieten wir damit zugleich einen konkreten Vorschlag zur Ausgestaltung“, so Vogelmeier.

„Die Digitalisierung im Gesundheitswesen – und davon ist die ePA ein wichtiger Teil – ist dringend notwendig und überfällig“, sagt auch DGIM-Generalsekretär Professor Dr. med. Georg Ertl. Alle Beteiligten müssten jedoch anerkennen, dass die Umstellung von der Papier- auf die elektronische Akte für Ärztinnen und Ärzte zunächst mit erheblichem zeitlichen und organisatorischen Mehraufwand verbunden sein wird, so der Internist und Kardiologe aus Würzburg. Dies müsse entsprechend Berücksichtigung finden. „Die ärztliche Zeit gehört zuallererst den Patientinnen und Patienten“, ergänzt der DGIM-Vorsitzende Professor Dr. med. Ulf Müller-Ladner. Da im Alltag in Klinik und Praxis die Kapazitäten für eine Beta-Testung der Soft- und Hardware fehlten, müsse die ePA weitgehend serienreif sein. Dies sei für eine möglichst große Akzeptanz der ePA in der Ärzteschaft entscheidend. „Mit unseren Vorschlägen wollen wir dazu einen Beitrag leisten und die rasche Umsetzung der ePA fördern“, so Ertl abschließend.

Diese Informationen sollten nach Vorschlag der DGIM in der ePA hinterlegt sein:

### Notfalldatensatz (NFD) bzw. Elektronische Patientenkurzakte (ePKA)

- Größe, Gewicht
- Vorerkrankungen (mit ICD 10)
- Aktuelle Dauermedikation (inkl. Bedarfsmedikation)
- Allergien (mit klinischen Angaben) und Unverträglichkeiten
- Angaben zu Implantaten
- Pflegestufe
- Einschluss in ein Patientenprogramm, z. B. DMP
- Kontaktinformationen Angehörige, Pflegeeinrichtung, behandelnde Ärzt:innen/Einrichtungen

### Datensatz persönliche Erklärungen (DPE)

- Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuung (Kontakt-daten der Pflegeeinrichtung inkl. Pflegebögen), ggf. vorhandener Pflegegrad
- Patientenverfügung
- Organspendeausweis

### Aktuelle Medikation

- Bundeseinheitlicher Medikationsplan (BMP), elektronischer Medikationsplan (eMP) und Angabe über Indikationen und Medikationshistorie
- Ggf. Interaktionscheck-Option

### Impfdokumentation

- Impfpass

### Briefe und Berichte

- Stationäre Behandlung
- Briefe ambulante Fachärzte
- Physiotherapeuten, andere Heilberufe

### Befunde

Befunde von

- Labor-Untersuchungen (z. B. Klinische Chemie, Hämatologie etc.)
- apparativen Untersuchungen (z. B. EKG, Lungenfunktion etc.)
- bildgebenden Verfahren (z. B. CT, MRT, Ultraschalluntersuchungen etc.)



Neues Webinar in der DGIM e.Akademie

## Praxistipps zu Hypo- und Hypernatriämie

Die Behandlung von Hypo- und Hypernatriämien ist komplexer, als es auf den ersten Blick scheint. Nicht daran zu denken, kann schon das erste Problem verursachen. Es folgt die Abklärung der Ursachen. Und bei bedrohlichen Elektrolytentgleisungen ist zwar sofortiges Handeln gefragt – zu aggressiv darf es allerdings gerade beim Natrium-Mangel auch nicht sein. Die Nephrologin Dr. Mariam Abu-Tair klärt über diagnostische und therapeutische Fallstricke auf.

Das Webinar findet am 15.02.2023 von 18 bis 19 Uhr statt. Eine Übersicht über alle Aufzeichnungen finden Interessierte hier: [Webinare | CME | www.dgim-eakademie.de](#). Die Anmeldung zum Webinar ist für DGIM-Mitglieder kostenfrei unter dem abgebildeten QR-Code möglich.

**DGIM e.Akademie**

**Live-Webinar**

Dr. M. Abu-Tair

**Störungen des Natriumstoffwechsels**

**15.2.23**  
**18 Uhr**

**Jetzt kostenlos anmelden!**

## Covid-19 Update im März: Was haben wir nach 3 Jahren gelernt?

In Kooperation mit med update veranstaltet die DGIM die kostenfreie Covid-19 Update-Sendereihe mit hochaktuellem medizinischem Wissen und Informationen rund um die Infektion und Erkrankung. Der nächste Termin findet am 20.03.2023 statt. Eine CME-Zertifizierung ist beantragt.

Unter dem Titel „3 Jahre Covid-19 Pandemie: Was haben wir gelernt?“ informieren Professor Christoph Sarrazin, Wiesbaden, Professor Tobias Böttler, Freiburg und Professor Andreas Stang, Essen, über aktuelle News zur Pandemie, infektiologischer Entwicklung, Immunologie und Epidemiologie.

Durch die integrierte Chatfunktion können Teilnehmende sich mit Fragen direkt an die Experten im Studio wenden. Zusätzlich stehen alle Sendungen als Video on demand auf der Plattform zur Verfügung.

Zur Anmeldung: 29. Covid-19 Update – 3 Jahre Covid-19 Pandemie: Was haben wir gelernt? – [streamedup! \(streamed-up.com\)](https://streamed-up.com)



Neues aus der Kommission Leitlinien der DGIM

## Aktualisierte Nationale VersorgungsLeitlinie „Chronische KHK“

Aktuell arbeiten Delegierte der DGIM-Kommission „Leitlinien“ an über 70 Leitlinien der internistischen Schwerpunktgesellschaften mit. Vor kurzem erschien die Version 6.0 der Nationalen VersorgungsLeitlinie Chronische KHK. Im Folgenden wird das in 2022 aktualisierte Kapitel „Revaskularisationstherapie“ beschrieben, das von mehreren beteiligten Gesellschaften erarbeitet und konsentiert wurde. DGIM-Mandatsträger waren Prof. Dr. med. Claudius Jacobshagen, ViDia Christliche Kliniken Karlsruhe und Prof. Dr. med. Karl Werdan, Universitätsklinikum Halle (Saale).

Die vor kurzem erschienene Version 6.0 der Nationalen VersorgungsLeitlinie Chronische KHK enthält alle in den letzten 6 Jahren aktualisierten Kapitel – 2016: Epidemiologie; Schweregrade und Klassifizierungen; Diagnostik bei (Verdacht auf) KHK; 2019: Therapieplanung und gemeinsame Entscheidungsfindung; Konservative nicht-medikamentöse Therapie; Medikamentöse Therapie; Rehabilitation; Versorgungskoordination und Langzeitbetreuung; 2022: Revaskularisationstherapie. Im Folgenden liegt der Fokus ausschließlich auf dem 2022 aktualisierten Kapitel 8 „Revaskularisationstherapie“. Vorab soll noch angemerkt werden, dass der Begriff „Chronische KHK“ der NVL-Leitlinie mittlerweile

im internationalen Schrifttum mit dem Begriff „Chronisches Koronarsyndrom“ analog zum „Akuten Koronarsyndrom“ ersetzt worden ist. „Chronische Koronare Herzkrankheit“ und „Chronisches Koronarsyndrom“ sind demzufolge synonym verwendbar.

Die Aktualisierung des Kapitels „Revaskularisationstherapie“ wurde unter der kompetenten Moderation des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (äzq) im Wesentlichen von Delegierten der Deutschen Gesellschaft für



▲ Prof. Dr. med. Karl Werdan

Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung (DGK), der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTH), der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) sowie der DGIM erarbeitet und anschließend von allen 18 beteiligten Gesellschaften/Institutionen konsentiert. DGIM-Mandatsträger waren Prof. Dr. med. Claudius Jacobshagen, ViDia Christliche Kliniken Karlsruhe und Prof. Dr. med. Karl Werdan, Universitätsklinikum Halle (Saale).

### Key facts

Die in diesem Kapitel dargestellten Maßnahmen dienen dazu, diejenigen Patienten mit chronischer Koronarer Herzkrankheit (KHK) zu identifizieren, die von einer Revaskularisation – perkutane Koronarintervention (PCI) und aortokoronare Bypassoperation (CABG) – in Bezug auf die Therapieziele „Symptomatik und Lebensqualität“ sowie „Verbesserung der Prognose“ einen Nutzen haben. Dabei wird vorausgesetzt, dass eine stenosierende KHK vorliegt, z. B. dokumentiert anhand eines nicht-invasiven Ischämie-Nachweises bei symptomatischen Patienten und Patientinnen (Angina pectoris oder Äquivalent). Die Leitlinie betont, dass bei diesen Patienten parallel zu eventuellen Maßnahmen der Revaskularisation immer auch Medikamente und Verhaltensänderungen (siehe die entsprechenden Kapitel) eingesetzt werden sollen.

Das aktualisierte Revaskularisationskapitel enthält insgesamt 12 Empfehlungen, welche von allen beteiligten Fachgesellschaften im Konsens getragen werden. Die meisten Empfehlungen wurden im Vergleich zur Vorversion bestätigt, eine Empfehlung wurde modifiziert (Wahl des Therapieverfahrens bei der Hauptstammstenose), und eine Empfehlung wurde neu gestaltet (Therapieziel: „Verbesserung der Prognose“). Die Empfehlungen sind mit den üblichen Empfehlungsgraden „soll“ (↑↑), „sollte“ (↑), „kann“ (↔), „sollte nicht“ (↓↓) und „soll nicht“ (↓↓↓) versehen.

Ein „Herzansliegen“ dieser NVL-Leitlinie ist die adäquate Einbindung des Patienten in die Entscheidungsfindung, was vor allem bei invasiven Maßnahmen im Falle der Revaskularisationstherapie von großer Relevanz ist. Die NVL-Leitlinie konstatiert demzufolge: „Es ist deshalb unangemessen, bei Menschen mit vermuteter oder nachgewiesener KHK aus Befunden gleichsam automatisch bestimmte Behandlungskonsequenzen zu ziehen. Diese Leitlinie empfiehlt deshalb an wesentlichen Punkten des Entscheidungsalgorithmus den Einsatz von Entscheidungshilfen. Mit deren Hilfe sollen Betroffene die sehr unterschiedlichen Optionen des weiteren Vorgehens und eine eigene Präferenz dazu entwickeln können.“ Diese Entscheidungshilfen sollen als Grundlage für das Patient:innen-Ärztin/Arzt-Gespräch dienen. Erfahrungsgemäß werden sie leider viel zu selten von Kardiolog:innen und Herzchirurg:innen eingesetzt.

- Entscheidungshilfen: Ein „Soll“ für Patienteninformation und Patient-Arzt-Gespräch!  
Gleich drei „Soll“ (↑↑)-Empfehlungen des Kapitels betonen, dass die KHK-Patienten mit Entscheidungshilfen beraten und diese Beratungen dokumentiert werden sollen: → „Verdacht auf koronare Herzkrankheit – Brauche ich eine Herzkatheteruntersuchung?“

- „Katheter-Untersuchung bei koronarer Herzkrankheit – Stents einsetzen oder erstmals abwarten?“ und
  - „Verengte Herzkranzgefäße – Stent oder Bypass?“.
- Therapieziel: Verbesserung von Symptomatik und Lebensqualität
- Unstrittig unter den Delegierten war auch weiterhin die **Soll(↑↑)-Empfehlung, dem Patienten bei einer konservativ nicht ausreichend behandelbaren Symptomatik** (Angina pectoris oder Äquivalente) bei geeigneter Koronarmorphologie (nach invasiver Diagnostik) **eine Revaskularisation anzubieten**.
- Beide Revaskularisationsverfahren werden bei fortbestehender Symptomatik trotz optimaler medikamentöser Therapie als wirksam angesehen. Zur Wahl des Verfahrens siehe Abschnitt „Falls Revaskularisation indiziert: wann PCI, wann CABG?“
  - Dabei wird die „optimale medikamentöse Therapie“ nicht weiter präzisiert, so dass diese Entscheidung ausschließlich in den Händen von Patient:innen und Ärzt:innen liegt.
  - Nach Einschätzung der Leitliniengruppe gibt es derzeit keinen Nachweis der Über- oder Unterlegenheit einer bestimmten antianginösen Medikamentengruppe – Betablocker, Nitrate, Kalziumantagonisten, Ivabradin, Ranolazin – bezüglich ihrer symptomatischen Wirkung.
- Therapieziel: Verbesserung der Prognose (Lebensverlängerung)
- In einer äußerst konstruktiven Zusammenarbeit haben Kardiologen, Herzchirurgen, Allgemeinmediziner und Internisten bei diesem schwierigen Thema eine Konsensbildung erzielt. Schwierig deshalb, weil die Evidenz für eine prognostische Überlegenheit (Überleben) der Revaskularisation gegenüber der ausschließlichen optimalen medikamentösen Therapie (OMT) nur für die CABG für spezifische Patientengruppen hoch bis moderat ist, wohingegen eine lebensverlängernde Wirkung einer nicht notfallmäßigen PCI in prospektiv randomisierten Studien nicht nachgewiesen ist.
- Als Resultat der Datenlage empfiehlt die Leitlinie, dass zunächst die Patient:innen darüber aufgeklärt werden sollen (↑↑), dass eine Bypass-Op abhängig von der Schwere der Erkrankung (3-Gefäßerkrankung, höherer Syntax-Score, Diabetes, Hauptstammstenose, Herzinsuffizienz mit eingeschränkter Pumpfunktion) einen möglichen Überlebensvorteil gegenüber der alleinigen OMT bietet.
  - Die zur Diagnosefindung notwendige Herzkatheteruntersuchung soll allerdings nicht durchgeführt werden (↓↓) bei Patient:innen, welche zu einer Bypass-Op mit dem Ziel der Lebensverlängerung nicht bereit sind oder bei denen eine Kontraindikation dafür besteht.
  - Bei Patient:innen, bei denen die Bypass-Op in den oben genannten Situationen keine Option darstellt, kann (↔) eine PCI angeboten werden.

Über diese Empfehlung wurde verständlicherweise am längsten „gerungen“, ist doch eine möglichst hohe Evidenz üblicherweise die Basis für eine starke Empfehlung. Allerdings deutet zumindest eine post hoc Auswertung der ISCHEMIA-Studie darauf hin, dass hinsichtlich der Rate von Myokardin-

farkten ein prognostischer Vorteil bestehen könnte. Die Leitliniengruppe hielt es für plausibel anzunehmen, dass in diesen Ausnahmefällen die invasive Diagnostik mit anschließender PCI eine alternative Option ist und sprach deshalb eine offene (↔) Empfehlung aus.

- Allerdings sollen (↑↑) diese Patient:innen darüber aufgeklärt werden, dass für einen möglichen Überlebensvorteil der PCI keine Evidenz aus randomisierten Studien vorliegt. Diese Empfehlung – Patient:innen vor Therapieentscheidung zur PCI über die Unsicherheit bezüglich des Nutzens und die bestehenden Risiken zu informieren – leitet sich insbesondere aus der ethischen Verpflichtung sowie den rechtlichen Grundlagen (Patientenrechtegesetz) ab.
- Falls Revaskularisation indiziert: wann PCI, wann CABG?
- Ist die Entscheidung zur Revaskularisation gefallen, so hängt die Wahl des Verfahrens – CABG oder PCI – von mehreren Faktoren ab: Präferenz des Patienten, morphologisch-anatomische Kriterien der betroffenen Koronargefäße sowie Komorbiditäten. Komplexität der Komorbiditäten (Diabetes mellitus, Niereninsuffizienz, etc) und Ausmaß des Koronarbefundes (linkskoronare Hauptstammstenose, Ein-/Mehrgefäß-KHK, etc) sind nur partiell in randomisierten kontrollierten Studien abgebildet. Dennoch ermöglichte die sorgfältige Analyse der vorliegenden Daten es der Leitliniengruppe, für die meisten Betroffenen eine Therapieempfehlung abzugeben. Dabei hat die Leitliniengruppe bei der Erstellung der Revaskularisations-Empfehlungen dem SYNTAX-Score bei der Abschätzung des Ausmaßes der Koronarbefundes eine wichtige diskriminierende Rolle beigemessen, wie dies auch bei den ESC-Empfehlungen der Fall ist. Allerdings spricht vieles dafür, dass dem SYNTAX-Score in der täglichen Praxis bedauerlicherweise nicht der Stellenwert zukommt, den sich die Leitliniengruppe wünscht.
- Bei komplexen Koronarbefunden (SYNTAX-Score) soll (↑↑) über den Therapievorschlag im Herzteam entschieden werden.
  - Bei Menschen mit Diabetes mellitus und koronarer Mehrgefäßerkrankung soll (↑↑) als Revaskularisationsverfahren die Bypass-Op angeboten werden.
  - Patient:innen mit **koronarer Mehr-Gefäßerkrankung (GE) und/oder linkskoronarer Hauptstammstenose (HSS)** „soll (↑↑)“ bzw. **nachrangig „sollte (↑)“** eine Revaskularisation gemäß **Tab. 1** angeboten werden:

Schließlich hat die Leitliniengruppe nach Prüfung der Evidenz entschieden, die Messung der fraktionellen Flussreserve (FFR) zur Unterstützung der Therapieentscheidung bei geplanter Revaskularisation zu empfehlen, und zwar – bei geeigneter Anatomie – im Falle unklarer funktioneller Relevanz.

Die derzeit gültige NVL Chronische KHK mit dem aktualisierten Revaskularisationskapitel ist auf den Internetseiten des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (äzq) und im Leitlinienregister der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) abzurufen.

Tab. 1 Revaskularisation		
Ausmaß KHK	Empfehlungsgrad	
	CABG	PCI
1-GE mit proximaler RIVA-Stenose (PCI weniger invasiv, jedoch bezüglich Reintervention CABG unterlegen)	↑↑	↑↑
1- oder 2-GE ohne proximale RIVA-Stenose	↑	↑↑
2-GE mit proximaler RIVA-Stenose (SYNTAX-Score ≤ 22)	↑↑	↑↑
2-GE mit proximaler RIVA-Stenose (SYNTAX-Score ≥ 23)	↑↑	↑
3-GE (SYNTAX-Score ≤ 22)	↑↑	↑
3-GE (SYNTAX-Score ≥ 23)	↑↑	nicht empfohlen
HSS (SYNTAX-Score ≤ 22)	↑↑	↑↑
HSS (SYNTAX-Score 23–32)	↑↑	↑
HSS (SYNTAX-Score ≥ 33)	↑↑	nicht empfohlen

Wer Interesse an den Details der Leitlinie (AWMF-Registernummer nvl – 004) hat, kann sie hier herunterladen: AWMF Leitlinienregister

## Fresh up Hausarztmedizin: Neue Termine im März

In der Hausarztpraxis dominiert die Innere Medizin in seiner gesamten Breite und Tiefe. Nicht zuletzt deshalb wächst die Gruppe der hausärztlich tätigen Internisten stetig. Wie aber fit bleiben, wenn die tagtägliche Patientenflut kaum Zeit für die Auffrischung mit aktuellem Wissen gibt? „fresh up Hausarztmedizin“ ist ein digitales Format, das in Kooperation mit der Arbeitsgruppe Hausärztliche Internisten der DGIM entwickelt wurde, und auch 2023 wieder allen Hausärztinnen und Hausärzten angeboten wird. Die DGIM unterstützt dieses State-of-the-Art-Seminar, weil es eine hervorragende Ergänzung zu den bereits bestehenden Fortbildungsangeboten ist und das wichtige Segment Hausärztliche Innere Medizin stärkt.

In Zusammenarbeit mit der AG Hausärztliche Internisten der DGIM wurde das Format geschaffen, welches in 2023 gleich an vier Terminen über das Jahr verteilt stattfinden wird. In jeweils vier Seminartagen wird der aktuelle „Stand der Kunst“ von ausgewiesenen Expertinnen und Experten innerhalb von 24 Vorlesungsstunden auf der Basis der aktuellen Leitlinien, Expertenerfahrung und interaktiven Fallbeispielen vorgestellt und mit den Teilnehmenden per Live-Chat diskutiert.

Das Seminar findet digital und aufgeteilt in 2×2 Tage im Abstand von 2 Wochen statt. Zusätzlich stehen die Vorlesungen im Nachgang als Video-on-Demand zur Verfügung. Neben den 32

### Live-Stream-Termine 2023

- 17./18. März & 31. März/01. April 2023
- 16./17. Juni & 30. Juni/01. Juli 2023
- 01./02. September & 15./16. September 2023
- 24./25. November & 08./09. Dezember 2023

Mehr dazu unter: [www.dgim.de/fresh-up-hausarztmedizin](http://www.dgim.de/fresh-up-hausarztmedizin)

Fortbildungspunkten erhalten alle Teilnehmenden ein eHandout mit allen Vortragscharts.

Zielgruppen von „fresh up Hausarztmedizin“ sind Hausärzte bzw. hausärztliche Internisten, die ihr Grundwissen auffrischen oder wieder einsteigen möchten. Gleichzeitig richtet sich das Seminar an angehende Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin in Klinik und Praxis. Die Teilnahmegebühr beträgt bis 7 Wochen vor Veranstaltung 299 €, danach 349 € für das gesamte Seminar. Mitglieder der DGIM erhalten einen Rabatt von 29 €. Für DGIM-Neu-Mitglieder und DGIM Ärzte in Weiterbildung beträgt der Rabatt 49 €. Anmeldung unter: [www.freshup-hausarztmedizin.de](http://www.freshup-hausarztmedizin.de)

## Ihr Leitfaden in der Rheumatologie

### 18. Rheumatologie-Update-Seminar

An zwei kompakten Tagen (17.–18. März 2023) fasst das Referierendenteam des Update-Seminars alle wichtigen aktuellen Studien aus den Kernbereichen der Rheumatologie kompetent zusammen. Die kritische Analyse und unabhängige Darstellung der Daten und Fakten sind dabei ebenso zentrale Aspekte

dieses Fortbildungskonzeptes wie die praxisnahe Einbettung der Studienergebnisse in Ihren Klinik- und Praxisalltag.

Bei Präsenzteilnahme haben Sie die Möglichkeit, individuelle Fragen im Speakers' Corner an das Team aus Expertinnen und Experten zu stellen und den

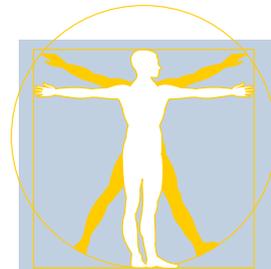
Fortbildungsfreitag beim Get-together ausklingen zu lassen.

Neben den Kerngebieten enthält das diesjährige Programm die Hot Topics »Rheuma und Psyche« (Prof. Braus, Eltville) und »Rheuma und Gastroenterologie« (Prof. Sarrazin, Wiesbaden).

Zur Vertiefung der Seminarinhalte und als praktisches Nachschlagewerk erhalten alle Teilnehmenden das Handbuch UPDATE RHEUMATOLOGIE 2023 mit den Manuskripten der Referierenden im eBook-Format. Außerdem stehen im Nachgang zur Veranstaltung neben sämtlichen Vortragspräsentationen zusätzlich die Vorträge als Videos-on-Demand kostenfrei zur Verfügung.

Am Donnerstagabend vor dem Update findet wieder das bewährte und begehrte Kasuistikensymposium »Rheuma interaktiv« als Präsenzveranstaltung statt. Für Rheuma-Update-Teilnehmende ist die Teilnahme kostenfrei, eine gesonderte Anmeldung ist erforderlich.

Schirmherren des Rheuma Updates sind die Rheumaakademie, die RheumaDocs und die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin. Das Seminar wird von Sponsoren aus der Industrie unterstützt, die uneingeschränkt hinter dem Update-Konzept der produktneutralen medizinischen Fortbildung stehen, indem sie das Konzept der unbeeinflussten medizinischen Fortbildung unterstützen.



#### 18. Rheumatologie-Update-Seminar

17.–18.03.2023, Mainz

#### Wissenschaftliche Leitung

Elisabeth Märker-Hermann, Wiesbaden  
Bernhard Manger, Erlangen  
Ulf Müller-Ladner, Bad Nauheim

#### UPDATE-Vorschau

##### Cardio Update

24.–25.02.2023, Berlin  
17.–18.03.2023, Mainz  
[cardio-update.com](http://cardio-update.com)

##### Diabetes Update

24.–25.02.2023, Mainz  
[diabetes-update.com](http://diabetes-update.com)

##### Allergo Update

03.–04.03.2023, Frankfurt  
[allergo-update.com](http://allergo-update.com)

##### Angio Update

10.–11.03.2023, Berlin  
[angio-update.com](http://angio-update.com)

##### Gastro Update

10.–11.03.2023, Mainz  
24.–25.03.2023, Berlin  
[gastro-update.com](http://gastro-update.com)

##### Praxis Update

28.–29.04.2023, Berlin/Köln  
05.–06.05.2023, München  
12.–13.05.2023, Mainz/Hamburg  
[praxis-update.com](http://praxis-update.com)

#### Alle Veranstaltungen parallel als Livestream



Überzeugt vom Update-Konzept übernimmt die DGIM seit 2007 die Schirmherrschaft für alle Update-Seminare der Inneren Medizin.

Programm
<b>Pathogenese und Immunologie</b> Ulf Müller-Ladner, Bad Nauheim
<b>RA: Diagnostik und Komorbiditäten</b> Klaus Krüger, München
<b>RA: Therapie</b> Andrea Rubbert-Roth, St. Gallen
<b>Hot Topic: Rheuma und Psyche</b> Dieter F. Braus, Eltville
<b>Infektionen</b> Christian Kneitz, Schwerin
<b>Hot Topic: Rheuma und Gastroenterologie</b> Christoph Sarrazin, Wiesbaden
<b>Orthopädische Rheumatologie</b> Ralph Gaulke, Hannover
<b>Metabolische Arthritiden, seltene Erkrankungen</b> Bernhard Manger, Erlangen
<b>Vaskulitiden</b> Bernhard Hellmich, Kirchheim unter Teck
<b>Osteologie, Physikalische Medizin</b> Philipp Klemm, Bad Nauheim
<b>SLE und APS</b> Christof Specker, Essen
<b>Sjögren, Myositis, PSS</b> Gabriela Riemekasten, Lübeck
<b>Spondyloarthritiden I</b> Uta Kiltz, Herne
<b>Spondyloarthritiden II</b> Axel Hueber, Nürnberg

Ermäßigte Teilnahmegebühr für DGIM-Mitglieder!  
Anmeldung und weitere Informationen unter [rheuma-update.com](http://rheuma-update.com)

# Veranstaltungen unter der Schirmherrschaft der DGIM



## Februar

### Intensivkurs Innere Medizin

27.02.–04.03.2023 | München Innenstadt & digital

**Veranstalter:** Münchner Akademie für Ärztliche Fortbildung e. V., [www.maaef.de](http://www.maaef.de)

**Wissenschaftliche Organisation:**

Prof. Dr. med. Martin Reincke

Prof. Dr. med. Ralf Schmidmaier

**Gebühr:** Regulär 580,00 €, DGIM-Mitglieder 500,00 €

**Anmeldung/Organisation:**

[www.maaef.de/veranstaltung/intensivkurs-innere-2023](http://www.maaef.de/veranstaltung/intensivkurs-innere-2023)

## März

### 67. Jahreskongress der Saarland-Pfälzischen Internistengesellschaft e. V. (SPIG)

02.03.–04.03.2023 | Neustadt a. d. Weinstraße & digital

**Veranstalter:** SPIG e. V., [www.spig.org](http://www.spig.org)

**Leitung:** Prof. Dr. med. Tim Zimmermann

Prof. Dr. med. Thomas Rabenstein

**Gebühr:** Regulär 75,00 €

**DGIM-Mitglieder:** 70,00 €

**Anmeldung/Organisation:** [www.spig.org](http://www.spig.org), diaplan GmbH, Carina Rauls, E-Mail: [c.rauls@diaplan.de](mailto:c.rauls@diaplan.de), Tel. 02204-973101

### Intensivkurs Innere Medizin

13.03.–18.03.2023 | Hannover

**Veranstalter:** KRH Klinikum Siloah, Hannover

**Leitung:** Prof. Dr. med. Jan Menne

**Gebühr:** Regulär (Präsenz/Online): 520,00 €/440,00 €;

DGIM-Mitglieder (Präsenz/Online): 480,00 €/400,00 €

**Anmeldung/Organisation:** Z. Kizil, Tel.: 0511 9272400;

E-Mail: [zueleyha.kizil@krh.eu](mailto:zueleyha.kizil@krh.eu),

Webseite: [www.fortbildungen.univiva.de/provider/krh](http://www.fortbildungen.univiva.de/provider/krh)

### Fresh up digital Hausarztmedizin

17.03.–18.03.2023 Teil 1

31.03.–01.04.2023 Teil 2

**Veranstalter:** wikonekt GmbH, Wiesbaden

**Gebühr:** Regulär: 349,00 €/DGIM-Mitglieder 320,00 €

**Anmeldung/Organisation:** Wikonekt GmbH,

Webseite: [www.freshup-hausarztmedizin.de](http://www.freshup-hausarztmedizin.de)

## April

### Fresh up digital Hausarztmedizin EXTRA 15.04.2023

**Veranstalter:** wikonekt GmbH, Wiesbaden

**Gebühr:** Regulär: 99,00 €

**Anmeldung/Organisation:** Wikonekt GmbH,

Webseite: [www.freshup-hausarztmedizin.de](http://www.freshup-hausarztmedizin.de)

### Intensivkurs Innere Medizin

24.04.–29.04.2023 | Bad Nauheim

**Veranstalter:** Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der LÄK Hessen

**Leitung:** Prof. Dr. med. W. Fassbinder

**Gebühr (inklusive Arbeitsmaterial und Pausenverpflegung):**

Regulär: 770,00 €/Einzeltag 200,00 €, DGIM-Mitglied: 693,00 €/

Einzeltag 180,00 €

**Anmeldung/Organisation:** Adiola Candelo-Römer, Tel.: 06032

782-227, E-Mail: [adiela.candelo-roemer@laekh.de](mailto:adiela.candelo-roemer@laekh.de),

Webseite: [www.akademie-laekh.de](http://www.akademie-laekh.de)

## Mai

### 3. Prevention Update

12.05.–13.05.2023 | Mainz

**Veranstalter:** Deutsche Akademie für Präventivmedizin e. V., Rüdesheim

**Leitung:** Dr. med. Johannes Scholl

**Hauptthemen:** Präventivmedizin

**Info und Anmeldung:** E-Mail: [akaprev@akaprev.de](mailto:akaprev@akaprev.de),

Webseite: [www.akaprev.de/prevention\\_update\\_2023](http://www.akaprev.de/prevention_update_2023)

## Juni

### Fresh up digital Hausarztmedizin

16.06.–17.06.2023 Teil 1

30.06.–01.07.2023 Teil 2

**Veranstalter:** wikonekt GmbH, Wiesbaden

**Gebühr:** Regulär: 349,00 €/DGIM-Mitglieder 320,00 €

**Anmeldung/Organisation:** Wikonekt GmbH,

Webseite: [www.freshup-hausarztmedizin.de](http://www.freshup-hausarztmedizin.de)

### Intensivkurs Innere Medizin Rostock

26.06.–30.06.2023

**Veranstalter:** Klinikum Rostock-Südstadt, Rostock

**Leitung:** Prof. Dr. med. H. C. Schober

**Gebühr:** steht noch nicht fest

**Anmeldung/Organisation:** Katharina Hamann, Telefon: 0173-2123217

E-Mail: [katharina.hamann16@gmx.de](mailto:katharina.hamann16@gmx.de)

Webseite: [gdi-mv.de/intensivseminar-2023](http://gdi-mv.de/intensivseminar-2023)

### September

#### Fresh up digital Hausarztmedizin

01.09.–02.09.2023 Teil 1

15.09.–16.09.2023 Teil 2

**Veranstalter:** wikonekt GmbH, Wiesbaden

**Gebühr:** Regulär: 349,00 €/DGIM-Mitglieder 320,00 €

**Anmeldung/Organisation:** Wikonekt GmbH,

Webseite: [www.freshup-hausarztmedizin.de](http://www.freshup-hausarztmedizin.de)

#### Intensivkurs Innere Medizin Dresden

04.09.–08.09.2023

**Veranstalter:** Städt. Klinikum Dresden-Friedrichstadt, Dresden

**Leitung:** Dr. med. Wollschläger, Prof. Dr. med. Schellong, Dr. med.

L. Unger, Dr. med. H. Schmalenberg

**Gebühr:** Regulär: 500,00 €, DGIM-Mitglieder: 480,00 €

**Anmeldung/Organisation:**

Städt. Klinikum Dresden-Friedrichstadt

Telefon: 0351-4801138, Telefax: 0351-4801139

[kathrin.bunk@klinikum-dresden.de](mailto:kathrin.bunk@klinikum-dresden.de)

#### Intensivkurs Innere Medizin

18.09.–23.09.2023 | Bad Segeberg

**Veranstalter:** Akademie für med. Fort- und Weiterbildung der LÄK Schleswig-Holstein

**Leitung:** Prof. Dr. med. Heiner Mönig, PD Dr. med. Michael Sebastian Ullrich

**Gebühr:** Nichtmitglieder: 750,00 €, DGIM-Mitglieder: 700,00 €

**Anmeldung/Organisation:** Leonie Donau, Tel.: 04551 803-761,

E-Mail: [leonie.donau@aeksh.de](mailto:leonie.donau@aeksh.de),

Webseite: [www.aeksh.de/seminare](http://www.aeksh.de/seminare)

#### Intensivkurs Innere Medizin

18.09.–22.09.2023 | Halle

**Veranstalter:** Universitätsklinikum Halle, Department für Innere Medizin

**Leitung:** Prof. Dr. med. M. Binder, Prof. Dr. med. M. Girndt, Prof. Dr. med. J. Rosendahl, Prof. Dr. med. D. Sedding

**Gebühr:** Regulär: 450,00 €, DGIM-Mitglieder: 420,00 €

**Anmeldung/Organisation:** Stephanie Fritsche, Sabine

Herbaczowski, Tel.: 0345 557-4978 oder -3238;

E-Mail: [dim@uk-halle.de](mailto:dim@uk-halle.de)

### Oktober

#### Intensivkurs Innere Medizin

09.10.–13.10.2023 | München rechts der Isar

**Veranstalter:** Klinikum rechts der Isar, München

**Leitung:** Prof. Dr. med. R. M. Schmid, Prof. Dr. med. F. Bassermann, Prof. Dr. med. K.-L. Laugwitz

**Gebühr:** Steht noch nicht fest

**Anmeldung/Organisation:** PD Dr. med. Fabian Geisler, Mandy

Söhner, Tel. 089 4140-2252, E-Mail: [mandy.soehner@mri.tum.de](mailto:mandy.soehner@mri.tum.de)

### November

#### Intensivkurs Innere Medizin

06.11.–11.11.2023 | Bad Nauheim

**Veranstalter:** Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der LÄK Hessen

**Leitung:** Prof. Dr. med. W. Fassbinder

**Gebühr:** Regulär: 770,00 €/Einzeltag 200,00 €, DGIM-Mitglied:

693,00 €/Einzeltag 180,00 €

**Anmeldung/Organisation:** Adiola Candelo-Römer, Tel.: 06032

782-227, E-Mail: [adiela.candelo-roemer@laekh.de](mailto:adiela.candelo-roemer@laekh.de),

Webseite: [www.akademie-laekh.de](http://www.akademie-laekh.de)

#### Fresh up digital Hausarztmedizin

24.11.–25.11.2023 Teil 1

08.12.–09.12.2023 Teil 2

**Veranstalter:** wikonekt GmbH, Wiesbaden

**Gebühr:** Regulär: 349,00 €/DGIM-Mitglieder 320,00 €

**Anmeldung/Organisation:** Wikonekt GmbH,

Webseite: [www.freshup-hausarztmedizin.de](http://www.freshup-hausarztmedizin.de)