127. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Current congress

Digital-Kongress: https://kongress.dgim.de

17.–20. April 2021

Bild: © bluedesign/stock.adobe.com

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

im Namen des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. und unseres Kongressteams DGIM 2021 möchte ich Sie sehr herzlich zum 127. Kongress der DGIM vom 17.–20.4.2021 einladen, der in diesem Jahr als digitaler Kongress abgehalten werden wird.

Der DGIM-Kongress repräsentiert seit 1882 die Einheit der Inneren Medizin und hat sich als der zentrale deutschsprachige Kongress etabliert, bei dem sich Student:innen, Ärzt:innen in Weiterbildung, Fachärzt:innen, Oberärzt:innen und Chefärzt:innen über Fortschritte in der gesamten Breite der Inneren Medizin und ihrer Schwerpunkte informieren und miteinander in Dialog treten.

Der kommende 127. Kongress der DGIM wird auch im April 2021 von der Corona-Pandemie geprägt werden als dem alles überragenden, globalen Ereignis der jüngsten Zeit, auf dem Feld der Medizin im engeren Sinne wie in gesamtgesellschaftlicher Hinsicht. Dies hat Auswirkungen auf die Durchführung des Kongresses, der vollständig digital stattfindet, hat aber natürlich auch die Wahl der Themen bestimmt. Aus aktuellem Anlass wird der DGIM Kongress 2021 unter dem Leitthema: **„Von der Krise lernen“** stehen. Auf augenfällige Weise zeigt die Pandemie, wie eng und fast tagesaktuell Forschung und ärztliches Handeln verzahnt sind und aufeinander bezogen bleiben müssen. Dieser Aspekt schließt an das Schwerpunktthema „Ärzte als Forscher“ des Kongresses 2020 an, der leider dem Virus gänzlich zum Opfer gefallen ist. Das ursprünglich für 2021 geplante Schwerpunktthema „Weniger ist mehr“ wird dennoch nicht zu kurz kommen, hat es doch durch die Pandemie eine erneuerte, besondere Aktualität bekommen.

Prof. Dr. Sebastian Schellong
Kongresspräsident 2021

DIGITALER KONGRESS 2021

Informationen zum digitalen Kongress 2021 finden Sie hier:

Ausgewählte Vorträge aus dem wissenschaftlichen Programm:

How to Journal-Club heute (▸S. 3)

Digitale Lehrkonzepte Endoskopie – Gibt‘s das? (▸S. 6)

Hämatologie und Medizinische Onkologie – der chronische Patient, Fall 1 (▸S. 6, 7)

Auswirkungen auf die Versorgung von Nicht-COVID-Patienten (▸S. 8)

Vorstellung des Treatfair-Rankings (▸S. 8)

Venöse Thromboembolie, Thrombophilie / Frauen und Thrombose (▸S. 10, 11)

Ventrikuläre Extrasystolie – wann hat sie einen Krankheitswert? (▸S. 11)

Modelle der intensivmedizinischen Versorgung (▸S. 12)

Angiologische Stufendiagnostik (▸S. 12)

Psychoonkologie (▸S. 13)

Gefäßmedizin 2020 – Was ist notwendig und sinnhaft? Fall 3 (▸S. 14)

Ärztin 2020 (▸S. 15)

Ein neues Lehrbuch? von der Idee zum erfolgreichen Standardwerk (▸S. 16)

Multimedikation im Alter – wo stehen wir? (▸S. 17)

Venenthrombose (▸S. 17)

Gerinnungsaktivierung bei COVID-19 (▸S. 19)

Qualitätsoffensive Praktisches Jahr – Was brauchen die Internisten von Morgen? (▸S. 20)

Psychosomatik und Altersmedizin (▸S. 20, 21)

Wie verändert das Internet die Arzt-Patienten-Beziehung? (▸S. 21)

Wege in die psychosomatische Versorgung (▸S. 22)

Blutdruckziele beim hochbetagten Patienten (▸S. 23)

KARL Demeter Verlag

Samstag, 17.04.2021

	Kanal 1 – Hauptsitzungen	Kanal 2 – Forum Junge Internisten	Kanal 3 – International	Kanal 4	Kanal 5	Kanal 6	Kanal 7	Kanal 8	Kanal 9	Kanal 10	Kanal 11	Kanal 12	Kanal 13	Kanal 14	Kanal 15	Kanal 16	
09:00 – 10:15	Angiologie für den Generalisten	Meet the … Arzt im Startup Studientele-gramm live	The clinical year in review 2019-2021: cardiology	Highlights Intensivmedizin	Erhöhte Le-berwerte und Hepatitis	Weniger ist mehr – Intelligenter Einsatz von Antibiotika	Von Immunsuppressiva bis zu Biologika: rheu-matologische Basisme-dikamente – es sollen Wirkmechanismus, Nebenwirkungen und aktueller Stellenwert dargestellt werden	Kontroversen in der Intensiv- und Notfallmedizin	Fälle aus der Diabetologie und Endokrinologie	Schnittstelle Psychosomatik	Hypertonie I	Populationsba-sierten Kohorten-studien	Kostenexplosion in der Hämato-logie und Onkologie?	Tropen- und Reisemedizin I	Schwindeln sie noch oder stürzen Sie schon?	Aktuelle Aspekte im Management der Dyspnoe	09:00 – 10:15
10:45 – 12:00	Gesellschaftliche Implikationen der Krise	Der Internist im postfaktischen Zeitalter	The clinical year in review 2019-2021: gastroenterology	Herzklappener-krankungen und ihre Behandlungs-möglichkeiten	Klug entscheiden bei Arzneimittel-kombinationen	Wichtige Aspekte der Intensivthe-rapie	Unklare Bauch-schmerzen – Differential-diagnose	Update Medizini-sche Onkologie	Gefäßmedizin 2020 – Was ist notwendig und sinnhaft?	Interaktive Fall Pneumonie	Hypertonie II	80 Jahre Radioiodtherapie – ihre Rolle gestern und heute	Alltagsfragen in der Gastroentero-logie	Tropen- und Reisemedizin II	Tertiärprophylaxe in der Onkologie	Ernährung und Psychosomatik	10:45 – 12:00
13:00 – 14:15	Der Berufsweg von Frauen in der Medizin	Hätten Sie es gewusst? – Spannende Fälle aus den europäischen Schools für Innere Medizin – TED	Covid-19-Impfung vs. Standardimpfungen – Rosenkrieg oder friedliche Koexistenz? Umsetzung der STIKO-Empfehlungen in der Praxis	Unter die Lupe genommen – Hyperkaliämie bei chronischer Nieren- und Herz-insuffizienz	Akuter Muskulo-skelettaler Schmerz – moderne topische Schmerztherapie	Erfahrungs-schätze für die optimale medika-mentöse Behand-lung von HFrEF	An welcher Schraube drehen, wenn sich alles dreht?	(R)Evolution in der Diabetes-therapie	Mit Herz und Seele: bessere Versorgung durch medikamentöse und digitale Therapiekonzepte	Venöse Thrombo-embolien – Anti-koagulation bei Risikopatienten	Funktionelle gastroin-testinale Beschwerden auf dem Vormarsch – Diagnose und differen-zierte Behandlung im Praxisalltag	Erfahrungsschät-ze für die optima-le medikamentöse Behandlung von HFrEF					13:00 – 14:15
14:45 – 16:00	Medical overuse 1: Medikamente	Rollenmodelle – Starke Frauen in der Medizin	The clinical year in review 2019-2021: endocrinology and metabolism	treat to target in der Rheumatologie – wo stehen wir? (was sind die neuen Therapie-ziele, wie sind sie zu erreichen? Neue Medikamente etc.)	Frauenherzen schlagen anders	Wie groß ist die Bedrohung durch sogenannte Emer-ging Infectious Diseases?	Differential-diagnose Pneumologie	Neues aus der Gefäßmedizin – Teil 1	Ernährungs-intervention – was macht Sinn?	Ist weniger mehr?	Transkulturelle Kompetenz in der medizinschen Versorgung	GI-Onkologie – Fortschritte in der Therapie	Kontroversen in der Hypertonie-Behandlung	Klinik der Klima-wandelfolgen			14:45 – 16:00
16:30 – 17:45	Wie lernt man Innere Medizin?	Podiumsdiskus-sion: "Führungs-kräfte in leitender Position: Medizin trifft Wirtschaft"	The clinical year in review 2019-2021: pneumology	Telemedizin in Pandemiezeiten – wer profitiert, was ist realisierbar	Mikrobiom – Facts and Fiktion	Therapeutisches Potential der Ernährung	Refresher Inten-sivmedizin	Multimedikation im Alter – weniger ist manchmal mehr	Zufallsbefunde in der Gastroentero-logie	Rheumatologie für den Primärver-sorger: Differen-tialdiagnose	Endokarditis	Checkpointinhibito-ren in der modernen Krebstherapie: endokrine Nebenwir-kungen erkennen und behandeln	Unklares Fieber: Hämatologie meets Rheumatolo-gie meets In-fektiologie meets Onkologie	Mann und Sport	Neues aus der Gefäßmedizin – Teil 2		16:30 – 17:45
18:00 – 18:45	Parkinson-Therapie beim Hochbetagtem	Ein neues Lehrbuch? Von der Idee zum erfolgreichen Standardwerk	Posttraumatische Belastungs-störung	Endoskopie und Sonographie: Übung macht den Meister	Komplementäre Onkologie	Genetische Diag-nostik in der Kar-diologie – wann ist sie sinnvoll?	Aktuelle Aspekte zur Schilddrüsen-hormonsubstitu-tion	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen - Therapiestandards	Chronischer Husten: Differen-tialdiagnose und Therapie	Bildgebung bei entzündlichen Herzerkrankungen	Interkulturelle Medizin	Wie gehen wir mit den neuen EUCAST-Kriterien um?	B-Bild-Sonogra-phie der Gefäße: was geht besser ohne Farbe?	Frühdiagnostik entzündlich-rheumati-scher Erkrankungen – red flags?	S-Kreatinin er-höht: rationale Abklärung	Abklärung Rundherd	18:00 – 18:45

- Hauptsitzung
- Forum Junge Internisten
- Highlights – Was ist neu für die Praxis?
- Klinisches Symposium
- Interdisziplinäres Klinisches Symposium
- Industriesymposium
- Refresher Innere Medizin
- Pro / Contra
- Falldiskussion
- BDI-Symposium
- Regionalgesellschaft
- Tutorium / Expertenforum
- Sonstige
- Internationale Sitzung

Programm Stand 04.03.2021

Sonntag, 18.04.2021

	Kanal 1 – Hauptsitzungen	Kanal 2 – Forum Junge Internisten	Kanal 3 – International	Kanal 4	Kanal 5	Kanal 6	Kanal 7	Kanal 8	Kanal 9	Kanal 10	Kanal 11	Kanal 12	Kanal 13	Kanal 14	Kanal 15	Kanal 16	
09:00 – 10:15	COVID-19 Versorgungs-aspekte	Meet the … #WunschundWirklich-keit im Twankenhaus – Aufruhr in der neuen Generation – TED	Stoffwechsel 2021 – Update medika-mentöse Therapie	Pneumologie: Neuigkeiten in der Diagnostik und Therapie	Infektiologie in der Onkologie	Tuberkulose und Infektionen mit nicht tuberku-lösenMykobak-terien (NTM)	Naturheilverfah-ren bei endokri-nologischen Funk-tionsstörungen	Kardiologie	Medikamentös induzierte Organschäden	Blick auf die Niere	Können Computerpro-gramme die psychosomatische Behandlung von internistischen Patienten verbessern?	Kardio-pulmo-renale Medizin	Kleingefäßvas-kulitiden für die Praxis – was muss ich wissen	Arzneimittel-nebenwirkungen im Gastrointesti-naltrakt	Auf dem Weg zum klimaneutra-len Krankenhaus		09:00 – 10:15
10:45 – 12:00	Medical overuse 2: Diagnostische und therapeutische Prozeduren	Fälle aus der DGIM eAkademie – TED	The clinical year in review 2019-2021: rheumatology	Immunologische und metabolische Nierenerkrankun-gen: Was gibt es Neues?	Unklare Blutbild-veränderungen – wann ist die Hämatologie gefragt?	Adipositas	Akute gastroin-testinale Blutung	Terminale Herzinsuffizienz	Spezielle Fälle auf der Intensiv-station	„Chronisches Koronar-syndrom" anstelle von „Stabile koronare Herzerkrankung" – was bedeutet dieser Wechsel für den einzelnen Patienten	Wie wird man Infektiologin/ Infektiologe?	Herausforderun-gen in der Gastro-enterologie	Claudicatio: vom Symptom zur Diagnose	Internisten im Krankenhaus	Klug entscheiden in der Inneren Medizin	Gesprächstechnik in der inneren Praxis bei Patienten mit Diabetes, Essstörungen und Herz/Kreislauf-erkrankungen	10:45 – 12:00
13:00 – 14:15	Von der deutschen Öffentlichkeit nach Europa – Der Ärzte-Co-dex als Modell-projekt für ein europäisches Berufsethos?	Innere Medizin interdisziplinär – Häufige Fragen von Internisten an die …. – TED	Impfen bei eingeschränkter Immunfunktion – Ein Booster fürs Immunsystem bei Immunoseneszenz und Immunschwäche	SGLT-2 Inhibito-ren – eine Chance für cardio-renale Patienten	Schnittstelle Hausarzt und niedergelassener Kardiolge (gem. DGIM/ DEGAM Vortrag)	Im Escape Room der familiären Hyper-cholesterinämie – ein neuer Therapie-ansatz	Up2date Lipid-management – von Zielen, Um-setzbarkeit und neuen Therapie-optionen	Die vielen Gesichter der Refluxtherapie: Fragen und Antworten	Clever kombiniert: Asthma- und COPD-Therapie im Fokus	Vorhofflimmern 2021 – detektieren und nach moder-nen Konzepten therapieren – so einfach?	Diabetes Patient – Therapieoptio-nen auf Herz und Niere geprüft	Systemisch entzünd-liche Haut- und Gelenk-erkrankungen aus 3 Perspektiven: Patienten erkennen, überweisen & gemeinsam behandeln	Tatort Lunge: Obstruktive Lungen-erkrankungen	„Der Mensch ist so alt wie seine Gefäße" (Zitat von Rudolf Virchow)			13:00 – 14:15
14:45 – 16:00	Geschlechterun-gleichheit in der Inneren Medizin	Der Young Investigator Award	The clinical year in review 2019-2021: intensive- / emergency medicine	Neue Therapie-leitlinien	Gerontopsycho-somatik – Einheit von Psyche und Soma im Alter	Update Herzrhythmus-störungen	Akute Lungen-embolie	Weniger ist mehr, aber manchmal auch zu wenig – Diagnostik und Therapie lebensbedrohlicher Infektionen	Patienten mit rheuma-tischen Erkrankungen – wer darf sie behandeln und wenn ja, wie? Ein interdisziplinärer Work-shop zur Schnittstelle Hausarzt/Facharzt	Schilddrüse und Schwangerschaft	Frühjahrssym-posium 2021 der Korporativen Mit-glieder: Ärztliche Information und deren Dissemina-tion im digitalen Wandel	Diabetes und Gefäße	Aktuelle Entwicklungen in der Geriatrie	Gastroenterologie 2021 – Neues und Obsoletes	Elektronische Patientenakte & Co. – Digitalisie-rungsschub für das deutsche Ge-sundheitswesen	Global denken, lokal handeln – Was junge ÄrztInnen im Klinik-alltag tun können, um den Klimaschutz zu fördern	14:45 – 16:00
16:15 – 17:00	Betreuung und Versor-gung hämatologischer und onkologischer Patienten während der SARS-CoV2 Pandemie	Best of DGIM – das Clinician Scientist Programm		Hyponatriämie	Hämaturie: rationale Abklärung	caveats in der medikamentösen Rheuma-therapie …	Diabetes und Autoimmunität I	Karrierewege in der Gastroentero-logie	Lungenfunktion	Telemedizin in der Kardiologie		Entzündliche Herzerkrankungen – Diagnostik und Therapie	Venenerkran-kungen – invasiv therapiert				16:15 – 17:00
17:30 – 19:30	Festliche Abendveran-staltung																17:30 – 19:30

- Hauptsitzung
- Forum Junge Internisten
- Highlights – Was ist neu für die Praxis?
- Klinisches Symposium
- Interdisziplinäres Klinisches Symposium
- Industriesymposium
- Refresher Innere Medizin
- Pro / Contra
- Falldiskussion
- BDI-Symposium
- Regionalgesellschaft
- Tutorium / Expertenforum
- Sonstige
- Internationale Sitzung

Programm Stand 04.03.2021

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

Current congress 2021 | © 2021. Thieme. All rights reserved.

Demeter Verlag

How to Journal Club heute

Der wissenschaftliche Diskurs verlagert sich in die Onlinewelt

A. Strouhal

Journal Clubs – Diskussionsforen zu aktuellen wissenschaftlichen Veröffentlichungen – sind am Weg ins digitale Zeitalter. Bis vor Kurzem folgten sie oft noch starren Strukturen: Zu einem vorgegebenen Termin treffen sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer und führen eine moderierte Diskussion.

Zeitknappheit und beruflicher Stress führen auch beim wissenschaftlichen Austausch dazu, dass sich die Kommunikation zunehmend in den Onlinebereich verlagert – forciert wird dieser Trend durch die aktuelle COVID-19-Pandemie. Sie veränderte die Arbeits- und Meetingkultur massiv, Aspekte wie der fehlende persönliche Kontakt sind mittlerweile fast zur Normalität geworden.

Die Vorteile digitalisierter Kommunikation liegen auf der Hand: Ortsunabhängig und länderübergreifend wird es deutlich mehr Teilnehmerinnen/Teilnehmern möglich, am Diskurs teilzunehmen. Expertinnen/Experten können weltweit zugeschalten werden. Diskussionen neuer Arbeiten – etwa über das Wissenschaftsnetzwerk Researchgate – oder auch das gemeinsame Weiterentwickeln einer Publikation sind online hervorragend machbar. Das Digitalarchiv lässt ein späteres „Nachschauen“ zu. Verschiedene Social-Media-Plattformen und Blogs können zur breiten Information und Diskussion genützt werden.

Next Generation am Start

Auch medizinische Journal Clubs folgen diesem Trend. Dabei zeigt sich: Solide Vorbereitung und die Nutzung diverser Kanäle sind der Schlüssel zum Erfolg.

Will man einen Journal Club der neuen Generation aufsetzen, so sind technische Hürden zu meistern – der Aufwand macht sich jedoch mit deutlich höherer Reichweite und vielfältigen Erkenntnissen aus aller Welt bezahlt. Ein erfolgreiches Beispiel ist etwa der Nephrologie-Journal-Club NephJC, der u. a. Twitter nützt.

Prinzipiell gilt: Je besser Journal Clubs in die gesamte Social-Media-Strategie der Organisation eingebunden sind, umso effizienter funktionieren sie. Basis sollte eine Homepage sein, auf der Terminankündigungen, wichtige Papers etc. zu finden sind. Für den Journal Club sollte ein passender Twitterhashtag gewählt werden.

Ergänzend sollten auch andere Social-Media-Plattformen in die Aktivitäten integriert werden. So bieten Blogs die Möglichkeit zu ausführlicheren Hintergrundinformationen. Auf einer eigenen Facebookseite kann man gut auf die Journal-Club-Themen und Termine verweisen.

Vor einem Journal-Club-Meeting ist es hilfreich, die Teilnehmerinnen/Teilnehmer auf den gleichen Stand zu bringen und mit den wichtigsten Unterlagen zu versorgen. Außerdem sollten sowohl die Moderatoren als auch die Teilnehmerinnen/Teilnehmer ihre eigenen Netzwerke – von Facebook bis LinkedIn – nutzen, um das Thema in die öffentliche Diskussion zu bringen. Pubmed.de oder die zahlreichen Onlinejournale bieten weitere Möglichkeiten zur Streuung.

Wissensvermittlung im Umbruch

Diese Verlagerung inhaltlich hochwertiger Kommunikation in den Digitalbereich ist gerade für die große Mehrheit jener Ärztinnen/Ärzten ein Vorteil, die in den Ordinationen oder Spitälern als „Einzelkämpfer“ tätig sind. Sie stehen vor der Herausforderung, trotz hektischem Arbeitsalltag alle wichtigen Informationen ständig parat zu haben.

Genau hier setzt auch Medbee an: Die App von Ärzten für Ärzte, 2017 in Österreich ins Leben gerufen, versorgt Medizinerinnen/Mediziner mit den wichtigsten Informationen für den Praxisalltag – und zwar am aktuellen Stand der Forschung. Die Plattform stellt z. B. die wichtigen medizinischen Guidelines kompakt und anwendungsorientiert zur Verfügung. User können ihre persönliche digitale Fachbibliothek aufbauen und jederzeit auf die gewünschten Inhalte zugreifen. Via Chatfunktion ermöglicht Medbee auch den Austausch mit Kolleginnen/Kollegen. Wissen teilen und sich vernetzen wird damit sehr leicht gemacht. Und vor allem steigt die Sicherheit bei den individuellen medizinischen Entscheidungen.

Die Lücke zwischen Forschung und aktueller gängiger Praxis wird damit geschlossen.

Dr. med. univ. Andreas Strouhal
Kardiologie, Klinik Florisdorf
Medbee GmbH, Wien

MONTAG, 19.04.2021

Wie up to date bleiben?
09:30–10:15 Uhr
Kanal 2 – Forum Junge Internisten
09:30–09:52 Uhr: How to Journal Club heute

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

Current congress 2021 | © 2021.
Thieme. All rights reserved.

Montag, 19.04.2021

	Kanal 1 – Hauptsitzungen	Kanal 2 – Forum Junge Internisten	Kanal 3 – International	Kanal 4	Kanal 5	Kanal 6	Kanal 7	Kanal 8	Kanal 9	Kanal 10	Kanal 11	Kanal 12	Kanal 13	Kanal 14	Kanal 15	Kanal 16
09:00 – 10:15	Ethische Konflikte beim Intensivpatienten	Meet the … Hausärztlicher Internist Wie up to date bleiben?	Fremdkörper-assoziierte Infektionen	Neue Therapien im klinischen Alltag	Kritische Extremitätenischämie – eine Herausforderung für das Gesundheitssystem	Das dicke Herz – Ursachen und Therapieoptionen bei hypertropher Kardiomyopathie	Differentialdiagnose Diarrhoe	Differenzierte Therapie bei häufigen Herzrhythmusstörungen	Komplexitätsmanagement in der Geriatrie	Diagnostik und Primärtherapie für den Internisten bei…	Infektionen bei Intensivpatienten	Thorakale Organe: Interaktion Herz Lunge	Frauen und Thrombose-neigung	Krankheiten und Seele	Prävention und moderne Therapiestrategien beim Typ 2 Diabetes	Hyperkaliämie – die nephrologische und die kardiologische Sicht
10:45 – 12:00	Klimawandel und Gesundheit – welche Verantwortung haben Ärztinnen und Ärzte?	Wissenschaftliches Schreiben	The clinical year in review 2019-2021: Geriatric medicine	Interdisziplinäre Kardiologie	Leberzirrhose und Komplikationen	Gefäße verbinden – Hämatologie	Sexualhormone	Update lymphatische Neoplasien	Beatmung	Kontroversen in der Pneumologie	Laborkrank oder richtig krank? Rationelle Diagnostik in der Hämatologie	Handbeschwerden – von Pontius zu Pilatus (analog HS10 DGA JT 2017)	Glomerulonephritis	Ärztliche Entscheidungen bei lebenslimitierenden Erkrankungen	Kontroversen in der Infektiologie	
13:00 – 14:15	Psychosomatik: kurz und bündig	Karrierewege in der Forschung – Von Höhen und Tiefen	Digitale Speedvisite mit Doc Esser und Dr. Schacher: Ihre Fälle auf Herz & Lunge überprüft	Eisen-III-Maltol: Der Spielmacher im Mittelfeld	Diabetestechnologie – fundierte Therapieentscheidungen: einfach und auf Distanz	Regulation und Modifikation von sozialem Stress und deren Auswirkungen auf den Schlaf	Psychosomatik der Angst	Impfen im Blickpunkt: HPV	Ganzheitliche Diabetestherapie: Erfolgsfaktor Patient!	Therapie der renalen Anämie – Leitlinien und Praxis	Therapieführung chronisch entzündlicher Darmerkrankungen unter Pandemiebedingungen	Lungenfibrose – häufiger als gedacht – interdisziplinäre Herausforderung zwischen Rheumatologen, Pneumologen und Radiologen	Fettleber – Ultraschall-diagnostik			
14:45 – 16:00	COVID-19 in der Inneren Medizin	Interessante Einblicke in die Arbeit des ABS-Teams – TED	The clinical year in review 2019-2021: hematology / oncology	Molekulare Stratifizierung und Immuntherapie bei GI Tumoren	Choosing wisely – was ist diagnostisch und therapeutisch ausreichend?	Preisträgersitzung	Elektrolytstörungen richtig behandelt	Therapie von Lungenerkrankungen	Fieber unklarer Genese	Kontroversen in der Endokrinologie und Diabetologie	Ernährung und Krebs	Neue Aspekte in der Diagnostik und Therapie der Sepsis	Alltagsfragen des Rheumapatienten: 1. Warum bekomme ich nicht das gute Medikament mit weniger Nebenwirkungen? 2. Mir geht es gut, ich möchte die …	Klimakrise als medizinischer Notfall – Wie Bewohnbarkeit unseres Planeten, menschliche und planetare Gesundheit zusammenhängen		
16:30 – 17:45	Erinnern und Gedenken	Best of DGIM – Spitzenforschung in der Inneren Medizin	The clinical year in review 2019-2021: infectiology	Klug entscheiden – Management der febrilen Neutropenie	Neues zur Psychosomatik der Herz-Kreislauferkrankungen	Myeloische Neoplasien	S2k Leitlinie Arzneimitteltherapie bei Multimorbidität	Update Osteoporose	Sport bei kardiovaskulären Erkrankungen: was ist möglich bzw. gefährlich?	Komplikationen der Leberzirrhose	KI in der klinischen Medizin	Zukunft der Intensivmedizin	Ultraschall in der Gefäßmedizin – Transfer in Bildgebung Sonographie	Covid-19 und Autoimmunopathien – Risiken	Neue Entwicklungen und Verfahren in der Gastroenterologie	
18:15 – 19:30		Best Practice Weiterbildung: Kliniken stellen ihr Erfolgskonzept vor	Osteoporose: (Eingebildete) Krankheit, Schicksal oder unterschätztes Risiko?	COVID-19 Therapie-Update: Wann, Wen, Wie therapieren? – Experten antworten!	Was kann Schmerztherapie in seltsamen Zeiten leisten?	Refluxkrankheit oder eosinophile Ösophagitis? Unterscheiden und handeln	12 Jahre NOAK-Therapie – Patientenmanagement aus interdisziplinärer Sicht	Husten – wir haben ein Problem!	Therapie der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen - Der Patient im Fokus	Kardiale Amyloidose erkennen und behandeln	Augen auf bei HI-Patienten – Neue Daten zur Eisentherapie & innovatives Kalium-Management bei RAASi-Therapie	Gut länger leben: Herausforderungen bei der Behandlung von Diabetes und kardiorenalen Erkrankungen	Management von Lebererkrankungen – State of the art		
20:00 – 21:15			COPD: Aktuelle Studienlage und die Umsetzung in den praktischen Alltag	Rachitis und Osteomalazie – die unterschätzte Rolle des Phosphats	TALK Diabetes	Goldstandard interdisziplinäre Behandlung – seltene und komplexe Krankheitsbilder bei Morbus Crohn	Industrie Symposium									

Hauptsitzung
Forum Junge Internisten
Highlights – Was ist neu für die Praxis?
Klinisches Symposium
Interdisziplinäres Klinisches Symposium
Industriesymposium
Refresher Innere Medizin
Pro / Contra
Falldiskussion
BDI-Symposium
Regionalgesellschaft
Tutorium / Expertenforum
Sonstige
Internationale Sitzung

Programm Stand 04.03.2021

Dienstag, 20.04.2021

	Kanal 1 – Hauptsitzungen	Kanal 2 – Forum Junge Internisten	Kanal 3 – International	Kanal 4	Kanal 5	Kanal 6	Kanal 7	Kanal 8	Kanal 9	Kanal 10	Kanal 11	Kanal 12	Kanal 13	Kanal 14	Kanal 15	Kanal 16
09:00 – 10:15	Psychosomatik: Die wesentlichen Krankheitsbilder	Meet the … Arzt und Initiator … Innere Medizin und Social Media – Chance oder Risiko	The clinical year in review 2019-2021: nephrology	Die neue S3 Leitlinie akute und chronische Pankreatitis	Delir, Demenz und Depression als Komorbidität	Kardiovaskuläre Endokrinologie	Kontroversen in der Ernährungsmedizin	Diagnostik und Primärtherapie für den Internisten bei…	Lungenkarzinom	Gerinnungsparameter – sinnvoll oder gefährlich?	Komplexe Autoimmunerkrankungen	Gastroenterologische Intensivmedizin	Der Kardiologe als Teamplayer: Therapieoptimierung durch Interdisziplinarität	Wie setze ich moderne Diagnostik/Bildgebung richtig ein? Differenzialdiagnostik 2021	Diagnostik und Therapie bei Essstörungen: Was sollte der Internist wissen?	Alte und neue Pathogene
10:45 – 12:00	Steuerung der Leistungsmenge	Toolbox Angiologie & Rheumatologie	The clinical year in review 2019-2021: angiology	Neue Wege der Patientenversorgung: Wohin steuern Politik und BÄK? Die Pulswellen-Geschwindigkeit (PWV) als Chance zur Umsetzung in Klinik und Praxis	Asthma bronchiale	Management von Vorhofflimmern im klinischen Alltag	Muskel-Skelettsystem für Internisten	Knochen- und Weichteil-Tumoren	Endosonographie in der Viszeralmedizin	Kontroversen beim hochbetagten Patienten	Neue Medikamente und molekulare Therapien in der Inneren Medizin	Psychosoziale Belastungen in Zeiten von Pandemien	Geschlechtsspezifische Medizin in der Infektiologie	Aus dem Kontext des Metabolischen Syndroms	Aktuelle Aspekte aus den Leitlinien – was ist wirklich wichtig?	Progressionsverhinderung von Nierenkrankheiten
13:00 – 14:15	Covid-19 – eine Gefäßerkrankung!	Arbeiten in Teilzeit – geht das überhaupt?	The clinical year in review 2019-2021: Psychosomatic medicine	Lunge meets Rheuma	Komorbidität Lipidstoffwechselstörung und Diabetes beim kardiovaskulären Risikopatienten	Medizin in der Migrationsgesellschaft	Herz & Niere	Besonderheiten beim alten Patienten	Präklinische Notfallversorgung	Hämatologie und Medizinische Onkologie – der chronische Patient	Digitale Gesundheitsanwendungen in der Internistischen Praxis	Lungenerkrankung als Manifestation von …	Rationale Phytotherapie: Update 2021	Hot Topic Endokrinologie	Nebenwirkungen Medikamentöser Tumortherapie	Chronische Entzündung Leber, Darm, Pankreas
14:45 – 16:00	Palliativmedizin in der Geriatrie – der alte Patient zwischen Frührehabilitation und Palliation	Infektiologisches Quiz der Blickdiagnosen – TED	The clinical year in review 2019-2021: Nutritional medicine	Der Krebspatient auf der Intensivstation	Sonographie, Elastographie und Endosonographie des Gastrointestinaltraks	Antibiotika-Stewardship: richtig therapieren bei pulmonalen Infketionen	Update Lungentumore	Hot topics Intensivmedizin	Hätten Sie die Diagnose gestellt? Spannende Fälle aus der Nephrologie	Vizeralmedizin im Dialog	Viruserkrankungen verstehen	Psychokardiologie – wie Herz und Psyche sich beeinflussen	Gastroenterologie in der täglichen Praxis	Management von Vorhofflimmern im klinischen Alltag	Was nun? Schwierige Fälle in der Rheumatologie	Auf dem Weg zur klimaneutralen Praxis
16:15 – 17:00	Takotsubo-Kardiomyopathie und Peripartum-Kardiomyopathie – wie diagnostizieren und behandeln	Sinnvolles diagnostisches Vorgehen bei Verdacht auf …		Diabetes und Autoimmunität II	Lungensport und pneumologische Reha	Kardiopathologie	Die wichtigsten Leitlinien der Angiologie als Quiz	Lehrkonzepte in der Gastroenterologie	Künstliche Ernährung – wie mache ich es richtig	Endokrine Notfälle	Digitale Biomarker	Blutdruck erhöht: rationale Abklärung				
17:30 – 18:45			Der unkontrollierte Asthmatiker – Wie würden Sie entscheiden	Spektrum Darmgesundheit	Update zur leitliniengerechten Halsschmerz-Therapie: Was ist neu und was hat sich bewährt?											
19:15 – 20:30			Impfen in Zeiten von COVID-19 – Vakzin-Technologien und -wirkstoffe im Kampf gegen die Pandemie	„Neue Horizonte in der Therapie obstruktiver Lungenerkrankungen" Nutzen innovativer Therapieansätze im Alltag	Frühdiagnose der Alzheimer-Erkrankung	Dyslipidämie und Herzinsuffizienz – Neue Wege in der Prävention	Funktionelle Verdauungsstörungen									

Hauptsitzung
Forum Junge Internisten
Highlights – Was ist neu für die Praxis?
Klinisches Symposium
Interdisziplinäres Klinisches Symposium
Industriesymposium
Refresher Innere Medizin
Pro / Contra
Falldiskussion
BDI-Symposium
Regionalgesellschaft
Tutorium / Expertenforum
Sonstige
Internationale Sitzung

Programm Stand 04.03.2021

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

Current congress 2021 | © 2021. Thieme. All rights reserved.

Demeter Verlag

Digitale Lehrkonzepte Endoskopie

Gibt's das?

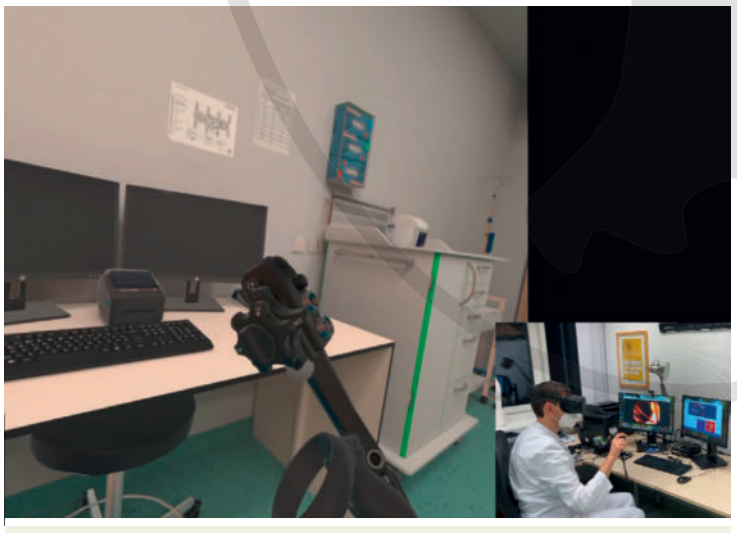
A. Hann

Fortschreitende Technologieentwicklung mit Einsatz von künstlicher Intelligenz sowie die steigende Anzahl an endoskopischen Klassifikationen und die laufend aktualisierten Leitlinien erschweren den Endoskopierenden, auf dem neusten Stand zu bleiben. Bei genauer Betrachtung gibt es jedoch viele Onlineangebote, die das Lernen allein oder gemeinschaftlich niedrigschwellig ermöglichen. Im folgenden Artikel werde ich verschiedene Quellen für solche Onlinekurse vorstellen. Anhand der bereitgestellten Links im Kasten, können Sie diese Angebote gleich testen.

Die Ausbildung in der Endoskopie erfolgt derzeit nach dem Lehrlingsmodell. Das Handwerk wird durch beaufsichtigtes Arbeiten am Patienten erlernt. Vorteile, dieses sich bewährten Modells, sind die enge Betreuung und das Erlernen des Handwerks an der vorhandenen Ausstattung der Abteilung. Nachteile sind jedoch die limitierte Untersuchungszeit, der selbstverständlich einzuhaltende Patientenkomfort und die Tatsache, dass man nur das lernt, was in dem Zentrum behandelt wird. Des Weiteren besitzt der Ausbilder meist keine spezielle Qualifikation für diese didaktische Aufgabe. Hinzu kommt erschwerend, dass die Entwicklung der Technologie voranschreitet. Hochlauflösende Endoskope mit 4K-Darstellung, verschiedene Chromoendoskopieformen und künstliche Intelligenz warten darauf, kritisch eingesetzt zu werden. Neue Leitlinien zur Diagnostik und Therapie in der Endoskopie mit beträchtlichem Umfang werden regelmäßig aktualisiert und binden den Untersucher an Qualitätsanforderungen.

Digitale Endoskopiesimulatoren

Digitale Lehrkonzepte versprechen Endoskopierende, sie für diese Herausforderungen fit zu machen. Diese scheitern jedoch an der geringen digitalen Kompetenz, die einen befähigt, sich geeignete Fortbildungsquellen selbst zu suchen. Im Folgenden werde ich versuchen, einige Portale vorzustellen, auf denen sich ein Onlinekurs lohnt.



▶ **Abb. 1** Darstellung der virtuellen Endoskopieumgebung VIGATU mit simuliertem Endoskopgriff von innen betrachtet (links). Simultane Außenansicht auf den Endoskopiker mit Virtual Reality Brille und Controller (rechts).
Quelle: PD Dr. Alexander Hann

Die wohl am nächsten an der Realität liegende digitale Simulation bieten Hersteller wie z. B. „Simbonix GI Mentor" (Simbionix Ltd., Airport City, Israel) an [1]. Dabei wird ein umgebautes Endoskopmodell verwendet. Dieses kommt der Handhabung eines echten Endoskops am nächsten. Die Endoskopiesimulation entsteht dabei computergeneriert auf einem Monitor, abhängig von dem Bewegen des Endoskops in einer speziellen Vorrichtung. Die Nähe zur Realität, als auch ein in Studien nachgewiesener Trainingseffekt, haben ihren Preis. Wenige Kliniken leisten sich wohl daher solche Simulatoren. Günstige, auf Virtual Reality basierende Systeme, wie z. B. unser BMBF-gefördertes Projekt „VIGATU" (▶ **Abb. 1**), sind in der Entwicklung [2].

Wer erfahren möchte, was grafisch in der Endoskopiesimulation bereits auf dem Smartphone möglich ist, kann „Gastro Ex" kostenlos ausprobieren. Hierbei kann man spielerisch Polypen mit der Schlinge abtragen, arterielle Blutungen aus Gefäßstümpfen mit Clips versorgen oder Angiektasien mit APC therapieren.

Portale für digitale Lehrkonzepte

Wir wissen jedoch, dass die alleinige Simulation nur einen Teil zu einer erfolgreichen Endoskopieausbildung beiträgt [3]. Einen weiteren wichtigen Teil spielen die theoretischen Grundlagen. Diese sollten am besten in einem curricularen Konzept eingebunden werden. Hier hat sich in den letzten Jahren viel getan. Grundlage bilden die Leitlinien der DGVS. Diese sind bereits teilweise in der unter Studierenden beliebten Lernplattform Amboss (AMBOSS GmbH, Berlin) in strukturierter Form zu finden. Fortbildungen zum Nachlesen finden sich in der DGVS-Akademie. Heutzutage nicht mehr wegzudenkende Übersichten gängiger endoskopischer Klassifikationen und Mitschnitte von Livedemonstrationen finden sich auf „Endoscopy Campus". Für den Weg zur Arbeit bieten sich Audiopodcasts an. Das monatlich erscheinende „GI Pearls" ist ein Muss für alle, die neueste Literatur gastroenterologischer Themen in einer unterhaltsamen Art und Weise zusammengefasst hören wollen. Wer sich interaktiv fortbilden will, kann sich auf der Homepage der UEG kostenlos anmelden und einen der hochqualitativen Kurse wahrnehmen, wie z. B. Management von T1-Karzinomen in der Endoskopie. In diesen Onlinekursen wechseln sich kurze Videosequenzen mit Lerntexten ab. Damit die Aufmerksamkeit stehts hoch bleibt, sind regelmäßig Prüfungsfragen bereits nach kleinen Lerneinheiten eingebaut. ESGE beschreitet einen ähnlichen Weg mit „MyESGEtutor". Das Lernen nicht nur allein vor dem Computer erfolgen muss, zeigen Gruppen, die sich auf Twitter zusammenfinden. Hier diskutieren Gastroenterologen auf der ganzen Welt über interessante Fälle und neue Studien.

Zusammenfassend bieten sich für interessierte Endoskopierende viele Quellen für eine fundierte digitale Ausbildung. Leider fehlt ein Leitfaden, der diese Inhalte miteinander verbindet. Hier sind noch viel Arbeit und Angebote zum Erlangen der digitalen Kompetenz nötig.

LINKS

Im Text genannte Inhalte online (Stand 29.01.2021):

- Simbionix GI Mentor: https://simbionix.com/simulators/gi-mentor/gi-mentor/
- Virtueller Endoskopiesimulator VIGATU: www.endoscopy-campus.com/literatur/vigatu/
- Gastro Ex App: www.levelex.com/games/gastro-ex
- DGVS-Leitlinien: www.dgvs.de/wissen-kompakt/leitlinien/leitlinien-dgvs/
- AMBOSS Leitliniendarstellung: www.amboss.com/de/partner/dgvs
- DGVS-Akademie: www.dgvs-akademie.de
- Endoscopy Campus: www.endoscopy-campus.com
- Podcast GI_Pearls: https://gipearls.com/category/podcast/
- UEG Onlinekurse: https://ueg.eu/education/online-education/online-courses
- MyESGEtutor Onlinekurse: https://www.esge.com/elearning/myesgetutor/
- Twittergruppe Endoscopy Brothers & Sisters: https://twitter.com/Bjorn_Rembacken
- Twittergruppe ScopingSundays: https://twitter.com/ScopingSundays

PD Dr. med. Alexander Hann
Medizinische Klinik und Poliklinik II,
Gastroenterologie,
Universitätsklinikum Würzburg

Literatur

[1] Triantafyllou K, Lazaridis LD, Dimitriadis GD. Virtual reality simulators for gastrointestinal endoscopy training. World J Gastrointest Endosc 2014; 6: 168–175

[2] Hann A, Walter BM, Mehlhase N et al. Virtual reality in GI endoscopy: intuitive zoom for improving diagnostics and training. Gut 2019; 68: 957–959

[3] Grover SC, Garg A, Scaffidi MA et al. Impact of a simulation training curriculum on technical and nontechnical skills in colonoscopy: a randomized trial. Gastrointest Endosc 2015; 82: 1072–1079

DIENSTAG, 20.04.2021

Lehrkonzepte in der Gastroenterologie

16:15–17:00 Uhr

Kanal 8

16:15–16:32 Uhr: Digitale Lehrkonzepte Endoskopie – Gibt's das?

„Watch and Wait" bei indolenten Lymphomen

Ist die Therapiestrategie noch aktuell?

G. Heß

WW (Watch and Wait) wird auch in aktuellen und zukünftigen Therapiealgorithmen sicher einen wichtigen Stellenwert einnehmen, ergänzt um optimierte Strategien zur frühzeitigen Intervention bei Hochrisikopatienten.

Die Diagnose einer malignen Erkrankung ist für Betroffene ein einschneidendes Ereignis. Mit dieser ergibt sich für Patienten gleichzeitig die Hoffnung auf und die Frage nach der Möglichkeit einer Heilung. Wenn die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt dann zunächst „Watch and Wait" (WW) anbietet, stößt dies häufig auf Unsicherheit und Unverständnis und es bedarf einer umfänglichen Information zum Hintergrund dieser Empfehlung.

Warum „Watch an Wait"

Die Einführung einer abwartenden Strategie basierte auf dem Fehlen effektiver und kurativer Therapieverfahren und der Beobachtung, dass viele Patienten auch ohne Therapie einen milden Krankheitsverlauf aufweisen. Zudem erlaubt eine Zeit isolierter Beobachtung, bei bisher noch fehlenden verlässlichen prätherapeutischen prädiktiven Faktoren, die Dynamik der Erkrankung abzuschätzen und damit ggf. die Therapie zu stratifizieren. Mit der Verfügbarkeit erster effektiverer (Chemo)-Therapieoptionen wurde ein frühzeitiger Therapieeinsatz bei asymptomatischen Patienten evaluiert, verbunden mit der Hoffnung, die Lebenserwartung der Patienten zu verbessern [1]. Das Fehlen eines Überlebensvorteils in diesen Untersuchungen führte zur Verfestigung der WW-Strategie als bevorzugtes Therapieprinzip, insbesondere für asymptomatische oder ältere oligosymptomatische Patienten.

„Watch and Wait" heißt auch „aktive" Patientenbetreuung

Auch wenn Patienten mit indolenten Lymphomen durch sorgfältige Aufklärung und anfängliche engmaschige klinische Versorgung und Begleitung schrittweise lernen, mit ihrer Situation umzugehen, bleibt eine Restunsicherheit und oft eine dauerhafte psychische Belastung. Im Vordergrund stehen hierbei die Sorge vor zunehmenden Symptomen, vor einer möglicherweise raschen Progression oder Transformation der Erkrankung aufgrund eines ungestörten Tumorwachstums und damit verbunden ein möglicher Verlust des Ansprechens auf eine Standardtherapie, auch wenn die Behandlungserfolge für die meisten der heute mit Chemo-Immuntherapien behandelten Patienten auch langfristig sehr gut sind [2]. Vor die-

Current congress 2021 | © 2021. Thieme. All rights reserved.

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

sem Hintergrund fordert die WW-Strategie eine hohe Sorgfalt und enge Zusammenarbeit mit dem Patienten bei der Beobachtung des Krankheitsverlaufs.

Zudem erfordern neue und ggf. wirksamere Behandlungsverfahren einen ständigen Abgleich der gewählten Strategie mit diesen innovativen Therapiemöglichkeiten. Dabei können sich die Ziele für Patienten durchaus unterscheiden: Während für jüngere Patienten insbesondere die Möglichkeit einer Heilung im Vordergrund steht und hierbei auch eine höhere therapeutische Belastung akzeptabel erscheint, steht für ältere Patienten eine dauerhaft krankheitskontrollierende Strategie mit möglichst geringer Therapiebelastung im Vordergrund („funktionelle Heilung“).

Monoklonale AK als Alternative zu „Watch and Wait“?

Mit der Einführung monoklonaler Antikörper in die Lymphomtherapie wurde eine deutliche Verbesserung des therapeutischen Ansprechens und der Verträglichkeit mit geringer Langzeittoxizität erreicht. Das Potenzial zeigte sich nicht nur in der Kombination mit einer Chemotherapie, sondern sehr eindrücklich auch in einer unkontrollierten Studie als Erstlinien-Monotherapie [3], was in Folge die Frage nach einem frühzeitigen therapeutischen Einsatz gegenüber WW aufwarf.

In einer grundlegenden Studie wurde die Wirksamkeit einer Kurzzeittherapie im Vergleich zu einer Langzeittherapie bzw. der WW-Strategie untersucht. Bei fehlendem kurativem Potenzial stand hierbei die Dauer der Symptom- bzw. Progressionsfreiheit im Fokus der Untersuchung. Es zeigte sich ein verlängertes progressionsfreies Überleben, jedoch kein Hinweis auf eine Verbesserung des Gesamtüberlebens [4]. Auch wenn diese Daten von vielen Autoren wiederum zugunsten einer WW-Strategie interpretiert wurden und aktuelle Guidelines dieser Meinung folgen, bleibt festzustellen, dass eine Entscheidung für eine AK-Therapie patientenindividuell sinnvoll sein kann, auch wenn für die meisten Patienten die WW-Strategie weiterhin adäquat erscheint.

Aktuelle Fragestellungen

Aktuell tragen 2 wesentliche Gründe dazu bei, die Frage nach Alternativen zu der WW-Strategie erneut aktiv zu prüfen: Ein Teil der Patienten entwickelt nach der Primärtherapie frühzeitig (< 2 Jahre) ein Rezidiv verbunden mit einer sehr schlechten Prognose und für diese Patienten könnte die WW-Strategie ein besonderes Risiko darstellen [5]. Zusätzlich könnte die Einführung einer kurativen Therapieoption die Behandlungsstrategie verändern, insbesondere für Hochrisikopatienten.

Die allogene Stammzelltransplantation mit ihrem kurativen Potenzial kommt grundsätzlich nicht für ältere Patienten infrage und die hohe therapieassoziierte Mortalität und Morbidität ist in der Primärtherapie für Patienten mit nicht diagnostisch sicherer, schlechten Prognose nicht zu rechtfertigen. Mit der Einführung einer neuen Generation von Therapiestrategien, insbesondere der CAR-T-Zelltherapie, stehen nun weitere potenziell kurative Verfahren zur Verfügung. So konnten erste Studien die Wirksamkeit dieses zellulären Therapieverfahrens bei rezidivierten oder auch therapiebedürftigen bisher unbehandelten Patienten nachweisen – verbunden mit einer moderaten Toxizität [6].

Falls die Wirksamkeit von CAR-T-Zellen bei verbesserter Tolerabilität sichergestellt werden kann, ist die Evaluation gegenüber der WW-Strategie eine wesentliche zukünftige Fragestellung, die zu einer veränderten Einschätzung – gerade bei jungen und Hochrisikopatienten – führen könnte. Hierfür ist aber, neben der Optimierung der Verträglichkeit, zusätzlich die Verbesserung der prognostischen Instrumente auf Basis eines tieferen Verständnisses der Erkrankungen notwendig [7], da zurzeit verlässliche Instrumente fehlen, die eine prätherapeutischen Identifikation der Hochrisikopatienten sicher erlauben.

Prof. Dr. med. Georg Heß
III. Medizinische Klinik,
Universitätsmedizin der
Johannes Gutenberg-Universität, Mainz

Literatur

[1] Ardeshna KM, Schmith P, Norton A et al. Long-term effect of a watch and wait policy versus immediate systemic treatment for asymptomatic advanced-stage non-Hodgkin lymphoma: a randomised controlled trial. Lancet 2003; 362: 516–522

[2] Bachy E, Seymour JF, Feugier P et al. Sustained Progression-Free Survival Benefit of Rituximab Maintenance in Patients With Follicular Lymphoma: Long-Term Results of the PRIMA Study. J Clin Oncol 2019; 37: 2815–2824

[3] Ghielmini M, Schmitz S-F H, Cogliatti SB et al. Prolonged treatment with rituximab in patients with follicular lymphoma significantly increases event-free survival and response duration compared with the standard weekly x 4 schedule. Blood 2004; 103: 4416–4423

[4] Ardeshna KM, Qian W, Smith P et al. Rituximab versus a watch-and-wait approach in patients with advanced-stage, asymptomatic, non-bulky follicular lymphoma: an open-label randomised phase 3 trial. Lancet Oncol 2014; 15: 424–435

[5] Casulo C, Byrtek M, Dawson KL et al. Early Relapse of Follicular Lymphoma After Rituximab Plus Cyclophosphamide, Doxorubicin, Vincristine, and Prednisone Defines Patients at High Risk for Death: An Analysis From the National LymphoCare Study. J Clin Oncol 2015; 33: 2516–2522

[6] Jacobson C, Chavez JC, Sehgal AR et al. Primary Analysis of Zuma-5: A Phase 2 Study of Axicabtagene Ciloleucel (Axi-Cel) in Patients with Relapsed/Refractory (R/R) Indolent Non-Hodgkin Lymphoma (iNHL). ASH 2020, Abstract 700

[7] Vindi J, Kridel R, Staiger AM. A Clinicogenetic Risk Model (m7-FLIPI) Prospectively Identifies One-Half of Patients with Early Disease Progression of Follicular Lymphoma after First-Line Immunochemotherapy. Blood 2015; 126: 333–333

DIENSTAG, 20.04.2021

Hämatologie und Medizinische Onkologie – der chronische Patient

13:00–14:15 Uhr

Kanal 10

13:00–13:25 Uhr: Fall 1

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

Auswirkungen auf die Versorgung von Nicht-COVID-Patienten

Einschränkungen in der onkologischen Versorgung zwischen März und August 2020

V. Arndt

S. Fröhling

Besorgt über mögliche Auswirkungen der COVID-19-Pandemie wurden zwischen März 2020 und August 2020 die Direktoren von 18 Comprehensive Cancer Centers (CCCs) in 10 Erhebungsrunden zu Veränderungen bei der onkologischen Versorgung befragt. Über alle Befragungsrunden fanden sich erhebliche Einschränkungen im Bereich der Nachsorge und bei der psychoonkologischen bzw. der nichtärztlichen Betreuung. Diese Einschränkungen in den vorwiegend sprechenden Behandlungsdomänen betrafen fast alle CCCs und bestanden relativ konstant über den gesamten Beobachtungszeitraum. Aber auch in anderen Bereichen wie bildgebende Diagnostik, Systemtherapie solider und hämatologischer Neoplasien, Tumoroperationen und Palliativmedizin fanden sich anhaltende Funktions- und Kapazitätseinschränkungen. Inwiefern sich diese Veränderungen langfristig nachteilig auf die Überlebensprognose auswirken, bedarf weiterer Nachbeobachtung.

Einleitung

Die durch das Coronavirus SARS-CoV-2 ausgelöste Pandemie hat sich weltweit auf die Gesundheitsversorgung ausgewirkt. Auch in Deutschland setzte rasch eine Diskussion um drohende Engpässe bei der intensivmedizinischen Versorgungskapazität ein.

Methode

Anhand eines standardisierten Fragebogens wurden zwischen März 2020 und August 2020 die Vertreter von 18 Comprehensive Cancer Centers (CCCs) über 10 Erhebungsrunden detailliert zur onkologischen Versorgung befragt.

Ergebnisse

In allen Befragungsrunden wurden bei über 90 % aller Rückmeldungen Veränderungen im Zusammenhang mit der Nachsorge und dem Bereich Psychoonkologie/Ernährungs- und Bewegungstherapien/soziale Beratung angegeben. In über einem Drittel aller Rückmeldungen wurden auch Veränderungen bei der bildgebenden Diagnostik, der Systemtherapie, den Tumoroperationen und der Palliativmedizin beschrieben. Seltener wurden Veränderungen in folgenden Bereichen berichtet: Diagnostik (Pathologie und Labor), Tumorbiopsien, Tumorboards, Strahlentherapie, pädiatrische Onkologie, Spezialangebote wie Fertilitätsprotektion, Informations-Hotline, Kapazität zur Aufnahme von Patienten aus anderen Standorten. In der Zusammenschau zeigt sich eine kontinuierliche, aber langsame Erholung der Versorgungssitutation in den CCCs ab etwa Mitte Mai, allerdings konnte der Ausgangsstatus vor der Pandemie noch nicht wieder erreicht werden. Bei der Nachsorge wurden insbesondere zwischen Ende März bis Anfang Mai Einschränkungen von 60–80 % angegeben. In der Psychoonkologie war die Versorgungskapazität langfristig um 30–40 % reduziert. Erst gegen Mitte Juni zeigte sich hier eine leichte Besserung. In den anderen Bereichen bewegten sich die Einschränkungen in der Größenordnung um 10–20 %. Dabei wurden die größten Einschränkungen Mitte bis Ende April 2020 genannt und bewegten sich am Ende der Beobachtungsperiode im August noch zwischen 5 und 10 %.

Diskussion

Die COVID-19-Pandemie hat wie in anderen Ländern auch in Deutschland zu messbaren Veränderungen bei der onkologischen Versorgung geführt. In der vorliegenden Studie fanden sich erhebliche und langanhaltende Einschränkungen im Bereich der Nachsorge und bei der psychoonkologischen bzw. der nichtärztlichen Beratung. Erfreulicherweise zeigten sich keine anhaltenden Einschränkungen in der onkologischen Akutversorgung, d. h. bei der Diagnostik und der Primärtherapie. Dennoch kam es zu Verzögerungen und Veränderungen bei der Abklärung und Therapie, was für betroffene Patienten eine zusätzliche psychische Belastung darstellen und – zumindest bei langen Intervallen – auch zu einem Fortschreiten der Erkrankung führen kann. Inwiefern sich die beobachteten Veränderungen langfristig nachteilig auf das Überleben auswirken, bedarf weiterer Nachbeobachtung ebenso wie die Auswirkungen der zweiten Welle.

PD Dr. med. Volker Arndt[1],
Prof. Dr. med. Stefan Fröhling[2]

1 Abteilung Klinische Epidemiologie und Alternsforschung, Abteilung Cancer Survivorship, Epidemiologisches Krebsregister Baden-Württemberg, Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ), Heidelberg
2 Abteilung Translationale Medizinische Onkologie, Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) und Nationales Centrum für Tumorerkrankungen (NCT), Heidelberg

SONNTAG, 18.04.2021
COVID-19 Versorgungsaspekte
08:59–10:15 Uhr
Kanal 1 – Hauptsitzungen
09:55–10:15 Uhr: Auswirkungen auf die Versorgung von Nicht-COVID-Patienten

Treatfair Ranking – Übersicht der mitarbeiterfreundlichen Kliniken

Orientierung für Mediziner und Anreiz zur Verbesserung für Krankenhäuser

B. Carstensen

Mit der Übersicht der Krankenhausabteilungen mit zufriedenen Ärztinnen und Ärzten (Treatfair Ranking) ist jederzeit einsehbar, wo eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit herrscht. Da sich Ärztinnen/Ärzte Arbeitsplätze mit guten Arbeitsbedingungen wünschen, nutzen sie das Treatfair Ranking zur Orientierung. Für Krankenhäuser stellt es ein wertvolles effektives und kostenloses Tool zur Mitarbeitergewinnung dar. Mit dem Treatfair Ranking wird eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit zum Wettbewerbsvorteil, sodass für Krankenhäuser ein noch größerer Anreiz zur Verbesserung besteht. Das kann nachhaltig zu verbesserten Arbeitsbedingungen führen.

Was ist das Treatfair Ranking?

Das Treatfair Ranking ist die Übersicht der Krankenhausabteilungen mit zufriedenen Ärztinnen/Ärzten. Dabei können Abteilungen aller Fächer vertreten sein. Die Positivliste ist jederzeit online kostenlos unter www.treatfair.org einsehbar. Ermittelt werden die Krankenhausabteilungen in großen Ärztebefragungen, in welchen Ärztinnen/Ärzte ihre Zufriedenheit angeben. Im Jahr 2021 unterstützt erstmals der Präsident der Ärztekammer Berlin, Günther Jonitz, die Befragung als Mentor.

Nachdem sich die Positivliste in den ersten Jahren weitestgehend auf Deutschland beschränkt hat, werden 2021 auch österreichische Abteilungen vertreten sein. Das österreichische Institut für Human Factors & Human Resources der Karl Landsteiner Gesellschaft hat die österreichischen Kliniken und Ärztinnen/Ärzte zur Umfrageteilnahme aufgerufen.

Warum sich viele Ärztinnen/Ärzte und Krankenhäuser über das Ranking freuen

Viele Ärztinnen/Ärzte sind unzufrieden mit den Arbeitsbedingungen. Eben diese weit verbreitete Unzufriedenheit macht gute Arbeitsbedingungen für Ärztinnen/Ärzte zu etwas Besonderem. Immer mehr Ärztinnen/Ärzte möchten den Wunsch nach besserer Arbeitsatmosphäre und guter Weiterbildung auch verfolgen. Sie nutzen das Treatfair Ranking als wertvolle Orientierung bei der Stellenwahl, weil es genau die Abteilungen aufzeigt, wo sie sich wahrscheinlich wohlfühlen werden. So wird die Stellensuche einfacher, weil Ärztinnen/Ärzte das an Bedeutung zunehmende Kriterium Arbeitsbedingungen sehr früh im Bewerbungsprozess berücksichtigen können – im Idealfall bereits vor der eigentlichen Bewerbung. Ärztinnen/Ärzte sparen sich so erheblichen Aufwand für Recherche und unnötige Hospitationen sowie Frust durch Fehleinschätzungen.

Mit der Platzierung im Treatfair Ranking wissen nun sehr viele Ärztinnen/Ärzte von der Mitarbeiterorientierung einer Abteilung. Weil Bewerber Arbeitsplätze mit guten Arbeitsbedingungen und bemühten Chefärztinnen/Chefärzten vorziehen, profitieren die im Ranking vertretenen Abteilungen von einer erhöhten Anzahl und Qualität der Bewerber. Mit dem Treatfair Ranking als effektivem und kostenlosem Tool zur Mitarbeitergewinnung gelingt es Krankenhäusern, aus Mitarbeiterorientierung einen immensen Wettbewerbsvorteil zu ziehen: Qualifiziertes Personal kann wieder sehr viel leichter gewonnen werden – auch in der aktuell angespannten Situation der Ärzteknappheit.

Ehre, wem Ehre gebührt – Bestätigung für Chefärztinnen/Chefärzte

Es ist nicht selbstverständlich, den Wünschen und Befindlichkeiten der Mitarbeitenden Gehör zu schenken – in den aktuellen Zeiten, die vom immer enger werdenden ökonomischen Korsett und den gleichzeitig weiterwachsenden Ansprüchen der Patientinnen/Patienten geprägt sind. Umso mehr Wertschätzung sollte denjenigen Chefärztinnen/Chefärzten gegenüber erbracht werden, die diese schwierige Aufgabe erfolgreich lösen. Die Veröffentlichung im Treatfair Ranking zeigt Chefärztinnen/Chefärzten, dass sich die Mühen um ihre Mitarbeitenden lohnen.

Chefärztinnen/Chefärzte können sich aber nicht nur über die Wertschätzung ihrer Mitarbeitenden freuen. Gerade sie profitieren davon, dass sie sich wieder die Bewerber aussuchen können, die menschlich zum Team passen und gut qualifiziert sind.

Warum das Treatfair Ranking dem Gesundheitssystem gut tut

Mit dem in Aussicht gestellten Wettbewerbsvorteil entsteht für Krankenhäuser ein großer Anreiz zur attraktiveren Gestaltung der ärztlichen Arbeitsplätze. Erstmals lohnen sich die verbesserten Arbeitsbedingungen auch finanziell durch beispielsweise niedrigere Rekrutierungskosten. Das Treatfair Ranking stellt ein Gegengewicht zu den ökonomischen Anreizen dar. Es führt dazu, dass den Themen Mitarbeiterbehandlung und Führungskompetenz eine höhere Bedeutung zugemessen wird. Das ist die Voraussetzung für eine flächendeckende attraktivere Gestaltung des Arztberufs, die dringend notwendig ist, um die jüngeren Ärztegenerationen im Arztberuf zu halten. Ohne diese Änderung im Mindset gefährden wir die medizinische Versorgung der Zukunft.

MEHR INFORMATIONEN
www.treatfair.org

Dr. med. Benedict Carstensen, MHBA
Treatfair GmbH, Stuttgart

MONTAG, 19.04.2021
Best Practice Weiterbildung: Kliniken stellen ihr Erfolgskonzept vor
18:30–19:45 Uhr
Kanal 2 – Forum Junge Internisten
18:30–18:39 Uhr: Vorstellung des Treatfair-Rankings

Current congress 2021 | © 2021. Thieme. All rights reserved.
Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

Demeter Verlag

Venöse Thromboembolie: Schwangerschaft, Hormone, Thrombophilie

Aktuelle deutsche und amerikanische Empfehlungen

V. Hach-Wunderle

Längerfristig erhöhte Spiegel an weiblichen Sexualhormonen bergen ein Risiko für venöse Thromboembolien (VTE). Entsprechende Situationen sind Schwangerschaft mit Postpartalphase sowie die Hormonzufuhr zur Antikonzeption bei prämenopausalen Frauen bzw. zur Linderung von Wechseljahresbeschwerden bei postmenopausalen Frauen. Nachfolgend sind einige Empfehlungen aus den aktuellen deutschen und amerikanischen Leitlinien zusammengefasst (Stand 12-2020) [1–7].

Schwangerschaft und Postpartalphase

Antikoagulanzien

Das bevorzugte Antikoagulans für Prophylaxe und Therapie einer VTE in der Schwangerschaft ist niedermolekulares Heparin (NMH) gegenüber unfraktioniertem Heparin [ACCP 2012; Empfehlungsgrad 1B], gegenüber Vitamin K-Antagonisten (VKA) im 1. Trimenon und unmittelbar pränatal [je 1A] sowie im 2. und 3. Trimenon [je 1B]. Fondaparinux ist indiziert bei Heparinunverträglichkeit, sofern Danaparoid als das hierbei bessere Antikoagulans (da nicht plazentagängig) nicht verfügbar ist [1C]. Direkte orale Antikoagulanzien (DOAK) sollten vermieden werden [1C].

Während der Stillperiode können Warfarin, Acenocoumarol und UFH [alle 1A] sowie NMH, Danaparoid, Hirudin und ASS [alle 1B] eingesetzt werden und sind gegenüber anderen Antikoagulanzien wie DOAK [1C] bzw. Fondaparinux [2C] zu bevorzugen.

Prophylaktische Antikoagulation bei erhöhtem VTE-Risiko

Die Indikation zu einer prophylaktischen Antikoagulation ist oft eine schwierige Entscheidung. Hier sind zahlreiche potenzielle Risiken zu berücksichtigen. Dazu gehören vor allem dispositionelle und expositionelle Risikofaktoren, milde und schwere Thrombophiliedefekte, eine vorangegangene VTE mit oder ohne Auslöser sowie eine vorhandene oder nicht vorhandene positive Familienanamnese bezüglich VTE bei Verwandten 1. Grades vor dem 45. Lebensjahr. Wenn schwerwiegende einzelne bzw. mehrere geringe Risikofaktoren in Kombination vorliegen, erfolgt die VTE-Prophylaxe bereits während der Schwangerschaft. Medikament der ersten Wahl ist NMH. Ob bei besonders hohem Thromboserisiko eine Dosiserhöhung sinnvoll ist, z. B. als „doppelt prophylaktische“ oder „halbtherapeutische“ tägliche Dosis, obliegt der ärztlichen Entscheidung. Die Fortsetzung der Therapie in der postpartalen Phase für mindestens 6 Wochen ist hingegen unbestritten.

Dispositionelle und expositionelle Risikofaktoren

Was sind dispositionelle Risikofaktoren? Betreffend die Frau selbst: Adipositas mit BMI ≥ 30–35 kg/m², Lebensalter > 35 Jahre, Rauchen von > 15 Zigaretten/Tag oder eine thrombophile Gerinnungsstörung. Betreffend ihre Vorgeschichte: eigene frühere oder familiäre VTE sowie andere Grundkrankheiten mit erhöhtem VTE-Risiko wie Z. n. Apoplex oder eine chronische entzündliche Darmkrankheit.

Was sind expositionelle Risikofaktoren? Betreffend gynäkologische Aspekte: Therapie mit weiblichen Hormonen (dabei deutlich höheres VTE-Risiko beim schweren ovariellen Überstimulationssyndrom vs. einer assistierten Kinderwunschtherapie) oder bei einer Entbindung per Sectio vs. Spontangeburt oder bei schwangerschaftsassoziierten Komplikationen mit Blutverlust/lokalen Infektionen.

Betreffend andere allgemeine Risiken: eine plötzlich erforderliche mehrtägige Bettlägerigkeit, eine akut anstehende Operation oder akute allgemeine Infekte mit konsekutiver Immobilität.

Thrombophile Gerinnungsstörungen

Was sind schwere Thrombophiliedefekte? Diese sind eher selten und beinhalten homozygote Gendefekte von Faktor V bzw. Prothrombin, eine doppelte Heterozygotie beider Gendefekte, ein tripelpositives Antiphospholipid-Syndrom (= Lupusantikoagulans, erhöhte Antikardiolipin-Antikörper plus erhöhtes Beta-2-Glykoprotein) sowie Gerinnungsinhibitormängel (Antithrombin, ggf. Protein C, Protein S), vor allem wenn diese in Familien vs. nur in einem Individuum nachgewiesen wurden. Bei Diagnostik in der Schwangerschaft ist der physiologische Abfall von Protein S zu berücksichtigen.

Was sind milde Thrombophiliedefekte? Diese sind häufig. Dazu gehören vor allem die heterozygote Faktor-V-Mutation bzw. Prothrombin-Mutation.

Bei schweren Thrombophilien erfolgt eine medikamentöse VTE-Prophylaxe während der Schwangerschaft und postpartal, auch wenn keine weiteren Risiken vorliegen. Bei einer milden Thrombophilie ohne zusätzliche Risiken ist während der Schwangerschaft in der Regel keine Antikoagulation erforderlich. Eine postpartale Antikoagulation ist optional zu erwägen; bei der häufigen heterozygoten Faktor-V-Mutation kommt diese beispielsweise bei gleichzeitig positiver Familienanamnese bezüglich VTE in Betracht [ACCP 2C].

Frühere Thrombose

Wenn eine frühere Thrombose unter der Einnahme eines hormonellen Antikonzeptivums eingetreten ist, sollte während der Schwangerschaft [ACCP 2C] und postpartal [2B] antikoaguliert werden, da hier offensichtlich weibliche Hormone als Auslöser von Bedeutung sind. Wenn eine frühere Thrombose eine andere klare Ursache hatte, beispielsweise eine Operation oder ein Trauma, genügt die Antikoagulation in der postpartalen Phase [2C]; bei zusätzlichen dispositionellen oder expositionellen Risikofaktoren sollte jedoch bereits während der Schwangerschaft behandelt werden [2C].

Therapeutische Antikoagulation bei akuter venöser Thromboembolie

Einfacher ist die Entscheidung bei einer akuten venösen Thromboembolie während der Schwangerschaft. Hier erfolgt eine therapeutische Antikoagulation und zwar in der Regel mit NMH mit Fortsetzung für mindestens 6 Wochen postpartal; die Gesamtbehandlungsdauer beträgt – wie bei nicht schwangeren Patientinnen – mindestens 3 Monate [ACCP 2C]. Bei „kleinen“ Thrombosen, die sich wohlmöglich im Verlauf wieder ganz auflösen, kann eine geringere Dosis erwogen werden, z. B. prophylaktisch oder halbtherapeutisch. Auch erscheint im Krankheitsverlauf einer Thrombose eine Reduktion auf die 75-prozentige therapeutische Dosis möglich, wenn beispielsweise ein erhöhtes Blutungs- oder Osteoporoserisiko bestehen [kein Empfehlungsgrad vorhanden]. Das komplette Absetzen einer Antikoagulation erscheint bei akuter venöser VTE nicht sinnvoll, weder während der Schwangerschaft und schon gar nicht in der postpartalen Phase.

Zeitabstände einer Antikoagulation bei Regionalanästhesie

Vor und nach der Geburt sind Zeitabstände bei geplanter Regionalanästhesie zu beachten. Eine therapeutische Antikoagulation mit NMH ist mindestens 24 Stunden vor Anlage eines Periduralanästhesie (PDA) -Katheters zu pausieren, bei prophylaktischer Dosis genügen 12 Stunden. Postpartal kann die Antikoagulation 4–6 Stunden nach vaginaler Entbindung bzw. nach Entfernung des PDA-Katheters und 6–12 Stunden nach Sectio wieder begonnen werden.

Hormonsubstitution zur Antikonzeption

Allgemeine Aspekte

Kombinierte Antikonzeptiva (= Östrogen plus Gestagen) erhöhen das venöse Thromboserisiko auf das 2- bis 4-fache gegenüber einer Nichteinnahme. Das Risiko hängt dabei vor allem von der Dosis des Östrogens und von der Art des Gestagens ab und es nimmt mit der Dauer der Einnahme ab (Odds Ratio in den ersten 3 Monaten 4,07, in den ersten 12 Monaten 2,12 und in den ersten 4 Jahren 1,88).

Hormone und Applikationswege

Das Thromboserisiko korreliert mit der Östrogendosis. Diese wurde inzwischen weitgehend reduziert (< 50 µg) und ist in den verfügbaren Präparaten annähernd konstant. Bei den Gestagenen bestimmt hingegen nicht die Dosis, sondern die Art des Gestagens das Thromboserisiko. Das niedrigste Thromboserisiko haben Substanzen, die schon lange auf dem Markt sind, sog. Gestagene der 2. Generation. Dazu gehören: Levonorgestrel, Norgestimat und Norethisteron; die Inzidenz beträgt 5–7 Thrombosen/10 000 Frauen und Anwendungsjahre gegenüber 2/10 000 bei Nichteinnahme (▶ **Abb. 1**). Alle anderen Gestagene haben ein etwas höheres bzw. ein noch nicht genau bekanntes Thromboserisiko. Zu vermeiden sind Gestagene vom Typ des Depot-Medroxyprogesteronacetats (DMPA).

Gestagen im KOK	RR für VTE vs. KOK mit Levonorgestrel	Inzidenz (pro 10 000 Frauen und Anwendungsjahr)	Neue VTE in D pro Jahr (geschätzte Anzahl [8])
Nichtanwenderin	–	2	1360
Levonorgestrel Norgestimat Norethisteron	1	5–7	3400–4760
Gestoden Desogestrel Drosperinon	1,5–2	9–12	6120–8160
Etonogestrel Norelgestromin	1–2	6–12	4080–8160
Chormadinon Dienogest Nomogestrolacetat + E2 Dienogest + E2	unklar	unklar	unklar

VTE: Venöse Thromboembolie; KOK: Kombiniertes orales Kontrazeptivum; RR: Relatives Risiko

▶ **Abb. 1** VTE-Risiko nach Gestagen im KOK [6].

Bei thrombosegefährdeten Patientinnen sollten Antikonzeptiva mit dem geringsten Thromboserisiko angewandt werden. Die größte Gefahr besteht bei eigener oder familiärer Thromboseneigung (Verwandte 1. Grades mit Ereignis vor dem 45. Lebensjahr). Weitere Risiken sind: bekannte Thrombophilie (abhängig von der Art des Defekts!), Lebensalter > 35 Jahre, BMI > 30–35 kg/m² und Rauchen von > 15 Zigaretten/Tag.

Bei erhöhtem Thromboserisiko und Indikation für ein orales Kombinationspräparat sollte ein Gestagen der 2. Generation ausgewählt werden (s. o.). Gestagenmonopräparate haben gegenüber Kombinationspräparaten ein geringeres Thromboserisiko und sollten möglichst bevorzugt werden; die handelsüblichen Monopräparate enthalten die Gestagene Desogestrel oder Levonorgestrel. Die Applikationsform (oral oder mittels Intrauterinsystem, IUS) ist dabei von untergeordneter Bedeutung. Bei adipösen Frauen (Grad 2 oder 3) wird eher ein Intrauterinsystem (z. B. Hormonspirale) gegenüber einer oralen Hormoneinnahme empfohlen. Stillende Frauen sollten in den ersten 6 Monaten nach Geburt eher ein Gestagenmonopräparat gegenüber einem Kombinationspräparat einnehmen. Gar kein Thromboserisiko hat die hormonfreie Kupferspirale.

Bei Zustand nach Thrombose darf die bisherige Antikonzeption während einer suffizienten Antikoagulation unverändert fortgeführt werden, auch wenn es sich um ein risikoreiches Kombinationspräparat handelt. Rechtzeitig vor geplanter Beendigung der Antikoagulation ist allerdings auf ein alternatives Verhütungskonzept mit geringerem Thromboserisiko umzustellen.

Die gute Nachricht lautet: Für jede Frau gibt es mindestens eine geeignete Konzeptionsmethode!

Hormonsubstitution in der Postmenopause

Allgemeine Aspekte

In der Postmenopause (ab dem etwa 45. Lebensjahr der Frau) besteht die Indikation zu einer Hormonsubstitution bei Wechseljahresbeschwer-

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

Current congress 2021 | © 2021. Thieme. All rights reserved.

den, die auf der Minderproduktion der Sexualhormone beruhen. Diagnose und Indikation sind klinisch zu stellen; am häufigsten werden vasomotorische Beschwerden wie Hitzewallungen und Schweißausbrüche berichtet. Bei Frauen mit einer Brustkrebserkrankung sind wegen des hormonell bedingten Krebsrezidivrisikos alternative Maßnahmen zu prüfen.

Hormone und Applikationswege

Prinzipiell erhalten Frauen nach Entfernung der Gebärmutter eine Östrogenmonotherapie. Frauen mit Gebärmutter bedürfen hingegen einer Kombinationstherapie; das Gestagen dient dabei dem Schutz vor einem Endometriumkarzinom. Die Schutzwirkung besteht sicher für 5 Jahre und ist unsicher für den Zeitraum darüber hinaus.

Das Thromboserisiko steigt mit der Östrogenkonzentration. Gestagen ist bei der postmenopausalen Substitution hingegen bezüglich Art und Dosis eher von untergeordneter Bedeutung. In Kombinationspräparaten erhöhen die Gestagene mikronisiertes Progesteron, die 17-Hydroxyprogesteronderivate (z. B. Dydrogesteron, Medrogeston) und die Nortestosteronpräparate (z. B. Norethisteronacetat) nicht das Thromboserisiko gegenüber einer Östrogenmonotherapie; für Medroxyprogesteronacetat ist hingegen ein erhöhtes Thromboserisiko nicht sicher auszuschließen.

Die orale Hormonsubstitution verdoppelt das venöse Thromboserisiko auf 2 pro 1000 behandelte Frauen pro Jahr. Die transdermale Applikation (Creme, Pflaster) hat ein geringeres Risiko und ist deshalb bei Frauen mit Thromboserisiko zu bevorzugen. Für eine transdermale Applikation von bis zu 50 µg Östrogen pro Tag wurde in Beobachtungsstudien kein erhöhtes Thromboserisiko für kardiovaskuläre Krankheiten (koronare Herzkrankheit, Schlaganfall, venöse Thromboembolien) berichtet.

Bei einer symptomatischen vaginalen Schleimhautatrophie ist die lokale Gabe eines Östrogenmonopräparats erlaubt und sinnvoll, dabei vorzugsweise Östriol gegenüber Östradiol. Die Therapie kann auch bei Harninkontinenz erwogen werden.

Prof. Dr. med. Viola Hach-Wunderle
Gefäßzentrum am Krankenhaus Nordwest und Praxis Innere Medizin und Gefäße, Frankfurt/Main

Literatur

[1] Hach-Wunderle V, Kopp I et al. Interdisziplinäre S2k-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Venenthrombose und der Lungenembolie. Vasa 2016; 45 (Suppl 90)

[2] Bates SM, Jaeschke R, Stevens SM et al. Diagnosis of DVT: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians [ACCP] Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest 2012; 141 (2 Suppl): e351 A–e418S

[3] Bates SM, Middeldorp S, Rodger M et al. Guidance for the treatment and prevention of obstetric-associated venous thromboembolism. J Thromb Thrombolysis 2016; 41: 92–128

[4] Encke A, Haas S, Kopp I. S3-Leitlinie Prophylaxe der venösen Thromboembolie (VTE). Vasa 2016; 45 (Suppl 92)

[5] Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. S3-Leitlinie Hormonelle Empfängnisverhütung. Stand: August 2019

[6] Beyer-Westendorf J, Bauersachs R, Hach-Wunderle V et al. Sex hormones and venous thromboembolism – from contraception to hormone replacement therapy. Vasa 2018; 47: 441–450

[7] Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. S3-Leitlinie Peri- und Postmenopause – Diagnostik und Interventionen. Stand: Januar 2020

[8] Stocco B, Fumagalli HF, Franceschini SA et al. Comparative study of the effects of combined oral contraceptives in hemostatic variables: an observational preliminary study. Medicine (Baltimore) 2015; 94: e385

SAMSTAG, 17.04.2021

Neues aus der Gefäßmedizin – Teil 2

16:30–17:45 Uhr

Kanal 15

16:30–16:55 Uhr: Venöse Thromboembolie, Thrombophilie

SONNTAG, 18.04.2021

Geschlechterungleichheit in der Inneren Medizin

14:45–16:00 Uhr

Kanal 1 – Hauptsitzungen

15:03–15:22 Uhr: Frauen und Thrombose

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

Ventrikuläre Extrasystolie

Wann hat sie einen Krankheitswert?

S. Busch

M. Forkmann

Bei häufigen ventrikulären Extrasystolen (VES) sollte eine strukturelle Herzerkrankung ausgeschlossen werden. Idiopathische VES bei strukturell gesundem Herz haben fast immer eine gute Prognose. Eine Behandlungsindikation besteht bei symptomatischen Patienten, hoher VES-Last oder Verschlechterung der LV-Funktion.

Epidemiologie

Ventrikuläre Extrasystolen (VES) sind häufig und weit verbreitet bei Personen mit und ohne strukturelle Herzerkrankung. Die Prävalenz hängt von den Komorbiditäten der Population, der Methode, mit der die Bevölkerung untersucht wurde, und der Dauer der Beobachtung ab. Bei strukturell herzgesunden Menschen fand sich eine Inzidenz von mehr als 6 % [1]. Zunehmendes Alter scheint mit einer erhöhten VES-Last assoziiert zu sein. Zudem haben Patienten nach einem stattgehabten Herzinfarkt, im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung, eine höhere VES-Last. Bei strukturell herzgesunden Menschen handelt es sich meist um monomorphe VES aus dem rechtsventrikulären Ausflusstrakt (RVOT) [2].

Klinik und Prognose

Viele Patienten haben leichte oder gar keine Symptome. Die häufigsten Symptome sind Palpitationen, thorakale Beschwerden oder Schwindel. Im Gegensatz zu ventrikulären Tachykardien bei struktureller Herzerkrankung ist die Prognose idiopathischer VES sehr gut. Kleinere Beobachtungsstudien weisen jedoch darauf hin, dass häufige VES auch bei strukturell gesundem Herz mit einem erhöhten Risiko eines plötzlichen Herztods verbunden sind [3].

Zur Risikostratifizierung sind folgende Kriterien auszuschließen:

- VES mit kurzer Kopplung (≤ 350 ms). Eine Assoziation mit idiopathischem Kammerflimmern ist hier beschrieben.
- Polymorphe VES sind häufig Ausdruck einer strukturellen Herzerkrankung.
- Hinweise auf angeborene primäre Arrhythmiesyndrome (z. B. Long QT-Syndrom, katecholaminerge polymorphe Kammertachykardien oder arrhythmogene rechtsventrikulärer Kardiomyopathie (ARVC)).

Kardiologische Abklärung

Zur weiteren Abklärung ist eine Anamnese, mit Augenmerk auf eine positive Familienanamnese für plötzliche Todesfälle, eine körperliche Untersuchung, EKG, kardiale Bildgebung und Laborwerte wichtig. Für die Beurteilung der linksventrikulären Funktion (LV-Funktion) und Klappenfunktion ist die Echokardiografie die geeignetste Methode. Die kardiale Magnetresonanztomografie ist für die Diagnostik von Myokarditiden, ARVC und Detektion von myokardialen Narben der Goldstandard. Bei Patienten mit Verdacht auf Myokardischämie sollten Stresstests und/oder eine Koronarangiografie durchgeführt werden.

VES können Ausdruck einer dilatativen Kardiomyopathie (DCM) oder ischämischen Kardiomyopathie (ICM) sein. Aber eine hohe VES-Last kann zu einer Verschlechterung der LV-Funktion, im Sinne einer meist reversiblen Tachykardiomyopathie (TKM), führen. Ob eine TKM vorliegt kann meist nur im Verlauf geklärt werden, wenn sich die LV-Funktion nach erfolgreicher VES-Behandlung wieder verbessert. Die am meisten untersuchten Prädiktoren für eine TKM sind die VES-Last und die QRS-Dauer. Eine Arbeit konnte zeigen, dass eine QRS-Dauer < 130 ms, eine VES-Last > 17 % und ein linksventrikulärer enddiastolischer Diameter < 63 mm prädiktiv für eine reversible TKM sind [4].

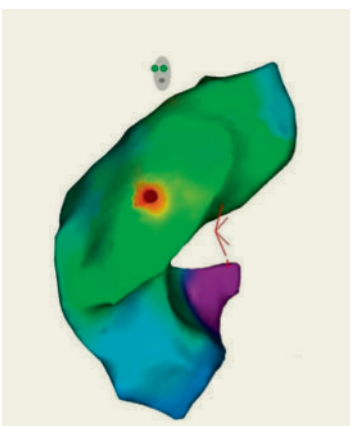
Therapie

Die Entscheidung zur Therapie von VES beruht auf der Symptomatik und/oder eine eingeschränkte LV-Funktion. Durch eine erfolgreiche Behandlung, z. B. Ablation der VES, kann in der Regel eine Verbesserung der LV-Funktion erreicht werden. Eine Indikation zur Katheterablation ergibt sich [5]:

- Bei symptomatischen Patienten und mindestens 10 % monomorphe VES im Langzeit-EKG.
- Bei Patienten mit und ohne strukturelle Herzerkrankung, wenn der Verdacht auf eine Verschlechterung der LV-Funktion aufgrund der hohen VES-Last besteht.
- Bei Patienten mit kardialer Resynchronisationstherapie und ungenügender biventrikulärer Stimulation aufgrund von VES.

Die Katheterablation idiopathischer VES aus dem rechtsventrikulären Ausflusstrakt (RVOT) ist sehr erfolgreich (> 90 %) und die Komplikationsrate mit < 1 % sehr niedrig. Die Erfolgsrate bei anderen Lokalisationen ist jedoch etwas geringer.

Der fokale Mechanismus von idiopathischen VES ermöglicht eine Lokalisierung der frühesten Aktivierungsstelle mithilfe von 3D-Mapping-Systemen (▶ **Abb. 1**).



▶ **Abb. 1** Lokalisierung der frühesten fokalen Erregung der VES im rechtsventrikulären Ausflusstrakt mithilfe eines 3D-Mapping-Systems. Rot stellt die früheste Aktivierung, blau die späteste Aktivierung dar. Der rote Punkt markiert die Ablationsstelle; linksanterior oblique Ansicht.
Quelle: PD Dr. Sonia Busch

Eine Alternative stellen Antiarrhythmika (Sotalol, Flecainid, Propafenon oder Amiodaron) dar, bergen aber das Risiko von proarrhythmischen Effekten.

PD Dr. med. Sonia Busch,
Dr. med. Mathias Forkmann

II. Medizinische Klinik, Klinikum Coburg

Literatur

[1] Simpson Jr RJ, Cascio WE, Schreiner PJ et al. Prevalence of premature ventricular contractions in a population of African American and white men and women: the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. Am Heart J 2002; 143: 535–540

[2] Busch S, Eckardt L, Sommer P et al. [Premature ventricular contractions and tachycardia in a structurally normal heart: Idiopathic PVC and VT]. Herzschrittmacherther Elektrophysiol 2019; 30: 212–224

[3] Ataklte F, Erqou S, Laukkanen J et al. Meta-analysis of ventricular premature complexes and their relation to cardiac mortality in general populations. Am J Cardiol 2013; 112: 1263–1270

[4] Penela D, Fernández-Armenta J, Aguinaga L et al. Clinical recognition of pure premature ventricular complex-induced cardiomyopathy at presentation. Heart Rhythm 2017; 14: 1864–1870

[5] Deneke T, Borggrefe M, Hindricks G et al. Kommentar zu den ESC-Leitlinien 2015 „Ventrikuläre Arrhythmien und Prävention des plötzlichen Herztodes“. Kardiologe 2017; 11: 27–43

MONTAG, 19.04.2021

Differenzierte Therapie bei häufigen Herzrhythmusstörungen

09:00–10:15 Uhr

Kanal 8

09:00–09:25 Uhr: Ventrikuläre Extrasystolie – wann hat sie einen Krankheitswert?

Current congress 2021 | © 2021. Thieme. All rights reserved.

Demeter Verlag

Intensivmedizinische Versorgung von COVID-19-Patienten

Hohe Patientenzahlen und Mangel an qualifiziertem Personal erfordern lokal passende Lösungen

R. Riessen

Die COVID-19-Pandemie stellt vor allem für die Intensivstationen in Deutschland und weltweit eine große Herausforderung und Belastung dar. Nach welchen Kriterien die intensivmedizinische Versorgung organisiert werden kann, soll in diesem Artikel dargestellt werden.

Aktuelle Zahlen

Nach aktuellen Zahlen des DIVI-Intensivregisters (www.intensivregister.de, Stand 25.01.2021) gibt es in Deutschland 26 819 Behandlungsplätze auf Intensivstationen. Von diesen sind 43 % sog. High-care-Betten mit einer Ausstattung für eine akute invasive maschinelle Beatmung und 57 % Low-Care-Betten, auf denen dies nicht möglich ist. Schon vor der COVID-19-Pandemie gab es zahlreiche Berichte über eine Überlastung der Intensivstationen, insbesondere bedingt durch einen Mangel an qualifiziertem Intensivpflegepersonal [1]. Am 03.01.2021 erreichte die Belegung der Intensivstationen mit COVID-19-Patienten (n = 5762, 21 % aller Intensivbetten) einen vorläufigen Höhepunkt. Zu diesem Zeitpunkt wurden noch 17 % aller Intensivbetten als verfügbar gemeldet. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Intensivstation idealerweise nur mit einer durchschnittlichen Belegung von 75 % (bei stündlicher Erhebung) operieren sollten, um eine zeitnahe Aufnahme von Notfallpatienten ohne vorzeitige Verlegungen gewährleisten zu können [2].

Schutz anderer Patienten und des Personals

Besonders die Isolationsmaßnahmen zum Schutze anderer Patienten und des Personals vor COVID-19-Übertragungen stellen eine große organisatorische Herausforderung für Krankenhäuser dar und sind für das Personal sehr belastend. Grundsätzlich ist es sinnvoll, COVID-19-Patienten auf einer geeigneten separaten Intensivstation oder in einem klar abgetrennten Bereich einer Intensivstation zu kohortieren und mit einem eigenen Behandlungsteam zu versorgen, welches dann auch nicht für jeden einzelnen Patientenkontakt die Schutzausrüstung an- und wieder ablegen muss [3].

Wo und mit welchem Personal die COVID-19- und Nicht-COVID-19-Intensivpatienten versorgt werden, sollte in jeder Klinik anhand der insgesamt sehr unterschiedlichen lokalen Gegebenheiten mit den beteiligten Intensivmedizinern und der Klinikleitung rational festgelegt werden. In der internistischen Intensivmedizin wird ein höherer Anteil an nicht planbaren Notfallpatienten mit unterschiedlichsten Grunderkrankungen und häufig einer ausgeprägten Multimorbidität versorgt. Operative Intensivstationen haben dagegen einen höheren Anteil an Patienten mit planbaren elektiven und damit auch zurückstellbaren Eingriffen. Insgesamt ist bei dem komplexen COVID-19-Intensivpatienten eine intensive interdisziplinäre Zusammenarbeit anzustreben, auch unter Einbeziehung der für die einzelnen Organversagen spezialisierten internistischen Fachabteilungen.

Effiziente Patientensteuerung bei knappen Kapazitäten

Wichtig sind besonders bei knappen Intensivkapazitäten eine effiziente Patientensteuerung und eine frühzeitige Ermittlung des Patientenwillens in Hinblick auf intensivmedizinische Maßnahmen und Festlegung des Therapieziels unter Berücksichtigung der kurz- und längerfristigen Prognose eines Patienten [4]. Sollte bei Patienten mit einer eher ungünstigen Gesamtprognose eine Intensivtherapie begonnen werden, kann das Prinzip des Time-limited-trials angewandt werden. Hierbei wird nach einer individuell festgelegten Zeit anhand der Schwere der Akuterkrankung, der Anzahl der Organversagen und dem Verlauf der Intensivtherapie unter Berücksichtigung der Komorbiditäten, der Gebrechlichkeit und der allgemeinen Lebenserwartung über die Fortsetzung der Intensivtherapie bzw. eine Therapiezieländerung entschieden [5].

Prof. Dr. med. Reimer Riessen
Internistische Intensivstation,
Department für Innere Medizin,
Universitätsklinikum Tübingen

Literatur

[1] Karagiannidis C, Hermes C, Krakau M et al. Intensivmedizin: Versorgung der Bevölkerung in Gefahr. Dtsch Arztebl 2019; 116: A-462 / B-378 / C-374

[2] Valentin A, Ferdinande P, ESICM Working Group on Quality Improvement. Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. Intensive Care Med 2011; 37: 1575–1587

[3] Kluge S, Janssens U, Welte T et al. S2k-Leitlinie – Empfehlungen zur stationären Therapie von Patienten mit COVID-19. Pneumologie 2021; Online publiziert: 15.01.2021

[4] Hiller M, Spohn K, Hering R et al. Krankenhäuser: Lehren aus der Pandemie. Dtsch Arztebl 2021; 118: A-18 / B-16

[5] Riessen R, Haap M, Marckmann G et al. Rationale Therapieentscheidungen bei Intensivpatienten. Dtsch Med Wochenschr 2020; 145: 1470–1475

SONNTAG, 18.04.2021

COVID-19 Versorgungspakete
08:59–10:15 Uhr
Kanal 1 – Hauptsitzungen
08:59–09:17 Uhr: Modelle der intensivmedizinischen Versorgung

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

Diabetes & Gefäße

Angiologische Stufendiagnostik

K. Mühlberg

„Was? Eine kritische Ischämie? Eine so schwere pAVK als Ursache der plötzlichen Fußulzerationen? Das hätte ich nie gedacht. Die Patientin hatte doch nie eine Claudicatio intermittens und immer rosig warme Füße …“ staunt der Hausarzt, als er den Angiologiebefund seiner 78-jährigen Patientin liest, die aus scheinbar unauffälligem Fußbefund heraus innerhalb weniger Wochen rasch progrediente, nicht heilende Wunden entwickelte.

So oder ähnlich, und leider viel zu oft erst im extremitätenbedrohenden Stadium, erlebt der Angiologe den Erstkontakt mit einem an Diabetes erkrankten Gefäßpatienten. Dabei liefern Anamnese und klinische Inspektion schon sehr früh Hinweise auf ein Diabetisches Fußsyndrom (DFS), eine lebenslang chronische Erkrankung, die mit neurologischen Störungen und/oder einer pAVK einhergeht und zu Infektionen und Gewebsverlusten führen kann. Bereits scheinbar banale Hornhautschwielen und eine trocken-schuppige Haut sind ernstzunehmende Symptome des DFS und sollten Anlass zur Gefäßdiagnostik geben, um die hohe Rate von jährlich 13 000 Major-Amputationen aufgrund eines DFS zu minimieren [1].

Angiologische Stufendiagnostik beim Diabetiker

Die beidseitige Fuß- und Schuhinspektion ist Basis jeder Diagnostik. Der rosig-warme Fuß des Diabetikers täuscht eine normale Perfusion vor, ist aber Ergebnis der autonomen Neuropathie, bei der durch permanent geöffnete sc. AV-Shunts eine Gewebeminderversorgung vorliegt, die unter repetitiver Druckbelastung rasch zu Läsionen führt. Ursache der Druckbelastung wiederum sind die sensorische Neuropathie und ungeeignetes Schuhwerk. Ein Blick auf Fußsohle, Zehenkuppen und Zehenrücken sowie die ungleichmäßig abgelaufenen Schuhsohlen lassen eine Fehlbelastung auch ohne technische Hilfsmittel erkennen.

Da die Pulspalpation beim Ungeübten wenig zuverlässig ist, sollte jeder Diabetiker mittels arterieller Verschlussdruckmessung auf das Vorliegen einer pAVK gescreent werden. ABI < 0,9 definieren die pAVK und sind Anlass zur Duplexsonografie, um die Etage der pAVK zu erfassen und gleichzeitig Revaskularisationsoptionen zu planen. Ein ABI > 1,3 zeigt die Inkompressibilität der Knöchelarterien infolge einer Mediasklerose an und ist daher nicht verwertbar, weswegen eine Messung der Zehenarteriendrücke und/oder Gefäßultraschall empfohlen wird.

Liefert die Duplexsonografie keine wegweisenden Befunde, was in geübter Hand selten der Fall ist, kann eine MR-Angiografie oder digitale Subtraktionsangiografie (DSA) durchgeführt werden, die auch die beim Diabetiker überwiegenden Unterschenkelprozesse präzise darstellt. Da Diabetiker häufig unter einer Niereninsuffizienz leiden, soll möglichst kontrastmittelsparend mit CO_2-Angiografie gearbeitet werden.

Neben den bisher beschriebenen Methoden der makrovaskulären Diagnostik dürfen die mikroangiopathischen Pathologien des DFS nicht übersehen werden, die insbesondere bei der Planung therapeutischer Verfahren oder in der Abwägung einer Amputation um eine transcutane Sauerstoffpartialdruckmessung oder innovative Verfahren zur Mikroperfusionsanalyse ergänzt werden sollen.

Auch mit Wiederherstellung der Makro- und Mikrozirkulation besteht die Notwendigkeit der lebenslang fortgeführten Fußdiagnostik in ausgewiesenen Zentren mit angiologischer und diabetologischer Expertise in definierten Intervallen fort unter Beteiligung weiterer Disziplinen (Orthopädieschuhtechnik, Wundversorgung, Psychologie etc.) [2]. Gerade Diabetiker mit einem Leibesinsel-Neglect, ebenfalls Folge der Neuropathie, bedürfen konstanter Fürsorge.

Vermeidbar: die „maskierte pAVK“

Wichtig ist, an die „maskierte pAVK“ zu denken: Die Minussymptomatik bei diabetischer Neuropathie lässt den Diabetiker trotz schwerer pAVK und Ulzerationen unbeschwert laufen! Die Belastungsdyspnoe des Herzinsuffizienten oder die Coxarthrose des Älteren limitiert die Gehstrecke aus ganz anderen Gründen so, dass gar keine Claudicatio intermittens zustande kommen kann – ein fataler Trugschluss, der die pAVK in Vergessenheit geraten lässt, wie im eingangs geschilderten Fall.

Dr. med. Katja S. Mühlberg
Universitätsklinikum Leipzig, Medizinische Klinik & Poliklinik für Angiologie

Literatur

[1] Kröger K, Berg C, Santosa F et al. Lower limb amputation in Germany – an analysis of data from the German federal statistical office between 2005 and 2014. Dtsch Arztebl Int 2017; 114: 130–136

[2] Bauer H, Germann G, Gries FA et al. Nationale Versorgungsleitlinie Typ-2-Diabetes – Prävention und Therapie von Fußkomplikationen. Dtsch Arztebl 2007; 104: B591–B598

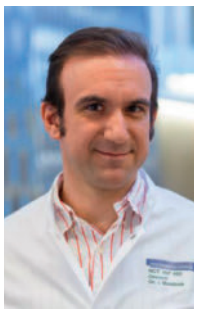
SONNTAG, 18.04.2021

Diabetes und Gefäße
14:45–16:00 Uhr
Kanal 12
14:45–15:03 Uhr: Angiologische Stufendiagnostik

Current congress 2021 | © 2021. Thieme. All rights reserved.

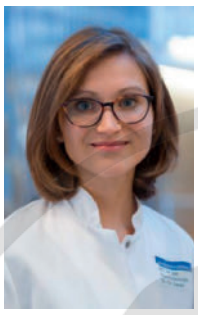
Psychoonkologie

Aktuelle Entwicklungen und klinische Implikationen



I. Maatouk

M. Grapp



C. Sauer

Eine onkologische Erkrankung stellt für Patienten und ihre Familien einen massiven Einschnitt in das bisherige Leben dar. Vom Zeitpunkt der Diagnosestellung, über die Zeit der Therapie und im Anschluss daran können immer wieder Krisen oder Phasen stärkerer seelischer Belastung auftreten. Ein Drittel der Patienten kann dabei im Verlauf eine manifeste psychische Störung entwickeln. Die Psychoonkologie als klinisch-wissenschaftliches Arbeitsgebiet innerhalb der Onkologie befindet sich in stetiger Entwicklung neuer diagnostischer und therapeutischer Ansätze. In diesem Beitrag sollen aktuelle Befunde aus der klinischen Forschung berichtet und Schlussfolgerungen für die klinische Versorgung diskutiert werden.

Entwicklungen im Bereich eHealth

In den letzten Jahren wurden zunehmend therapiebegleitende internetbasierte Interventionen entwickelt. Inhaltliche Foki liegen hierbei in der Informationsvermittlung, im Symptom- und Nebenwirkungsmanagement und im Umgang mit psychischen Belastungen während der Behandlung [1]. Auch neuere eHealth-Tools gewinnen an Relevanz. Studienergebnisse weisen z. B. darauf hin, dass Virtual Reality (VR) – eine computergenerierte Wirklichkeit, in die die Patienten mittels VR-Brille eintauchen – das Schmerzerleben von Krebspatienten deutlich reduzieren kann.

Insbesondere für den deutschsprachigen Raum liegen bisher wenige konfirmatorische Studien vor, die einen klinischen Nutzen technisch gestützter Ansätze belegen. Konzepte, die sich in Pilotstudien im Hinblick auf die Machbarkeit und Akzeptanz durch Behandler und Patienten bewährt haben, sollten im Rahmen multizentrischer klinischer Studien evaluiert werden.

Neue therapeutische Entwicklungen

Psychosoziale Therapieansätze sind wirksam im Hinblick auf eine Reduktion der psychischen Symptomlast und einer Verbesserung der Lebensqualität. Einen der größten psychischen Belastungsfaktoren stellt die Progredienzangst (PA) dar. Psychoonkologische Interventionen tragen wirksam zur Reduktion der PA von Krebspatienten bei [2]. Moderne verhaltenstherapeutische Ansätze (z. B. achtsamkeits- und akzeptanzbasierte Verfahren) weisen dabei einen leichten Vorteil gegenüber den klassischen verhaltenstherapeutischen Methoden auf. Die Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT), ein Verfahren der dritten Welle der Verhaltenstherapie, stellt einen vielversprechenden transdiagnostischen Ansatz im Rahmen psychoonkologischer Interventionen dar (z. B. [3]). In 2 aktuellen Metaanalysen konnte gezeigt werden, dass ACT-Interventionen u. a. die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Krebspatienten verbessern können. Im deutschsprachigen Raum mangelt es noch an randomisiert-kontrollierten Studien.

Für Patientinnen und Patienten in der fortgeschrittenen palliativen Situation existieren mittlerweile mehrere psychoonkologische Ansätze, um die Lebensqualität in dieser Situation zu verbessern. Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM) ist eine psychotherapeutische Kurzzeitintervention, deren Wirksamkeit in einer kürzlich veröffentlichten randomisiert-kontrollierten Studie von Mehnert und Kollegen belegt werden konnte [4].

Angehörige und Partner von Patienten

Angehörige und insbesondere die Partner der Patienten sind häufig stärker belastet als die Patienten selbst. Wirksame psychoonkologische Angebote für diese Gruppe thematisieren soziale Unterstützung, Problemlösung, eine Verbesserung der Beziehungsqualität, Coping und Resilienz.

Psychoonkologische Versorgung vor dem Hintergrund der Pandemielage

Die Coronapandemie erweiterte das Belastungsspektrum onkologischer Patienten, verstärkt Ängste, Panik, und Kontrollverlust bei Patienten und Angehörigen, und führt zu einer zunehmenden Isolierung von Familie, Freunden und Mitarbeitern des Gesundheitssystems. Zudem fallen zahlreiche Ressourcen der sozialen Unterstützung weg, die für psychische Gesundheit und Lebensqualität eine große Rolle spielen. Ergebnisse einer Längsschnittstudie zeigen, dass positive soziale Unterstützung den Verlauf der psychischen Lebensqualität günstig beeinflusst [5]. Aufgabe der Psychoonkologie in diesen Zeiten ist es, weiterhin für die belasteten Patienten und ihre Familien zur Verfügung zu stehen und sich den veränderten Rahmenbedingungen anzupassen.

PD Dr. med. Imad Maatouk,
Dr. sc. hum. Dipl. Psych. Miriam Grapp,
Dr. phil. Dipl. Psych. Christina Sauer

Universitätsklinikum Heidelberg,
Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Sektion Psychoonkologie und
Psychoonkologische Ambulanz am Nationalen Zentrum für Tumorerkrankungen (NCT)

Literatur

[1] Grapp M, Rosenberger F, Hemlein E et al. Acceptability and Feasibility of a Guided Biopsychosocial Online Intervention for Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. J Cancer Educ 2020 Jun 18 [Online ahead of print]

[2] Tauber NM, O'Toole MS, Dinkel A et al. Effect of psychological intervention on fear of cancer recurrence: a systematic review and meta-analysis. J Clin Oncol 2019; 37: 2899–2915

[3] Zhao C, Lai L, Zhang L et al. The effects of acceptance and commitment therapy on the psychological and physical outcomes among cancer patients: A meta-analysis with trial sequential analysis. J Psychosom Res 2021 Jan; 140: 110304

[4] Mehnert A, Koranyi S, Philipp R et al. Efficacy of the Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM) individual psychotherapy for patients with advanced cancer: A single-blind randomized controlled trial. Psychooncology 2020; 29: 1895–1904

[5] Sauer C, Weis J, Faller H et al. Impact of social support on psychosocial symptoms and quality of life in cancer patients: results of a multilevel model approach from a longitudinal multicenter study. Acta Oncol 2019; 58: 1298–1306

DIENSTAG, 20.04.2021

The clinical year in review 2019–2021: Psychosomatic Medicine

13:00–14:15 Uhr

Kanal 3 – International

13:25–13:50 Uhr: Psychoonkologie

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

Indapamid – das besondere Diuretikum

Die Hypertonie ist einer der wichtigsten Risikofaktoren für Herzinfarkt und Schlaganfall. Ist bereits ein solches Ereignis aufgetreten, empfehlen die Hypertonieleitlinien einen Blutdruckzielwert von unter 140/90 mmHg [1].

Dementsprechend sollte nach dem Stufenschema der ESC/ESH-Guidelines eine frühzeitige antihypertensive Kombinationstherapie erfolgen, vorzugsweise mit Fixkombinationen [1]. Initial wird eine 2-fach-Kombination aus einem ACE-Hemmer (oder AT1-Blocker) plus Kalziumantagonist oder Diuretikum empfohlen [1]. Eine Monotherapie sollte nur in Ausnahmefällen erwogen werden, z. B. bei Patienten mit Grad-1-Hypertonie und niedrigem Risiko oder sehr alten Patienten (≥ 80 Jahre). Werden die Blutdruckzielwerte mit der 2-fach-Kombination nicht erreicht, kommen im zweiten Schritt 3 Wirkstoffe zum Einsatz (ACE-Hemmer oder AT1-Blocker, Kalziumantagonist plus Diuretikum) [1].

Vorteile von Indapamid nutzen

Diuretika stellen laut den ESC/ESH-Empfehlungen eine der pharmakologischen Säulen der Therapie der arteriellen Hypertonie dar und gelten als Mittel der ersten Wahl. Dabei werden thiazidähnliche und Thiaziddiuretika als Basistherapie empfohlen [1]. Zwischen diesen Substanzen bestehen jedoch erhebliche Unterschiede, u. a. in der Stärke der Blutdrucksenkung und im Hinblick auf die Stoffwechselneutralität. So wirkt Indapamid länger und stärker (24 Stunden) als Hydrochlorothiazid (HCT) [2–4], reduziert die Linksherzhypertrophie [5], hat keinen negativen Einfluss auf Lipid- und Glukosewerte sowie Kalium und Harnsäure [6]. Zudem wird die sympathische Gegenregulation „abgefangen" und der Gefäßwiderstand reduziert [7].

Darüber hinaus zeigen thiazidähnliche Diuretika eine stärkere Reduktion von kardiovaskulären Ereignissen, wie Schlaganfall, kardiale Ereignisse und Herzinsuffizienz [8]. Indapamid hat seine Wirkung in großen Endpunktstudien nachgewiesen: So profitierten in der HYVET-Studie vor allem ältere Patienten über 80 von der Schlaganfallprävention [9]. Die Stoffwechselneutralität hat sich in der ADVANCE-Studie positiv auf Diabetiker ausgewirkt [10].

Mit Viacorind® steht die einzige antihypertensive 3-fach-Fixkombination zur Verfügung, die zusätzlich zu Perindopril und Amlodpin als diuretische Komponente Indapamid enthält.

DGIM SYMPOSIUM

Mit Herz und Seele: bessere Versorgung durch medikamentöse und digitale Therapiekonzepte

Samstag, 17. April 2021, 13:00–14:15 Uhr

Vorsitzende

Prof. Trenkwalder: Einleitung

Prof. Schrader: Diskussion und Zusammenfassung

Referenten

13:05–13:25 Uhr

Prof. Schmieder: Hochdrucktherapie gut kombiniert – mit positivem Einfluss auf die Schlafqualität

13:25–13:45 Uhr

Prof. Limbourg: Blutdruckkontrolle im Griff – durch kollegialen Austausch

13:45–14:05 Uhr

Prof. Landgrebe: Einsatz digitaler Gesundheits-Anwendungen bei Depressionen

Literatur

[1] Williams B et al. Eur Heart J 2018; 39: 3021–3104

[2] Flack JM et al. Vasc Health Risk Manag 2011; 7: 777–787

[3] Lacourciere Y et al. Am J Hypertens 1995; 8: 1154–1159

[4] Roush GC et al. Hypertension 2015; 65: 1041–1046

[5] Gosse et al. Journal of Hypertension 2000; 18: 1465–1475

[6] Karpov Y et al. Clin Drug Investig 2017; 37: 207–217

[7] Fachinformation Natrilix® und Natrilix® SR, Stand: Februar 2020

[8] Chen P et al. Am J Hypertens 2015; 28: 1453–1463

[9] Patel A et al. Lancet 2007; 370: 829–840

[10] Beckett NS et al. N Engl J Med 2008; 358: 1887–1898

Quelle: nach Informationen der Servier Deutschland GmbH, München

Current congress 2021 | © 2021. Thieme. All rights reserved.

Demeter Verlag

Varikosis – Therapie notwendig oder nur einträglich?

Aktuelle Erkenntnisse nicht ausreichend in Vergütungsregelungen berücksichtigt

T. Schwarz

Es führt kein Weg daran vorbei, ambulante, wissenschaftlich bestens untersuchte endovaskuläre Verfahren zur Therapie der Stammveneninsuffizienz als Regelleistung einzuführen. Zur Orientierung – auch was die Konditionen angeht – bietet sich Frankreich an. Die Frage ist, ob teure stationäre Therapien nur noch in begründeten Ausnahmefällen erstattet werden. Die Indikationsstellung im Stadium C2 sollte sich auf ein C2s (symptomatisch) beziehen als Vorstufe zur CVI. Voraussetzung zur Vergütung der endovaskulären Therapie sollte ausschließlich eine Zertifizierung der Behandlungseinheit zum VKZ+ nach den Regeln des Berufsverbands sowie eine nachgewiesene herausragende Ultraschallexpertise sein.

Die Varikose ist eine degenerative Erkrankung der Venenwand in den oberflächlichen Venen, meist der unteren Extremität. Es entstehen über Jahre Varizen, welche unterschiedlich stark ausgeprägt sind und auch klinisch einen unterschiedlichen Schweregrad entwickeln. Näher beschrieben werden sie in der CEAP-Klassifikation (▶ **Tab. 1**) [1].

Eine chronisch venöse Insuffizienz (CVI) mit objektivierbaren Beschwerden wie Ödeme sowie Hautveränderungen von Hyperpigmentierung bis zum Ulcus cruris besteht in den CEAP-Stadien C3–C6. Eine CVI liegt in der Bevölkerung zwischen 17 und 24 % Häufigkeit vor. Im Stadium C2 (Häufigkeit 14–18 %) mit subjektiv bestehenden Beschwerden wie Spannungsgefühl oder Schweregefühl bzw. Wadenkrämpfe und Juckreiz liegt die Wahrscheinlichkeit einer Progression zu einer CVI nach 6–7 Jahren bei Stammvarikosis bei 31,8 %, bei Nichtstammvarikosis bei 19,8 % [2, 3].

Therapie und Vergütung

An der medizinischen Notwendigkeit einer Therapie im Stadium C3–C6 mit dem Ziel, eine weitere Progression zu vermeiden und Beschwerden zu verbessern, besteht kein Zweifel (z. B. ▶ **Abb. 1, 2**). Zu diskutieren sind invasive Maßnahmen im Stadium C2. Zu verhindern sind zudem notfallmäßige Varizenblutungen sowie oberflächliche Venenthrombosen mit einem Potenzial der Progression zur tiefen Venenthrombose und Lungenembolie.

Was die Vergütung angeht, ist einerseits eine Zurückhaltung der Kostenträger festzustellen, die nur teilweise zu verstehen ist. Seitens des Berufsverbands der Phlebologen wird deswegen angestrebt, einheitliche Standards im Hinblick auf Indikation, Diagnostik und Durchführung auch kostenintensiver invasiver Therapien zu definieren. Zertifizierungen von Praxen als „Venenkompetenzzentrum Plus“ (VKZ+) mit regelmäßiger Fortbildung sollen Qualität garantieren.

Andererseits ist zu hinterfragen, warum weiter in großer Anzahl teure chirurgische stationäre Therapien als Regelleistung bei der Stammveneninsuffizienz im Stadium C2–C6 finanziert werden. Im Vergleich zu anderen Ländern werden deswegen weit weniger – weil schlechter vergütet – ambulante Operationen durchgeführt. Etablierte thermoablative Verfahren wie Laser/Radiowelle, die aufgrund der geringeren Invasivität, der Vermeidung von Allgemeinnarkosen und der schnelleren Arbeitsfähigkeit und Alltagsbelastung von den meisten Patienten klar präferiert werden, stellen keine Regelleistung der GKV dar, auch nicht im Stadium C3–C6. In einer aktuellen Studie konnte gezeigt werden, dass nach 5 Jahren im Hinblick auf die Lebensqualität keine Unterschiede zwischen Operation oder Laser bestand, im Hinblick auf die Kosteneffizienz pro Lebensjahr in Relation zur Gesundheit schnitt die Laserablation besser ab [4].

In den 2019 publizierten Leitlinien unter Federführung der Dt. Gesellschaft für Phlebologie wird empfohlen: „Die endovenöse Laserablation und die Radiofrequenzablation mit modernen Verfahren zur Ausschaltung des epifascialen Refluxes bei Stammveneninsuffizienz sollte Varizenpatienten als Alternative zu anderen Therapieverfahren angeboten werden“ [5].

Prof. Dr. med. Thomas Schwarz
Praxis für Gefäßmedizin, Freiburg

▶ **Tab. 1** Klinische Einteilung (C) der CEAP-Klassifikation (Aktualisierung 2020).

Klasse	Klinische Zeichen
C_0	keine sichtbaren oder tastbaren Zeichen einer venösen Insuffizienz
C_1	Besenreiser und/oder retikuläre Varizen
C_2	Varikose
C_{2r}	Rezidivvarikose
C_3	Ödem
C_4	Hautveränderungen
C_{4a}	Pigmentierung, Ekzem
C_{4b}	Atrophie blanche, Dermatoliposklerose
C_{4c}	Corona phlebectatica paraplantaris
C_5	abgeheiltes Ulcus cruris venosum
C_6	florides Ulcus cruris venosum
C_{6r}	rezidivierendes Ulcus cruris venosum

▶ **Abb. 1** 30 Jahre alter Patient mit CVI-Stadium C6.
Quelle: Prof. Dr. Thomas Schwarz

▶ **Abb. 2** Fünf Monate nach Laserablation V. saphena magna und Seitenastvarikosis.
Quelle: Prof. Dr. Thomas Schwarz

Literatur

[1] Lurie F, Passmann M, Meissner M. The 2020 update of the CEAP classification system and reporting standards. J Vasc Surg Venous Lymphat Disord 2020; 8: 342–352

[2] Rabe E, Pannier-Fischer F, Bromen K et al. Bonner Venenstudie der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie. Phlebologie 2003; 32: 1–14

[3] Rabe E, Guex JJ, Puskas A et al. Epidemiology of chronic venous disorders in geographically diverse populations: results from the Vein Consult Program. Int Angiol 2012; 31: 105–115

[4] Brittenden J, Cooper D, Dimitrova M et al. Five-Year Outcomes of a Randomized Trial of Treatments for Varicose Veins. N Engl J Med 2019; 381; 912–922

[5] Pannier F, Noppeney T, Alm J et al. S2k-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Varikose. März 2019. Im Internet: www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/037-018l_S2k_Varikose_Diagnostik-Therapie_2019–07.pdf

SAMSTAG, 17.04.2021

Gefäßmedizin 2020 – Was ist notwendig und sinnhaft?

10:45–12:00 Uhr

Kanal 9

11:35–12:00 Uhr: Fall 3

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

Impressum

Redaktion
Beate Schweizer
Rüdigerstr. 14, 70469 Stuttgart
Tel. 0711/8931-356
Beate.Schweizer@thieme.de

Produktion
Werner Schulz
Werner.Schulz@thieme.de

Satz
Fotosatz Buck,
Kumhausen/Hachelstuhl

Verantwortlich für den Anzeigenteil
Thieme Media
Pharmedia Anzeigen- und Verlagsservice GmbH
Conny Winter
Rüdigerstr. 14, 70469 Stuttgart
Tel.: 0711/8931-509
Conny.Winter@thieme-media.de
Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 19, gültig seit 1.1.2021

Druck
Grafisches Centrum Cuno, Calbe

Verlag
Karl Demeter Verlag
im Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart

Hinweis
Gezeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Eine Haftung für die Richtigkeit der Veröffentlichung können Verlag und Redaktion trotz sorgfältiger Überprüfung nicht übernehmen. Anzeigen und Fremdbeilagen stellen allein die Meinung der dort erkennbaren Auftraggeber dar.
Für Angaben über Dosierungsanweisungen, Applikationsformen und Laborwerte kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden.
Die Beiträge unter der Rubrik „Forum der Industrie“ stehen nicht in Zusammenhang mit den wissenschaftlichen Inhalten der Kongresszeitung. Die Rubrik „Forum der Industrie“ enthält Beiträge, die auf Unternehmensinformationen basieren und erscheint außerhalb der Verantwortung des Kongresspräsidiums. Einzelne Beiträge sind ganz oder teilweise von einem Unternehmen gesponsert und separat gekennzeichnet.

Current congress 2021 | © 2021. Thieme. All rights reserved.

Demeter Verlag

Ärztinnen 2021

Immer noch auf dem Weg zur Gleichberechtigung

C. Groß

Trotz fast erreichter beruflicher Parität sind die Bedingungen für Karrieren von Ärztinnen auch 2021 noch erschwert. Ärztinnen übernehmen wie die meisten Frauen in anderen Lebensbereichen der Gesellschaft häufiger zusätzlich die Care-Arbeit. Um die Karriereplanung für Ärztinnen zu erleichtern, müssen zwar auch die Rollenstereotype in der Gesellschaft diskutiert werden, doch in erster Linie gilt es, bestehende berufliche Strukturen zu verändern.

Laut der letzten verfügbaren Ärztestatistik vom 31.12.2019 sind knapp unter 50 % der Ärzteschaft weiblich. Die gleiche Verteilung gilt auch im niedergelassenen Bereich bei den vertragsärztlichen Sitzen. Während der prozentuale Anteil der angestellten Ärztinnen im stationären Bereich ebenfalls etwa dem Gesamtdurchschnitt entspricht, liegt der Prozentanteil der angestellten Ärztinnen im ambulanten Bereich bei etwa 63 %. Der prozentuale Anteil von Ärztinnen bei den Führungspositionen im stationären oberärztlichen Bereich ist mit etwa 30 % auch nur grenzwertig tolerabel, im chefärztlichen Bereich ist er aber mit unter 15 % nicht hinnehmbar.

Karrierehindernisse für Ärztinnen

Auf ihrem Berufsweg müssen sich Ärztinnen ständig mit Karrierehindernissen auseinandersetzen. Die ersten gravierenden Hürden türmen sich auf, wenn eine Ärztin schwanger wird: Beschäftigungsverbote begründen einen sichtbaren Karriereknick. Nach der Geburt von Kindern zieht Teilzeittätigkeit – insbesondere während der Weiterbildung – die zu leistenden Zeitabschnitte gefühlt ins Unendliche. Wissenschaftliches Arbeiten in der Freizeit ist mit Kindern nur in einer entsprechend sensibilisierten Partnerschaft organisierbar. Falls diese Hemmnisse überwunden wurden, bedienen sich überwiegend männlich besetzte Krankenhaus- und Universitätsverwaltungen überwiegend männlicher Berufungsgremien, die mit überwiegend männlicher Sichtweise die Fähigkeiten und Qualifikationen von Ärztinnen beurteilen.

Hat eine Ärztin auch diese Barrieren gemeistert, wird ihre Tätigkeit tagtäglich ins Visier genommen. Frauen sind per se meistens selbstkritischer und machen sich schon dadurch den Weg schwerer. Aber Frauen dürfen sich auch tatsächlich weniger Fehler erlauben, und Frauen werden durch Männer – aber leider auch durch Frauen – kritischer beurteilt. Die gläserne Decke existiert. Genauso real ist die Erkenntnis, dass viele Frauen aus diesen Gründen nicht nach einer Führungsposition streben.

Konzepte und Unterstützung fehlen

Seit Jahren wird propagiert, dass die angestellte Tätigkeit für Ärztinnen mit kleinen Kindern berechenbarer erscheint und dass sie sicherer sei, als selbstständig eine Praxis zu führen. Aus meiner Sicht erscheint das seit fast 20 Jahren zunehmende offensive Ringen um die Ärztinnen als angestellte Mitarbeiterinnen in – häufiger von Männern geführten – großen Gemeinschaftspraxen oder in Medizinischen Versorgungszentren der großen (privaten) Klinikketten wie eine Werbekampagne um günstige Arbeitskräfte: geregelte Arbeitszeiten, Freistellung bei Erkrankung des Kindes, geregelte Urlaubszeiten und vor allem der Vorteil, kein finanzielles Risiko eingehen zu müssen. Alles werbeträchtige Argumente!

Mir fehlt hier ein offizielles Gegenkonzept der KBV. Aber es fehlt mir auch die Unterstützung der Fachgesellschaften, um jungen Kolleginnen den Einstieg in die selbstständige Niederlassung zu erleichtern. Vielleicht spürt man hier doch die Geschichte der Kassenärzte: Die Niederlassung war eher für Männer konzipiert, ihre Frauen hielten ihnen den Rücken frei. Erinnern wir uns: Anfänglich wurden Niederlassungen von Frauen abgelehnt, wenn sie Kinder hatten oder einen Mann, der ausreichend verdiente. Das war früher der Kampf, den Ärztinnen aufnehmen mussten. Heute müssen sie sich ebenso wie die männlichen Kollegen bei der Praxisübernahme der Konkurrenz von Großpraxen, MVZs, Aktiengesellschaften oder gar Hedgefonds stellen, und sie müssen tatsächlich einen sehr ungleichen Kampf gewinnen, wenn sie den vertragsärztlichen Sitz bekommen wollen.

Fazit

Konzepte für eine verbesserte Vereinbarkeit von Familie und Beruf sind sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich dringend notwendig. Solange es keine geregelte Arbeitszeit gibt, die es Müttern genauso wie Vätern trotz familiärer Verpflichtung ermöglicht, ganztags tätig zu sein, muss die Weiterbildungsordnung neu diskutiert werden. Zudem sollten Teilzeitstellen auch für Führungspositionen geschaffen werden. Berufungskommissionen sollten paritätisch besetzt sein, auch um mehr Rollenmodelle zu ermöglichen. Im ambulanten Bereich sollte eine großzügige Zulassung von Entlastungsassistentinnen/Entlastungsassistenten bei jungen Eltern oder auch bei Pflegenden üblich werden. Aber auch die Zulassungsmodalitäten müssen angepasst werden, damit es jungen Ärztinnen aber auch Ärzten wieder möglich ist, mit einem vertretbaren finanziellen Risiko einen Vertragsarzt-Sitz zu übernehmen.

Dr. med. Christiane Groß, M.A.
Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes, Wuppertal

SAMSTAG, 17.04.2021

Rollenmodelle – Starke Frauen in der Medizin

14:45–16:00 Uhr

Kanal 2 – Forum Junge Internisten

15:25–15:45 Uhr: Ärztin 2020

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

Demeter Verlag

Ein neues Lehrbuch?

Von der Idee zum erfolgreichen Standardwerk

T. R. Weihrauch

Wie entstand das Standardwerk „Wolff-Weihrauch Internistische Therapie“ mit 23 Auflagen in 45 Jahren? Damals die Idee eines jungen Arztes. Geht so etwas überhaupt? Dass und wie es geht, beschreibt der folgende Beitrag. Die Botschaft lautet: Junge Ärztinnen und Ärzte sollten nicht zögern, ihre Ideen umzusetzen!

Ein handlungsorientiertes Therapiebuch fehlte!

Die Ausgangserfahrung fand im Nachtdienst in einer deutschen Universitätsklinik statt. Nachts der Anruf: Eine junge Patientin mit Meningitis wird zu uns verlegt. Schnell nachschlagen in dem einzig verfügbaren Therapiebuch in Deutschland: „Man gibt hochdosiert Penicillin, in schweren Fällen kann auch Cortison indiziert sein“. Punkt, Ende des Kapitels. Ratlosigkeit bezüglich Präparats, Dosierung, Dauer, Erfolgskontrolle u. a. Szenenwechsel: Als Medical Intern in einer amerikanischen Klinik (▶ **Abb. 1**): Das detaillierte, handlungsorientierte „Manual of Medical Therapeutics“, das den jungen Ärztinnen und Ärzten klare Entscheidungen und Vorgehensweise ermöglichte. Der Blick in die deutsche Bücherlandschaft machte klar, ein handlungsorientiertes Therapiebuch fehlte! Das war die Idee.

Wie geht man mit einer Idee um?

Man kann sich sagen, „das mache ich später, wenn ich Facharzt/ Fachärztin bin oder vielleicht sogar Professor/Professorin“. Also erstmal liegen lassen. Andere Möglichkeit: Mit wem kann ich darüber sprechen und wie das Projekt umsetzen, ist die Idee gut oder aussichtslos? In meinem Fall gab es einen Verleger, der sagte „Man muss ja nicht erst Professor sein, um eine gute Idee zu haben!“. Also nächster Schritt, ein Exposée schreiben, welche Kapitel das Buch haben soll, damit in die Verlagsbesprechung gehen. Die Zusage des Lektorats, das Buch herausbringen zu wollen, kam prompt, aber auch die Frage „wie wollen Sie die Autoren, Spezialisten Ihres Gebietes, denn finden und dazu bringen für Sie zu schreiben?“ Mit Ende Zwanzig hat man noch kein Netzwerk qualifizierter Autoren. Nächster Schritt: Ich ging zu meinem Chef, dem bekannten Professor Hanns Peter Wolff und Direktor der I. Medizinischen Univ. Klinik Mainz, der nach kurzer Prüfung meines Konzepts sagte: „Das machen wir, gemeinsam!“ Er hatte ja exzellente Verbindungen, Klinikdirektoren, Oberärzte und andere hochkarätige Autoren, Zwanzig an der Zahl, um alle Gebiete der Inneren Medizin in der Therapie abzudecken. Alle sagten sofort zu und nach knapp 2 Jahren lagen alle Kapitel vor und das Buch war gedruckt, pünktlich zur Jahrestagung der DGIM 1975. Danach der Entschluss, das Buch alle 2 Jahre nach amerikanischem Vorbild mit einer jeweils aktualisierten Neuauflage herauszubringen. Wir haben das durchgehalten über 45 Jahre bis heute: Die nächste Auflage ist schon wieder in Vorbereitung. Die Entwicklungen der Therapie Innerer Krankheiten über diese Dekaden mit neuen Schwerpunktthemen sind im „Wolff – Weihrauch“ [1] eindrucksvoll abgebildet. Dies lässt sich ablesen an den nachfolgenden Auflagen mit Aufnahme weiterer eigenständiger Kapitel zu Klinischer Pharmakologie, Psychopharmaka, Neurologie, Palliativmedizin, Geriatrie, Mikrobiom, Seltene Erkrankungen, COVID-19 u. a. Dabei haben wir mit unseren Autoren die Kapitel immer mit den Leitlinien der DGIM und „Klug-entscheiden-Empfehlungen“ abgestimmt. Selbstverständlich folgten digitale und Onlineformate. Es macht Spaß zu sehen, was aus der Idee im Nachtdienst wurde.

▶ **Abb. 1** Maricopa Medical Center – Phoenix, Arizona, USA
Quelle: Prof. Dr. Thomas R. Weihrauch

Umsetzung und Empfehlung

Was habe ich daraus gelernt und was kann ich jungen Ärztinnen und Ärzten empfehlen? Wie funktioniert der Sprung von einer Idee zum Erfolg? Ich denke dabei an die Ermutigung junger Ärztinnen und Ärzte, etwas anzupacken, wenn man eine gute Idee hat, auch wenn es schwierig erscheint. Nicht zögern, nicht überlegen „wie kann ich sie umsetzen und mit wem kann ich mich vernetzen?“. Keine Scheu vor Hierarchien. Und natürlich braucht man zweitens auch einfach Glück, an die richtigen Partner zu kommen, drittens Kreativität, hohe Motivation, Ausdauer und Frustrationstoleranz in der Weiterentwicklung der Idee und der Umsetzung, bis das Ziel erreicht ist. Danach Entwicklung einer langfristigen Perspektive, um den Erfolg zu sichern.

Dies ist nur ein Beispiel, das für viele andere steht, und immer ist die Herangehensweise im Prinzip vergleichbar.

Prof. Dr. med. Thomas R. Weihrauch
Medizinische Fakultät,
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Literatur

[1] Wolff HP†, Weihrauch TR (Hrsg.). Internistische Therapie. 23. Aufl. München: Elsevier; 2020

SAMSTAG, 17.04.2021

Ein neues Lehrbuch? Von der Idee zum erfolgreichen Standardwerk
18:00–18:45 Uhr
Kanal 2 – Forum Junge Internisten

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

Current congress 2021 | © 2021. Thieme. All rights reserved.

Multimedikation im Alter

Wo stehen wir?

J. Bauer

Der richtige Umgang mit der Polypharmazie des älteren Patienten stellt eine der großen Herausforderungen für die Medizin des nächsten Jahrzehnts dar. In diesem Zusammenhang bedarf es eines individualisierten Vorgehens, welches den funktionellen Status des Patienten, seine wahrscheinliche Lebenserwartung und Präferenzen berücksichtigt. Die Komplexität der Entscheidungsprozesse erfordert eine Unterstützung durch IT-basierte Lösungen.

Ein steigendes Lebensalter geht mit einer zunehmenden Prävalenz der Multimorbidität einher, d. h. von 3 oder mehr chronischen Erkrankungen. Parallel hierzu verläuft der Anstieg der Zahl an Medikamenten, die ältere Patienten täglich zu sich nehmen. Dieser Trend ist selbst noch zwischen dem 90. und 100. Lebensjahr ungebrochen, wie eine dänische Studie zeigen konnte [1]. In der englischsprachigen Literatur wird statt Multimedikation der Begriff der Polypharmazie (polypharmacy) verwendet, um eine dauerhafte Medikation mit mehreren Wirkstoffen zu bezeichnen. Trotz des Fehlens einer international akzeptierten Definition ist es üblich, ab einer Einnahme von 5 Wirkstoffen von einer Polypharmazie zu sprechen. Bei den über 65-Jährigen liegt ihre Prävalenz in den meisten europäischen Ländern oberhalb von 40 %, wobei in den letzten beiden Jahrzehnten ein starker Anstieg zu beobachten war. Im Rahmen einer Polypharmazie finden sich die häufigsten Verordnungen für kardiovaskuläre Medikamente, Analgetika und Psychopharmaka.

Polypharmazie bei jeder Neuverordnung im Blick behalten

Um einer weiter steigenden Prävalenz der Polypharmazie mit ihren Nebenwirkungen entgegenzusteuern, sollte man sich nicht nur auf diejenigen Patienten fokussieren, die bereits 5 oder mehr Medikamente einnehmen, sondern im Rahmen jeder Neuverordnung eine sich anbahnende Polypharmazie präventiv in den Blick nehmen. Die Ergebnisse zahlreicher Studien, welche die Grundlage für allgemeine Therapieempfehlungen bilden, sind nicht vorbehaltlos auf die ältere Population übertragbar. Als Beispiel sei die Empfehlung amerikanischer Fachgesellschaften genannt, die Zielwerte einer antihypertensiven Therapie auch für betagte Patienten zu senken, welches eine wesentliche Ausweitung der Verordnung von Antihypertensiva nach sich gezogen hätte. In einer aktuellen Analyse wurde belegt, dass für Patienten mit Frailty und Multimorbidität keine ausreichende Datenbasis für eine solche Empfehlung existiert [2]. Vielmehr ist es erforderlich, die Indikation zur medikamentösen Therapie bei älteren Patienten regelmäßig zu hinterfragen, da eine Verschlechterung ihres funktionellen Status, der Eintritt in die Hochaltrigkeit (> 80 Jahre) sowie eine sich abzeichnende begrenzte Lebenserwartung den Nutzen einer Medikation reduzieren. So kann die Aufnahme in ein Pflegeheim oder die Hochstufung des Pflegegrads ein Anlass sein, eine diesbezügliche Neubewertung vorzunehmen.

Ferner stellen Patienten mit Frailty und solche mit kognitiven Einbußen eine besondere Population dar, für die ein erhöhtes Risiko für das Auftreten unerwünschter Nebenwirkungen besteht [3]. Mit Hinblick auf den kognitiven Status verdient zudem das Problem der medikamentösen Therapieadhärenz besondere Beachtung.

Konzept Deprescribing: Anzahl der Verordnungen reduzieren

Die oben beschriebenen Risikopopulationen stehen auch im Mittelpunkt der aktuellen Diskussionen über das Konzept des Deprescribing, welches auf eine deutliche Reduktion der Zahl an Verordnungen zielt. Dieses kann jedoch nur individualisiert unter intensiver Einbeziehung des Patienten und seiner Angehörigen erfolgen. Um den diesbezüglichen Aufwand zu begrenzen, sollten zukünftige Konzepte IT-basierte Assistenzsysteme einschließen. Deren Aufgabe besteht u. a. in der Integration von Informationen zum funktionellen Status der Patienten sowie ihrer individuellen Präferenzen in den Entscheidungsprozess. Diese könnten teils automatisiert auf der Basis bereits vorhandener Patientendaten sowie mithilfe von elektronischen Patientenbefragungen ermittelt werden [4]. Auf diese Weise könnte das Deprescribing auf eine solide Entscheidungsbasis gestellt werden, ohne den ärztlichen Bereich zu überfordern. Unverzichtbar bleibt die intensive Abstimmung zwischen Klinik und Praxis [5].

Prof. Dr. med. Jürgen M. Bauer
Zentrum für Geriatrie und Netzwerk Alternsforschung der Universität Heidelberg; Agaplesion Bethanien Krankenhaus Heidelberg

Literatur

[1] Wastesson JW, Oksuzyan A, von Bornemann et al. Changes in Drug Use and Polypharmacy After the Age of 90: A Longitudinal Study of the Danish 1905 Cohort. J Am Geriatr Soc 2017; 65: 160–164
[2] Sheppard JP, Lown M, Burt J et al. Generalizability of Blood Pressure Lowering Trials to Older Patients: Cross-Sectional Analysis. J Am Geriatr Soc 2020; 68: 2508–2515
[3] Muhlack DC, Hoppe LK, Stock C et al. The associations of geriatric syndromes and other patient characteristics with the current and future use of potentially inappropriate medications in a large cohort study. Eur J Clin Pharmacol 2018; 74: 1633–1644
[4] Eidam A, Roth A, Lacroix A et al. Methods to Assess Patient Preferences in Old Age Pharmacotherapy – A Systematic Review. Patient Prefer Adherence 2020; 14: 467–497
[5] Nguyen AD, Baysari MT, Duong M et al. Communicating deprescribing decisions made in hospital with general practitioners in the community: a qualitative study. Intern Med J 2021 Jan 19 [Online ahead of print]

SAMSTAG, 17.04.2021

Multimedikation im Alter – weniger ist manchmal mehr

16:30–17:45 Uhr

Kanal 8

16:30–16:55 Uhr: Multimedikation im Alter – wo stehen wir?

Endovaskuläre Therapie venöser Verschlüsse

Effektive und langfristige Option für Patienten mit deutlicheren Symptomen

C. Erbel

Die invasive Behandlung einer proximalen Venenthrombose bzw. eines chronischen Venenverschlusses wurde international bereits vor 30 Jahren eingeführt, bei uns werden die endovaskulären Eingriffe seit einigen Jahren in den großen Zentren erfolgreich mit hohen Offenheitsraten durchgeführt und führen zu einer deutlichen Verbesserung der Beschwerden des Patienten.

Therapie bei chronischem proximalen Venenverschluss

Die Beschwerden der Patienten mit einem chronischen proximalen Venenverschluss sind u. a. periphere Ödeme, Schweregefühl, Ulkus cruris, Schwäche in dem Bein, Schmerzen nach längerem Stehen, Fuß- und Wadenkrämpfe, Juckreiz, Hyperpigmentierung und Indurationen der Haut sowie eine vermehrte Venenzeichnung. Die Basistherapie besteht aus der Kompressionstherapie, physikalische Maßnahmen und Bewegung. Die Bewegung ist wesentlich für die Ausbildung von Umgehungskreisläufen und damit der Verbesserung der Symptomatik. Zudem ist die optimale Wundbehandlung bei einem Ulkus cruris elementar.

Indikation und Diagnostik

Die Indikation für einen endovaskulären Eingriff wird von der Symptomatik des Patienten abhängig gemacht. Ab einem CEAP-Stadium 3 besteht nach den amerikanischen Empfehlungen eine Indikation für eine Wiedereröffnung der verschlossen Venen. Mithilfe der endovaskulären Eingriffe sind folgende Venen behandelbar: V. femoralis communis, V. iliaca, V. cava inferior und superior und teils die V. subclavia.

Vor der Intervention wird zunächst eine Diagnostik mit klinischer Untersuchung, einem Gehtest, der Farbduplexsonografie und ggf. einer weiteren Bildgebung wie ein MR- oder CT-Phlebo durchgeführt. Hierbei ist wesentlich das Ausmaß des Venenverschlusses sowie der Zu- wie auch der Abstrom, da die Langzeitoffenheitsrate von diesen Faktoren abhängt.

Hohe Erfolgsaussicht und geringe Risiken

Bei entsprechender Klinik kann mit dem Patienten über eine mögliche venöse Intervention gesprochen und die Vor- wie auch Nachteile bzw. Risiken diskutiert werden. Dabei spielt es bei den Erfolgsaussichten des Eingriffs keine Rolle, wie alt der Verschluss ist. Die endovaskuläre Behandlung kann heute in den großen, erfahrenen Zentren mit einer hohen Erfolgsaussicht bei sehr übersichtlichen Risiken interveniert werden. Die primäre Offenheitsrate liegt nach 5 Jahren bei fast 70 %. Auch kam es in dieser Metaanalyse zu einer deutlichen Verbesserung der Beschwerdesymptomatik; eine Schmerzfreiheit konnte bei bis zu 82 % der behandelten Patienten erreicht werden. Zudem führte der Eingriff zu einer Abheilung eines Ulkus cruris in bis zu 80 % [1].

Therapie von nicht thrombotisch bedingten venösen Stenosen

Auch gibt es Kompressionen der Vene durch Arterien, sog. nicht thrombotisch bedingte venöse Stenosen (NIVL) oder Raumforderungen wie z. B. Tumore. Bei den NIVL handelt es sich meist um eine Kompression der V. iliaca com. links durch die A. iliaca com. links, die sog. May-Thurner-Stenose. Kommen Beschwerden hinzu, dann spricht man von einem May-Thurner-Syndrom. Diese NIVL-Kompressionen können heute effektiv mit einer sehr hohen Offenheitsrate von ca. 90 % nach 5 Jahren bei kurzer Interventionszeit und geringem Flächendosisprodukt durchgeführt werden [1].

Der endovaskuläre Eingriff wird meist über die V. poplitea durchgeführt. Weitere Zugangswege sind die V. femoralis und die V. jugularis. Nach der Phlebografie findet eine Drahtpassage durch den Verschluss statt. Im Anschluss werden aufgrund der Rigidität der Venenverschlüsse zur adäquaten Dilatation spezielle Hochdruckballons mit Durchmessern von 14–16 mm in der V. iliaca und 20–24 mm in der V. cava inf. verwendet. Nach der Dilatation stellt die Venenwand kein stabiles Konstrukt dar und kollabiert rasch, weshalb speziell für die Venen entwickelte Stents verwendet werden, um eine Langzeitoffenheitsrate zu gewährleisten.

Zusammenfassend stellt die endovaskuläre Therapie venöser Verschlüsse eine sehr gute Möglichkeit dar, Patienten mit deutlicheren Symptomen effektiv und langfristig helfen zu können.

Prof. Dr. med. Christian Erbel
Abteilung für Kardiologie, Angiologie und Pneumologie, Universitätsklinik Heidelberg

Literatur

[1] Razavi MK, Jaff MR, Miller LE. Safety and Effectiveness of Stent Placement for Iliofemoral Venous Outflow Obstruction: Systematic Review and Meta-Analysis. Cir Cardiovasc Interv 2015; 8: e002772

SONNTAG, 18.04.2021

Venenerkrankungen – invasiv therapiert

16:15–17:00 Uhr

Kanal 13

16:32–16:50 Uhr: Venenthrombose

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung
Current congress 2021 | © 2021. Thieme. All rights reserved.

Demeter Verlag

Gerinnungsaktivierung bei COVID-19

Von der Pathophysiologie zum klinischen Thrombosemanagement

F. Langer

Die Aktivierung des Hämostasesystems spielt in der Pathophysiologie von COVID-19 eine wichtige Rolle. Neben der klassischen venösen Thromboembolie (VTE), die bereits ambulant zu Morbidität und Mortalität beiträgt, stellen pulmonale Mikrothromben einen charakteristischen Befund des SARS-CoV-2-induzierten Lungenversagens dar. In allen Krankheitsphasen ist daher eine wirksame VTE-Prophylaxe von zentraler Bedeutung.

Einleitung

Das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 ist für eine weltweite Pandemie der Lungenkrankheit COVID-19 verantwortlich, die mittlerweile > 2 Mio. Todesopfer gefordert hat. Während 85–90 % der Infizierten keine oder nur milde bis moderate Symptome aufweisen, ist bei 10–15 % ein schwerer Krankheitsverlauf zu erwarten; etwa 5 % der Patienten werden kritisch krank.

Zwar ist die Lunge das primäre Zielorgan von SARS-CoV-2; Obduktionsstudien haben aber gezeigt, dass es sich um eine Multiorganerkrankung mit zusätzlichem Befall von z. B. Gehirn, Herz oder Nieren handelt. Dabei stellt die Gerinnungsaktivierung einen typischen Befund dar, der mit einer ungünstigen Gesamtprognose assoziiert ist.

Pathophysiologie

Die Pathophysiologie der Gerinnungsaktivierung bei COVID-19 lässt sich mit dem Begriff der Thromboinflammation charakterisieren [1]. Hierbei kommt es zur parallelen Aktivierung von prokoagulatorischen und inflammatorischen Signalwegen, die sich gegenseitig verstärken und unabhängig von der direkten Gewebeschädigung durch das Virus den Krankheitsverlauf ungünstig beeinflussen.

Der Begriff Immunothrombose beschreibt einen ähnlichen Prozess. Danach führt die gleichzeitige Aktivierung des Hämostase- und angeborenen Immunsystems unter Beteiligung von Leukozyten, Thrombozyten und Endothelzellen zu einer intravasalen Thrombusbildung mit dem Ziel, invadierende Pathogene einzukapseln und auf diese Weise deren Ausbreitung zu verhindern.

Auch wenn Thromboinflammation und Immunothrombose evolutionsbiologisch der Infektabwehr dienen, sind eine Überaktivierung und Verselbstständigung dieser Prozesse an der Krankheitsprogression von COVID-19 maßgeblich mitbeteiligt.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist der direkte Befall von Endothelzellen durch das Virus mit der Konsequenz einer Endotheliopathie oder Endotheliitis, in deren Folge es zu einer massiven Freisetzung von Faktor VIII und Von-Willebrand-Faktor kommt.

Zudem verliert das Endothel über eine Herunterregulierung von Thrombomodulin seine antikoagulatorische Wirkung. Letztendlich tragen bei COVID-19 sämtliche Aspekte der Virchow-Trias zur Thrombogenese bei:

- Verlangsamung des Blutstroms (Stase) infolge krankheitsbedingter Immobilität,
- intrinsische Übergerinnbarkeit des Blutes (Hyperkoagulabilität) infolge einer massiven Akute-Phase-Reaktion und Freisetzung prokoagulatorischer Mediatoren sowie
- Gefäßwandalteration infolge einer Endothelschädigung.

Klinische Konsequenzen

Thromboembolische Ereignisse sind eine häufige Komplikation bei COVID-19 [2]. Diese betreffen vorwiegend das venöse, jedoch auch das arterielle Gefäßsystem (▶ **Abb. 1**, Fallbeispiel). Obduktionsstudien wiesen bei etwa 40 % der verstorbenen Patienten eine venöse Thromboembolie (VTE) nach; bei 10 % der Patienten war eine fulminante Lungenarterienembolie die führende Todesursache [3].

Von der klassischen VTE müssen die für COVID-19 charakteristischen orthotopen Mikrothromben in der pulmonalen Endstrombahn abgegrenzt werden, die wahrscheinlich als Folge eines Übergreifens der primär alveolär ablaufenden nekrotisierenden Entzündungsreaktion auf das gefäßführende Bindegewebe entstehen. Die Exsudation von Plasma in den alveolären Raum führt zur Ausbildung von Fibrinmembranen, die den pulmonalen Gasaustausch beeinträchtigen und zur Oxygenierungsstörung beitragen, zumal bei COVID-19 über verschiedene Mechanismen die Gerinnselauflösung (Fibrinolyse) gehemmt ist. Diese primär in der Lunge stattfindenden Prozesse werden unter dem Begriff der pulmonalen intravaskulären Koagulopathie (PIC) zusammengefasst.

Komplexe Gerinnungsstörungen, wie die disseminierte intravasale Gerinnung (DIC) mit Verbrauchskoagulopathie oder Hyperfibrinolyse, sind bei COVID-19 vergleichsweise selten und vorwiegend in fortgeschrittenen Krankheitsstadien zu beobachten, wobei bakterielle Superinfektionen und therapeutische Maßnahmen, wie die extrakorporale Membranoxygenierung (ECMO), eine Rolle spielen.

Therapeutische Maßnahmen

In der Versorgung von COVID-19-Patienten ist die medikamentöse VTE-Prophylaxe, vorwiegend mit niedermolekularem Heparin (NMH), von zentraler Bedeutung [4, 5]. Die Indikation zur NMH-Prophylaxe sollte bei symptomatischer SARS-CoV-2-Infektion auch in der ambulanten Situation großzügig gestellt werden.

Erhöhte D-Dimere sind prädiktiv für das Auftreten einer VTE und können daher im Entscheidungsprozess eine sinnvolle Zusatzinformation liefen.

Bei stationären Patienten hat sich im Praxisalltag bei Vorliegen weiterer VTE-Risikofaktoren und in Abwesenheit von Kontraindikationen eine intensivierte, z. B. halbtherapeutische, NMH-Dosis etabliert.

Die routinemäßige Anwendung einer therapeutischen Antikoagulation in Abwesenheit einer gesicherten VTE muss aktuell kritisch hinterfragt werden, da diese insbesondere bei Intensivpatienten mit einem signifikant erhöhten Blutungsrisiko assoziiert ist.

Bei „Heparinresistenz" ist der direkte Thrombininhibitor Argatroban eine mögliche Alternative.

Eine prolongierte NMH-Prophylaxe nach Krankenhausentlassung ist zwar nicht routinemäßig indiziert, aber im Einzelfall zu erwägen.

Prof. Dr. med. Florian Langer
Zentrum für Onkologie,
II. Medizinische Klinik und Poliklinik,
Bereich Hämostaseologie (Gerinnungsambulanz und Hämophiliezentrum),
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Literatur

[1] Connors JM, Levy JH. COVID-19 and its implications for thrombosis and anticoagulation. Blood 2020; 135: 2033–2040

[2] Middeldorp S, Coppens M, van Haaps TF et al. Incidence of venous thromboembolism in hospitalized patients with COVID-19. J Thromb Haemost 2020; 18: 1995–2002

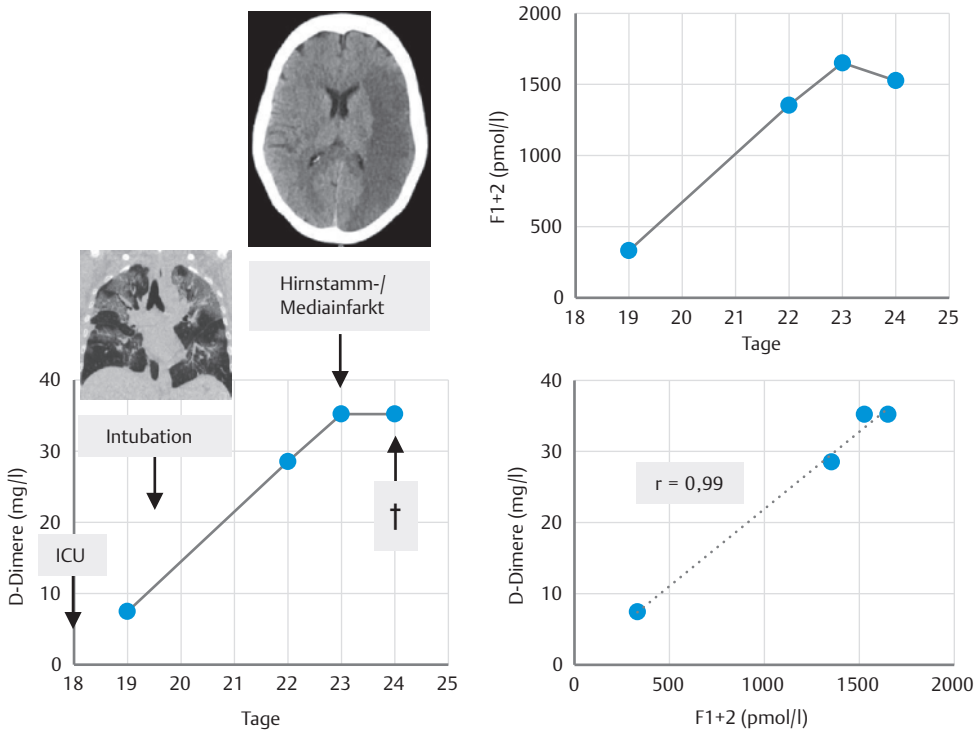
[3] Edler C, Schröder AS, Aepfelbacher M et al. Dying with SARS-CoV-2 infection – an autopsy study of the first consecutive 80 cases in Hamburg. Germany. Int J Legal Med 2020; 134: 1275–1284

[4] Langer F, Kluge S, Klamroth R et al. Coagulopathy in COVID-19 and Its Implication for Safe and Efficacious Thromboprophylaxis. Hamostaseologie 2020; 40: 264–269

[5] Kluge S, Janssens U, Welte T et al. [S2k Guideline – Recommendations for Inpatient Therapy of Patients with COVID-19]. Pneumologie 2021 Jan 15 [Online ahead of print]

FALLBEISPIEL

Eine 59-jährige Patientin mit hämatologischer Grunderkrankung wurde am 18. Tag ihrer symptomatischen SARS-CoV-2-Infektion aufgrund einer respiratorischen Verschlechterung auf die Intensivstation (ICU) aufgenommen. Bei Lungenversagen erfolgte kurze Zeit später die Intubation mit maschineller Beatmung. An Tag 23 entwickelte die Patientin trotz vorbestehender Thrombozytopenie einen ausgedehnten Hirnstamm- und Mediainfarkt, an dem sie einen Tag später verstarb. Parallel zu einem exponentiellen Anstieg der D-Dimere fanden sich signifikant erhöhte Werte für das Prothrombin-Fragment 1+2, einen Marker der In-vivo-Thrombingenerierung. Somit ist der D-Dimer-Anstieg weniger durch eine Auflösung alveolärer Fibrinmembranen bei ARDS als durch eine massive intravasale Gerinnungsaktivierung bei fortgeschrittener COVID-19-Erkrankung zu erklären.



▶ **Abb. 1** Arterielle Thromboembolie bei COVID-19-induziertem Lungenversagen (ARDS).

Quelle: Prof. Dr. Florian Langer

DIENSTAG, 20.04.2021

COVID-19 – eine Gefäßerkrankung!

13:00–14:15 Uhr

Kanal 1 – Hauptsitzungen

13:00–13:18 Uhr: Gerinnungsaktivierung bei COVID-19

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

Demeter Verlag

Qualitätsoffensive Praktisches Jahr

Neue Entwicklungen an der Schwelle zur internistischen Weiterbildung

E. Narciß

An der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg wurden im Rahmen des BMBF-geförderten Projektes MERLIN (Medical Education Research – Lernen im Netz) seit 2012 alle Bestrebungen darauf gerichtet, die Qualität der Ausbildung im Praktischen Jahr (PJ) zu verbessern. Die neu entwickelten Produkte E-Logbuch, PJ-Informationsplattform und Onlinetraining für ausbildende Ärztinnen und Ärzte sollen PJ-Studierende bei der Übernahme von Verantwortung unterstützen und die Lücke zwischen Studium und späterer beruflicher Praxis verringern. Alle Entwicklungen sind so gestaltet, dass sie auf andere Fakultäten übertragbar sind.

Der Bedarf für diese Innovationen ergab sich aus mehreren Umfragen zur Situation des PJ an den baden-württembergischen Fakultäten sowie aus Interviews mit Studierenden und ausbildenden Ärztinnen und Ärzten im PJ vor Ort. Unsere Qualitätsoffensive konzentriert sich dabei auf 2 Zielgruppen: die PJ-Studierenden und die ausbildenden Ärztinnen und Ärzte.

E-Logbuch für PJ-Studierende

Für die PJ-Studierenden haben wir die bestehenden papierbasierten Logbücher für die Pflichtfächer im PJ, Innere Medizin und Chirurgie, zu E-Logbüchern weiterentwickelt und dabei ein ganz neues Konzept der PJ-Ausbildung, die sog. Anvertraubaren Professionellen Tätigkeiten (APT) oder Entrustable Professionell Activities (EPA) eingeführt (▶ **Abb. 1**). APT sind ärztliche Tätigkeitspakete, die typisch für ein bestimmtes Fach sind und einer/einem PJ-Studierenden bzw. Assistenzärztin/Assistenzarzt schrittweise anvertraut werden können. Für die Innere Medizin sind 6 Tätigkeiten definiert worden; u. a. handelt es sich dabei um die stationäre Aufnahme von Patienten/Patientinnen, deren Betreuung während des stationären Aufenthalts und Entlassung. Diese Tätigkeiten sollte ein PJ-Studierender/eine PJ-Studierende am Ende des PJ so beherrschen, dass er/sie in der Lage ist, an seinem/ihrem ersten Arbeitstag unkomplizierte Patienten/Patientinnen eigenständig zu versorgen. Das E-Logbuch bietet dabei die Möglichkeit, die schrittweise Übergabe von Verantwortung mit entsprechenden Beobachtungsbögen und Gesprächsleitfäden zu begleiten und den Ausbildungsfortschritt kontinuierlich festzuhalten.

Informationsplattform PJ-input

Als weiteres Arbeitspaket haben wir Informationen, die vor, im und nach dem PJ wichtig sind, auf der Informationsplattform PJ-input (www.pj-input.de) für Studierende und ausbildende Ärztinnen und Ärzte zusammengeführt (▶ **Abb. 2**). Zu dieser Plattform haben alle baden-württembergischen Fakultäten beigetragen. PJ-Studierende können sich zunächst über einen allgemeinen Teil informieren und dann jeweils standortspezifische Informationen abrufen. Diese reichen von der PJ-Anmeldung bis zur Beantragung der Approbation. Hinzu kommen Materialien, wie z. B. ein von ehemaligen PJ-Studierenden verfasster „Survival Guide“, eine mit einem Experten erstellte Strahlenschutzbroschüre, kleine Lehrfilme, eine interaktive Landkarte zur Suche von möglichen PJ-Ausbildungsorten u.v. a.m.

PJ-input enthält im zweiten Teil alle organisatorischen Informationen für ausbildende Ärztinnen und Ärzte im PJ und zusätzlich didaktische Materialien, die neue Impulse für die PJ-Betreuung geben. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf situativen Lehrmethoden.

Training: Präsenz- und Onlineveranstaltungen

Darüber hinaus bieten wir in Mannheim den ausbildenden Ärztinnen und Ärzten im PJ 2-mal im Jahr ein halbtägiges Basistraining in Präsenz an, um sie auf diese wichtige Aufgabe gut vorzubereiten. Ganz neu sind zusätzliche asynchrone Onlinetrainings zu den Themen „Lehrgelegenheiten im PJ“, „Ausbildung mit dem APT-Logbuch“, „Schwierige Gespräche“, „Beobachtung und Feedback“ und „Rahmenbedingungen“, die als Ergänzung und zur Vertiefung eigenständig bearbeitet werden können (▶ **Abb. 3**).

Insgesamt bilden das E-Logbuch, die Informationsplattform PJ-input und das Trainingsangebot ein in sich stimmiges Gesamtkonzept aus Informationen und didaktischem Material, das vorausschauend die Anforderungen der neuen Approbationsordnung vorwegnimmt und die Qualität der Ausbildung im Praktischen Jahr sowie einen besseren Übergang in die ärztliche Weiterbildung sicherstellt.

Dr. med. Elisabeth Narciß[1],
Dipl.-Med.-Päd. Angelika Homberg[2],
Dr. rer. nat. Katrin Schüttpelz-Brauns[3]

1 Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg, Kompetenzzentrum Praktisches Jahr Baden-Württemberg, MERLIN-Projekt
2 Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg, MERLIN-Projekt
3 Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg, Geschäftsbereich Studium und Lehrentwicklung, Koordination MERLIN-Projekt

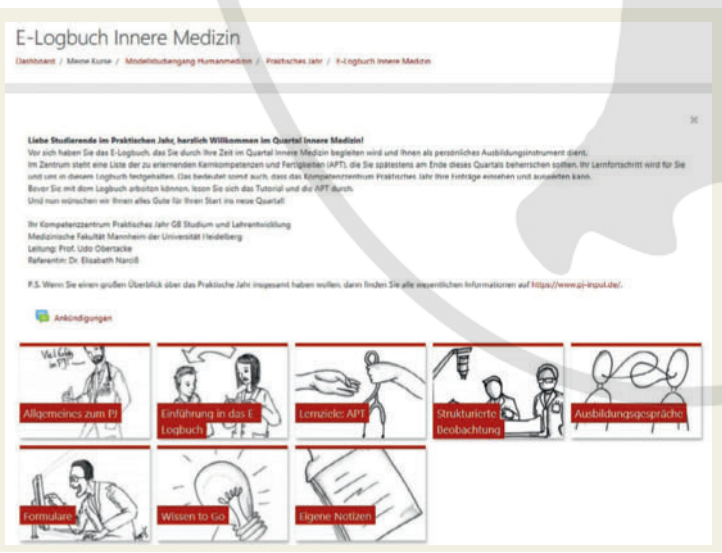
SAMSTAG, 17.04.2021

Wie lernt man Innere Medizin?

16:30–17:45 Uhr

Kanal 1 – Hauptsitzungen

16:30–16:48 Uhr: Qualitätsoffensive Praktisches Jahr – Was brauchen die Internisten von Morgen?



▶ **Abb. 1** Startseite E-Logbuch Innere Medizin.
Quelle: Medizinische Fakultät Mannheim, Zeichnungen: N. Krapp/A. Homberg

▶ **Abb. 2** PJ-input.
Quelle: Medizinische Fakultät Mannheim

▶ **Abb. 3** Startseite Online-Training für ausbildende Ärztinnen und Ärzte.
Quelle: Medizinische Fakultät Mannheim

Psychosomatik und Altersmedizin

Multimorbide geriatrische Patienten profitieren von psychosomatischen Behandlungen

Psychosomatik und Altersmedizin haben viel gemeinsam: ein biopsychosoziales Menschenbild und ein an Funktionalität orientiertes Therapieverständnis. In den letzten Jahren konnten innovative Kooperationen zeigen, dass multimorbide geriatrische Patienten von psychosomatischen Behandlungen profitieren. Aber auch die Bedeutung körperlicher Interventionen für den psychotherapeutischen Prozess konnte gezeigt werden.

Psychosomatik in der Geriatrie

Das psychische Erleben ist ein wichtiger Faktor bei Prozessen des Alterns, wie auch bei körperlichen Erkrankungen im Alter. 30–44 % aller klinisch-geriatrischen Patienten haben eine psychosomatische/psychiatrische Komorbidität. Geriatrische und psychosomatische Kooperationen sind noch immer sehr selten [1]. Dies betrifft besonders die Diagnostik und Behandlung affektiver Störungen, der pathologischen Trauer, der posttraumatischen und somatoformen Störungen sowie interpersoneller Konflikte und Krankheitsverarbeitungsstörungen [2, 3].

Geriatrie und Psychosomatik – Ähnlichkeiten und Unterschiede

Die Geriatrie ist einem multikausalen Krankheitsverständnis und einem mehrdimensionalem Behandlungsansatz verpflichtet, welche nur in Teams unterschiedlicher Professionen gewährleistet werden können.

Auch die Psychosomatik steht vor der Aufgabe, multifaktorielle Krankheitsprozesse ätiologisch zu verstehen und unter der Leitwissenschaft der Psychotherapie multimethodisch und multiprofessionell zu behandeln. Beide Disziplinen basieren dabei auf einem biopsychosozialen Menschenbild, wobei die 3 Aspekte des Körperlichen, des Psychischen und des Sozialen nicht etwa additiv wirken, sondern in einem komplexen Wirkmechanismus untrennbar miteinander interagieren und sich gegenseitig beeinflussen.

Allerdings unterscheiden sich beide medizinischen Disziplinen auch in einigen wichtigen Aspekten: Betont die Geriatrie die Förderung der Unabhängigkeit der alten Patienten, so versteht die psychoanalytisch orientierte Psychosomatik den Menschen als ein in Konflikten lebendes Wesen, besonders in den Konflikten zwischen persönlicher Autono-

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

Current congress 2021 | © 2021. Thieme. All rights reserved.

mie und Verbundenheit mit wichtigen anderen Menschen. Schaut die Geriatrie hauptsächlich auf die Förderung der aktuellen Funktion, so versucht die Psychosomatik, den Menschen und die Erfahrung seines Körpers als lebensgeschichtlich geprägt zu verstehen: Der Körper wird zum Träger der Lebensgeschichte, auch im aktuellen Erleben körperlicher Krankheit. Fokussiert die Geriatrie auf komplexe körperliche Alterungs- und Erkrankungsprozesse, besonders im Rahmen der Multimorbidität, so steuert die Psychosomatik ein Verstehen der komplexen Interaktionsmuster von Patient und Behandlern (auch im Team) bei.

Neue Erkenntnisse zur Interaktion „schwieriger“ geriatrischer Patienten und dem geriatrischen Team

In den letzten Jahren konnte in einigen Studien aufgezeigt werden, welche Interaktionsprobleme gerade geriatrische Patienten mit psychischen Störungen haben, wie sie die geriatrische Behandlung erleben und welche therapeutischen Möglichkeiten dazu beitragen können, dass auch Patienten, die mit dem geriatrischen Team nicht harmonieren, von einer Behandlung profitieren können.

So erlebten psychisch belastete geriatrische Patienten das Krankenhaus als bedrohlich und gerieten in einen Fluchtimpuls. Oder sie wehrten mit einem aggressiv-ärgerlichen Verhalten eine bedrohlich erlebte Bedürftigkeit ab; oder aber sie konnten das Krankenhaus als hilfreich und unterstützend erleben, wenn sie an Erfahrungen von Halt und Anerkennung aus ihrem früheren Leben anknüpfen konnten [4].

Es konnte nachgewiesen werden, dass ein gerontopsychosomatischer Konsil-/Liaisondienst mit einem Fokus auf die fallorientierte Beratung des geriatrischen Teams Effekte des Vertrauens und der Unterstützung auf die Patient-Pflegenden-Interaktion erzeugt [5].

Gerontopsychosomatik in der Geriatrie: Spezifische Behandlungsmodelle

Psychosomatik und Geriatrie starten in eine, einander belebende und unterstützende Kooperation: Neben der interaktiven stationären Zusammenarbeit durch einen Konsil-/Liaisondienst konnte in den letzten Jahren gezeigt werden, dass angepasste Formen der Psychotherapie, wie die aufsuchende psychodynamische Psychotherapie und die psychosomatische Grundversorgung bei poststationären hochbetagten und immobilen Patienten erfolgreich eingesetzt werden können [6]. Andererseits besteht noch ein großer Bedarf an fachlicher Kommunikation und wissenschaftlicher Untersuchung somato-psychosomatischer Zusammenhänge bei Multimorbidität im hohen Alter. Hier ist besonders der Dialog zwischen Psychosomatik und Physio- und Ergotherapie, Logopädie und Sozialer Arbeit von Interesse.

Prof. Dr. med. Reinhard Lindner[1],
PD Dr. med. Gabriele Röhrig-Herzog, MPH[2]

1 Universität Kassel, Institut für Sozialwesen, Fachbereich Humanwissenschaften, FG Theorie, Empirie und Methoden der Sozialen Therapie, Kassel
2 Zentrum für Spezialisierte Geriatrische Diagnostik (ZGD) am MVZ Medicum Köln-Ost

Literatur

[1] Röhrig G, Lindner R, AG Gerontopsychosomatik der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG). Umfrage zur Psychosomatik im geriatrischen Klinikalltag: eine Bestandsaufnahme. Z Gerontol Geriat 2020; 53: 430–436
[2] Lindner R, Hummel J (Hrsg.). Psychotherapie in der Geriatrie. Stuttgart: Kohlhammer; 2014
[3] Peters M, Lindner R. Psychodynamische Psychotherapie im Alter. Stuttgart: Kohlhammer; 2019
[4] Lindner R, Lampe LK. Wie hochbetagte geriatrische Patienten das Krankenhaus erleben. Psychotherapie im Alter 2020; 17: 97–112
[5] Lindner R. Gerontopsychosomatischer Konsil-/Liaisondienst in der stationären Akutgeriatrie. Effekte des Vertrauens und der Unterstützung auf die Patient-Pflegenden-Interaktion. Z Gerontol Geriatr 2018; 51: 404–410
[6] Lindner R, Sandner M. Psychotherapie auf der Couch des Patienten. Psychother Psych Med 2015; 65: 204–212

SONNTAG, 18.04.2021
Gerontopsychosomatik – Einheit von Psyche und Soma im Alter
14:45–16:00 Uhr
Kanal 5
14:45–15:03 Uhr: Psychosomatik und Altersmedizin

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

Wie verändert das Internet die Arzt-Patienten-Beziehung?

Fluch oder Segen?

A. Neuhausen

F. Vitinius

Online-Arzt-Patienten-Interaktionen spielen eine immer größer werdende Rolle für die Arzt-Patienten-Beziehung, wie auch die Nutzung des Internet durch Patienten zu Behandlungsmöglichkeiten und Diagnosen.

Der Onlineaustausch von gesundheitsrelevanten Informationen zwischen Arzt und Patient erfolgt bislang meist schriftlich, kann allerdings auch verbal (z. B. durch Sprachnachrichten oder Videochats) stattfinden. Dazu gehören Internetportale mit Frage-Antwort-Funktionen sowie Profile, welche von oder mit Ärzten betrieben werden. Ebenso gibt es durch externe Dritte organisierte Onlinegesundheitsgemeinschaften: Hier finden neben dem Austausch der Patienten untereinander auch Online-Arzt-Patienten-Interaktionen statt [1] (▶ **Abb. 1**).

Diese Interaktionen zeigten nützliche Effekte auf den Patienten, wie z. B. soziale Unterstützung und damit einhergehend eine Stärkung des Selbstwertgefühls und der Selbstwirksamkeit. Bezüglich der Arzt-Patient-Beziehung zeigte sich, dass die Onlinebehandlung die emotionale Bindung zum Arzt stärken sowie einen deutlichen indirekten Einfluss auf die Adhärenz des Patienten haben kann.

Dabei werden 3 für die Adhärenz entscheidende Faktoren beschrieben [2]:

- Die bereitgestellte Information soll subjektiv für den Patienten von guter Qualität sein
- Eine Konkordanz zum Patienten
- Patienten ermöglichen mitzuentscheiden (wahrgenommene Autonomie verbessert die Beziehung)

Patienten	Arzt
■ schnelle und einfache Zugänglichkeit zum Arzt ■ Selbstmanagement (effektiveres Gesundheitsverhalten, bessere Vorbereitung auf Offlinearzttermine) ■ offene Fragen/Bedürfnisse klären	■ Wunsch nach Patientenaufklärung ■ Karrierebedürnisse (verbessert Ruf und Beliebtheit) ■ positive Selbstdarstellung

▶ **Abb. 1** Hauptgründe für die Nutzung einer Online-Arzt-Patienten-Interaktion [1].

Der Behandler erfuhr durch die Interaktion soziale und wirtschaftliche Vorteile sowie mehr Terminbuchungen. Die Onlineinteraktion führte auch zu einer Verbesserung der Effizienz der Kommunikation des Arztes im Online- als auch im Offlinesetting [1]. Der Arzt lernt dadurch, Begriffe klarer und einfacher zu definieren und auf das Verständnis des Patienten einzugehen sowie auf geeignete Internetressourcen zu verweisen [2, 3].

Allerdings zeigten sich auch nachteilige Effekte. Ärzte gaben eine fehlende Kontrolle über die eigene Rolle an. Privates und Berufliches vermischte sich, Patienten lernten auch ohne Absicht des Arztes private Details kennen. Auch von ethischen und rechtlichen Dilemmata wurde berichtet. Ärzte beschrieben durch die Onlineinteraktion ein Gefühl der Überlastung und eine starke innere Verpflichtung zur Onlinekommunikation, welche psychisch belastend wirkte [1].

Umgang mit „Dr. Google“

Nicht selten berichten Ärzte von negativen Gefühlen, wenn Patienten mit selbstrecherchierten und manchmal auch selbstdiagnostizierten Krankheiten und Behandlungen vor ihnen sitzen. Informierte Patienten können in der ärztlichen Konsultation selbstbewusster und bestimmter auftreten, was besonders bei Zustimmung ärztlicher Seite vertrauensbildend ist und die Adhärenz erhöhen kann [4]. Nachdem Patienten mit ihrem Arzt ihre recherchierten Informationen besprochen haben, fühlen sich Patienten sicherer und verstehen ihren Arzt und die fachlichen Informationen besser. Außerdem ist der Arzt auch besser in der Lage, Bedenken, und Erwartungen seiner Patienten aufzugreifen [3].

TIPP
Würdigen Sie Bemühungen des Patienten bezüglich der Suche der Informationen. Indem Sie Ihre Anerkennung aussprechen, können auch eigene negative Gefühle reduziert werden.

Wenn Patienten vor einer Konsultation online Informationen über den Arzt erlangen, welche ihn kompetent und empathisch darstellen, halten Patienten den Behandler für kompetenter und unerwünschte Nebenwirkungen von Behandlungen für unwahrscheinlicher [5].

Im Umgang mit der heutigen aktiven Rolle der Patienten ist eine positive Einstellung bezüglich dieser Veränderungen von Ärzten erforderlich. Ebenso sind entsprechende Kommunikationsstrategien wichtig. Dadurch verbessert sich die Arzt-Patienten-Beziehung und sorgt für eine effektive Interaktion.

Aliza Neuhausen B.Sc.,
Cand. med. Tienan Qi,
Dr. med. Frank Vitinius

Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie,
Universitätsklinikum Köln

Literatur

[1] Shang L, Zu M, Ma D et al. The Antecedents and Consequences of Health Care Professional-Patient Online Interactions: Systematic Review. J Med Internet Res 2019; 21: e13940
[2] Peng Y, Yin P, Deng Z et al. Patient-Physician Interaction and Trust in Online Health Community: The Role of Perceived Usefulness of Health Information and Services. Int J Environ Res Public Health 2019; 17: 139
[3] Lu X, Zhang R. Impact of Physician-Patient Communication in Online Health Communities on Patient Compliance: Cross-Sectional Questionnaire Study. J Med Internet Res 2019; 21: e12891
[4] Huisman M, Joye S, Biltereyst D. Searching for Health: Doctor Google and the Shifting Dynamics of the Middle-Aged and Older Adult Patient-Physician Relationship and Interaction. J Aging Health 2020; 32: 998–1007
[5] Peerdeman KJ, Hinnen C, van Vliet LM et al. Pre-consultation information about one's physician can affect trust and treatment outcome expectations. Patient Educ Couns 2021; 104: 427–431

DIENSTAG, 20.04.2021
Innere Medizin und Social Media – Chance oder Risiko
09:30–10:15 Uhr
Kanal 2 – Forum Junge Internisten
09:52–10:15 Uhr: Wie verändert das Internet die Arzt-Patienten-Beziehung?

Demeter Verlag

Wege in die psychosomatische Versorgung

Von der Simultandiagnostik zur Psychotherapie

K. Weidner

Patientinnen/Patienten mit psychosomatischen Störungen werden im ärztlichen Alltag als „schwierig" in Diagnostik und Therapievermittlung wahrgenommen. Typische psychosomatische Störungen in der Inneren Medizin sind Angststörungen, somatoforme und hypochondrische Störungen, Essstörungen, aber auch Anpassungsstörungen auf Situationen in verschiedenen Lebensbereichen oder auf somatische Erkrankungen bis hin zu Posttraumatischen Störungen. Kennzeichnend für psychosomatische Störungen ist die multikausale Verursachung mit bio-psycho-sozialen Anteilen. Aber auch psychische Störungen, wie z. B. die Depression, zeigen sich oft primär in einer körperlichen Symptomatik. Zahlreichen im somatischen Klassifikationssystem kodierten Erkrankungen – wie z. B. Reizdarm oder Fibromyalgiesyndrom – wird man nur gerecht, wenn man die psychischen und Verhaltensfaktoren erfasst und behandelt, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung des Krankheitsbildes beitragen.

Psychosomatische Diagnostik

Um ein psychosomatisches Störungsbild frühzeitig zu erkennen und durch Einleitung fachspezifischer Behandlung Chronifizierung und ggf. Iatrogenisierung vorzubeugen, muss man diagnostische Hinweise beachten. Typische Befundkonstellationen oder interaktionelle Charakteristika stellen sich in Abhängigkeit vom jeweiligen Störungsbild dar und sind als Auswahl in ▶ **Tab. 1** dargestellt.

Bei bis zu 35 % der Patientinnen/ Patienten in Hausarztpraxen werden somatoforme Störungen gesehen [1], 91 % der Patientinnen/Patienten mit einer Diagnose aus dem somatoformen Spektrum werden ausschließlich durch Fachärztinnen/Fachärzte der somatischen Medizin versorgt. Nach wie vor vergehen etwa 5–7 Jahre, bis Patientinnen/Patienten mit einer psychosomatischen Störungsdiagnose in Fachpsychotherapie überwiesen werden [2]. Dies hat verschiedene Ursachen. Patientenseitig sieht man häufig eine fehlende oder ambivalente Krankheitseinsicht und Psychotherapiemotivation, die bei psychosomatischen Störungsbildern oft krankheitsimmanent ist. Ärztlicherseits fehlt oft die kommunikative Erfahrung, psychosomatische Störungsbilder zu diagnostizieren, anzusprechen und Behandlungswege aufzuzeigen. Um eine/einen „psychosomatische Patientin/Patienten" als Patientin/Patienten mit einer psychosomatischen Diagnose zu verstehen und entsprechend zu behandeln, sind diagnostisches Wissen/Erfahrung und kommunikative Fertigkeiten essenziell.

Abgestufte psychosomatische Behandlung in der somatischen Versorgung

Simultandiagnostik

Prinzipiell empfiehlt sich generell eine Simultandiagnostik in dem Sinne, dass man somatische und psychosoziale Aspekte gleichzeitig berücksichtigt. So muss sich nicht ausschließen, bei Beschwerden, die beispielsweise auf ein Magenulkus hindeuten, gleichzeitig neben der somatischen Diagnostik auch Aspekte des Stresserlebens, sozialer Belastungen und individuelle Konfliktsituationen zu erfragen. Patientinnen/Patienten wird damit verdeutlicht, dass somatische und psychosoziale Aspekte gleichrangig betrachtet und nicht als Ausschlussdiagnose und damit möglicherweise zweitklassig interpretiert werden. Dies kann die Motivation und Krankheitseinsicht bei Patientinnen/Patienten wesentlich verbessern, aber auch das ärztliche psycho-somatische Selbstverständnis.

Psychosomatische Grundversorgung

Ziele der psychosomatischen Grundversorgung in der somatischen Versorgung sind die Berücksichtigung der multifaktoriellen Genese, das Erkennen des psychosomatischen Symptoms/der somatopsychischen Reaktion ohne Notwendigkeit einer differenzierten diagnostischen Zuordnung. Im diagnostischen Gespräch sollte eine Idee der Ursache bzw. aufrechterhaltender Faktoren entwickelt werden und Patientinnen/Patienten für eigene körperliche und seelische Reaktionen auf soziale Belastungen sensibilisiert werden. Eine einheitliche Ursache für psychosomatische Störungsbilder gibt es nicht. Letztendlich ist immer eine individuelle Anamnese erforderlich, um disponierende (Lernvorgänge), auslösende (akute Belastungssituationen) und aufrechterhaltende Faktoren (primärer/sekundärer Krankheitsgewinn) zu erfassen. In Kursen der psychosomatischen Grundversorgung erlernt man, dass die Anamnese oft nicht mehr Zeit, sondern richtige Fragen zur richtigen Zeit benötigt und sich damit im Verlauf die Arzt-Patienten-Beziehung konstruktiver und sogar effektiver gestalten lässt. Chronifizierende und iatrogenisierende Prozesse können vermieden werden. Ein wesentliches Ziel in der psychosomatischen Grundversorgung ist letztendlich auch die Motivation zu weiterführender Psychotherapie.

Abgestufte psychotherapeutische Versorgung

Deutschland hält eine psychotherapeutische Versorgungsstruktur vor, die differenziert, gleichzeitig aber schwer zu durchschauen ist [3]. Die Verfügbarkeit fachärztlich-psychosomatischer Versorgung zeigt ein deutliches West-Ost- und Stadt-Land-Gefälle. Der erste Schritt bei psychosomatischen Störungsbildern ist die Überweisung zu Fachärztinnen/Fachärzten für Psychosomatische Medizin zur entsprechenden spezifischen Diagnostik und Therapie. Alternativ kann bei Nichtverfügbarkeit zu psychologischen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten bzw. Fachärztinnen/Fachärzten für Psychiatrie überwiesen werden. Jede Berufsgruppe ist durch Spezifika in der Diagnostik und Behandlung gekennzeichnet, ähnlich wie auch verschiedene Facharztspezialisierungen innerhalb der Inneren Medizin. Es stehen 3 verschiedene Psychotherapieverfahren (Verhaltenstherapie, Psychodynamische Therapie, Systemische Therapie) und verschiedene Settings (Einzel-, Gruppentherapie) zur Verfügung im ambulanten und (teil)stationärem Rahmen.

Ambulante Therapie

Der Gesetzgeber hat die ambulante Richtlinienpsychotherapie als Haupttherapiemethode psychosomatischer Störungen reformiert. Patientinnen/Patienten haben Anspruch auf einen kurzfristigen Termin in der Telefon- oder psychotherapeutischen Sprechstunde zur differenzierten Diagnostik und Formulierung der konkreten Therapieindikation (ambulant/stationär, Verfahren, Setting) bzw. Krisenintervention. Die ambulante Psychotherapie erfolgt gestuft als Kurz- oder Langzeittherapie nach probatorischen Sitzungen, wobei nur die Langzeittherapie gutachterpflichtig ist. Ein Überweisungsschein vom z. B. Internisten ist nicht notwendig, im Sinne der kollegialen Transparenz aber sinnvoll. Ebenso das Ausfüllen des Konsiliarberichts im Zuge einer ambulanten Psychotherapie sollte mit allen Hinweisen auf die somatischen Besonderheiten differenziert erfolgen. An den meisten psychosomatischen Kliniken gibt es Institutsambulanzen, die besonders komplex erkrankte Patientinnen/Patienten oder aber überbrückend bis zum Beginn einer ambulanten Psychotherapie behandeln.

Stationäre Therapie

Stationär behandlungsbedürftig sind u. a. Patientinnen/Patienten mit hoher Krankheitslast, somatischen und psychischen Komorbiditäten, pathogenem häuslichen Umfeld sowie sozialmedizinischen Konsequenzen. Ziel der Krankenhausbehandlung ist es, eine Krankheit zu überwinden, ihrer Verschlimmerung entgegenzuwirken oder Beschwerden zu lindern – im Gegensatz zur Rehabilitation bei im Vordergrund stehender Teilhabestörung. Haupttherapieform ist die multimodale Komplextherapie durch verschiedene Berufsgruppen (ärztliche und nichtärztliche Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, Spezialtherapeutinnen/Spezialtherapeuten, Pflege) und in verschiedenen Settings [4]. Voll- und teilstationäre Psychotherapie unterscheiden sich in der Psychosomatik häufig nicht bezüglich der Therapiedichte, sondern eher des Therapierahmens mit Verfügbarkeit ärztlichen und pflegerischen Personals rund um die Uhr bei evtl. Krisen, körperlichen Begleiterkrankungen usw. Ein Einweisungsschein sollte aufgrund juristischer Rahmenbedingungen von der Fachärztin/vom Facharzt für Psychosomatische Medizin oder Psychiatrie kommen, was in manchen Regionen ein Nadelöhr darstellt.

Nach einer Psychotherapie

Effekte ambulanter bzw. (teil)stationärer Psychotherapie hängen u. a. von der Krankheitslast und -dauer, dem Störungsbild, der Veränderungsmotivation aber auch von der Therapeut-Patienten-Passung ab und reichen von vollständiger Remission über Teilremission bis hin zur palliativen Begleitung [5]. Bei langer Krankheitsdauer, verwurzelten dysfunktionalen Verhaltensmustern oder komplexer biografischer Vulnerabilisierung ist nicht von einer vollständigen Remission auszugehen, Patientinnen/Patienten müssen dann auch lebenslang in der somatischen Versorgung psycho-somatisch begleitet werden. Austausch mit psychosomatischen Kolleginnen/Kollegen ist in diesem Falle förderlich mit einer jeweils guten Transparenz und ggf. Absprache des Vorgehens.

Prof. Dr. med. habil. Kerstin Weidner
Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden

Literatur

[1] Haller H, Cramer H, Lauche R et al. Somatoforme Störungen und medizinisch unerklärbare Symptome in der Primärversorgung. Dtsch Arztebl Int 2015; 112: 279–287

[2] Gaebel W, Kowitz S, Fritze J et al. Use of health care services by people with mental illness: secondary data from three statutory health insurers and the German statutory pension insurance scheme. Dtsch Ärztebl Int 2013; 110: 799–808

[3] Zipfel S, Herzog W, Kruse J et al. Psychosomatic Medicine in Germany: More Timely than Ever. Psychother Psychosom 2016; 85: 262–269

[4] Hölzer M, Wöller W, Berberich G (Hrsg.). Stationäre Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer; 2018

[5] Liebherz S, Rabung S. Do patients' symptoms and interpersonal problems improve in psychotherapeutic hospital treatment in Germany? – A systematic review and meta-analysis. PLoS One 2014; 9: e105329

▶ **Tab. 1** Auswahl von diagnostischen Hinweisen auf psychosomatische Krankheitsbilder.

Krankheitsbild	Diagnostische Hinweise
Anorexia nervosa	Plötzliche oder kontinuierliche Gewichtsabnahme mit Elektrolytentgleisungen, Ödemen, Transaminasenerhöhung
Binge-Eating-Disorder	Konstante Gewichtszunahme trotz Versicherung des normalen Essverhaltens
Bulimia nervosa	Unspezifische Beschwerden des oberen Gastrointestinaltrakts, Zahnschmelzschäden, Hypokaliämie
Somatisierungsstörung	Wechselnde Beschwerden verschiedener Organsysteme mit hohem Leidensdruck
Somatoforme oder hypochondrische Störung	Drängen auf Diagnostik mit jeweils nur kurzzeitiger Beruhigung, häufige Arztwechsel mit Hoffnungs- und Enttäuschungszirkel
Angststörung	Dysfunktionale Gesundheits-/Krankheitswahrnehmung mit katastrophisierendem Denken
Panikstörung	Rezidivierende Sinustachykardien bei unauffälligem kardiologischem Befund
Soziale Phobie	Wiederholte unspezifische z. B. gastrointestinale, kardiale Symptome in Prüfungssituationen, wiederholter Wunsch nach Arbeitsunfähigkeit, sozialer Rückzug

MONTAG, 19.04.2021

Psychosomatik: kurz und bündig
13:00–14:15 Uhr
Kanal 1 – Hauptsitzungen
13:56–14:15 Uhr: Wege in die psychosomatische Versorgung

Current congress 2021 | © 2021. Thieme. All rights reserved.

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

Demeter Verlag

Blutdruckziele bei hochbetagten Patienten

Aktuelle Empfehlungen und Zielparameter

M. Middeke

Die europäischen Leitlinien aus 2018 [1] empfehlen vernünftigerweise einen Zielkorridor für den systolischen Blutdruck von 130–139 mmHg und diastolisch <80 mmHg. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, eine Senkung <130 mmHg systolisch zu vermeiden. Zurückhaltung mit einer zu starken Blutdrucksenkung ist insbesondere bei Heimbewohnern und gebrechlichen Patienten zu beachten.

Ab 31 Tausend Tagen gelten wir als hochbetagt. Die Gerontologie bezeichnet die über 85-Jährigen als die alten Alten, die Hochbetagten. Die 60- bis 85-Jährigen werden als die jungen Alten bezeichnen. Diese Einteilung ist wie viele andere Grenzwerte und Definitionen in der Medizin recht willkürlich. Nützlich sind diese Einteilungen und Definitionen für epidemiologische Untersuchungen und Therapiestudien.

Gute Datenlage zur antihypertensiven Therapie

Zur antihypertensiven Therapie im hohen Alter gibt uns die HYVET-Studie (Hypertension in the Very Elderly Trial) sehr gute Daten [2]. Es wurden 3845 Teilnehmer zwischen 80 und 105 Jahren für die randomisierte kontrollierte Studie rekrutiert: 73 % im Altersbereich 80–84 Jahre, 22 % im Bereich 85–89 Jahre und 5 % über 90 Jahre. Der durchschnittliche Blutdruck zu Beginn der Studie war 173/91 mmHg. Es bestand somit eine für die Altersgruppe typische überwiegend systolische Hypertonie. Ein Drittel der Patienten hatte eine isolierte systolische Hypertonie.

Das Therapieziel war eine „vorsichtige“ Blutdrucksenkung auf 150/80 mmHg. Die antihypertensive Therapie wurde mit Perindopril und Indapamid in Monotherapie oder als Kombination durchgeführt. Sie war im Vergleich zum Placeboarm so erfolgreich, dass die Studie vorzeitig nach 22 Monaten abgebrochen wurde. Die Blutdrucksenkung nach 2 Jahren war 30/12 mmHg in der Verumgruppe und 15/7 mmHg in der Placebogruppe mit Indapamd allein (26 % der Teilnehmer) und in der Kombination mit Perindopril (74 %). Die antihypertensive Therapie führte frühzeitig zu einer signifikanten Senkung der Gesamtmortalität und insbesondere der Herzinsuffizienz. Das ist umso erstaunlicher, als nur 12 % der Teilnehmer eine kardiovaskuläre Vorerkrankung hatten und 7 % einen Diabetes.

Eine italienische Fall-Kontroll-Studie [3] bei über 85-jährigen behandelten Hypertonikern ergab eine signifikante Reduktion kardiovaskulärer Ereignisse bei den Patienten, die seit einigen Jahren bereits behandelt und therapieadhärent waren.

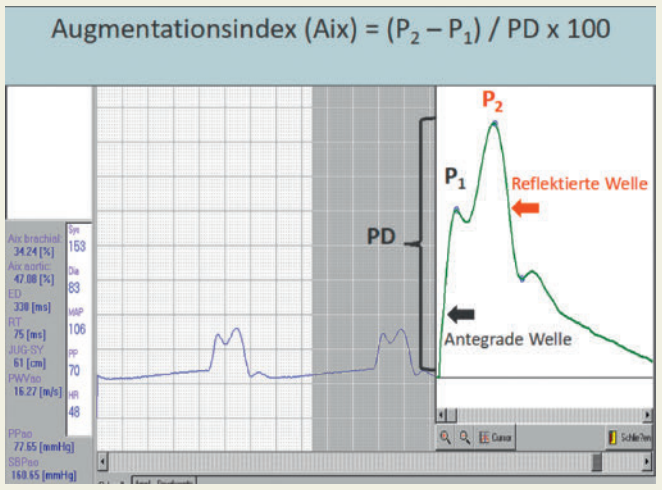
Aortaler Blutdruck als Zielparameter

Es gibt immer mehr Hinweise dafür, dass insbesondere im höheren Alter der zentrale aortale Blutdruck als Zielparameter größere Bedeutung hat als der brachiale Blutdruck, der bei der konventionellen Blutdruckmessung ermittelt wird. Im höheren Lebensalter führt die arterielle Gefäßsteifigkeit zur Augmentation des systolischen Blutdrucks durch die retrograde/reflektierte Druckwelle (▶ **Abb. 1**), die verstärkt und beschleunigt zum Herz zurückläuft und die Ventrikellast in der Systole erhöht.

Die Zunahme der linksventrikulären Last führt zur Versteifung des linken Ventrikels mit verminderter Compliance, gestörter ventrikulo-arterieller Koppelung, der Entwicklung einer diastolischen Herzinsuffizienz und im weiteren Verlauf zur linksventrikulären Hypertrophie.

Gleichzeitig wird die kardiale Perfusion in der Diastole vermindert durch die Abnahme des diastolischen Perfusionsdrucks und die Diastolendauer. Das führt zu einem Missverhältnis von kardialen O_2-Bedarf und -Versorgung: Der Sauerstoffbedarf steigt mit Zunahme der Ventrikelarbeit und die Versorgung wird kompromittiert.

Die moderne Pulswellenanalyse (PWA) mit Ableitung der Druckkurve über den gesamten Herzzyklus ermöglicht die Detektion und Visualisierung der systolischen Augmentation [4], die Messung der Pulswellengeschwindigkeit als Parameter der arteriellen Gefäßsteifigkeit und die Berechnung des aortalen Blutdrucks. Dieser kann selbst bei normalen Druckwerten in der Armarterie erhöht sein. Dies Phänomen wird als maskierte aortale Hypertonie beschrieben [4].



PD = Pulsdruck; P1 = Maximum der initialen Druckwelle (syst. Blutdruck); P2 = Maximum der reflektierten Druckwelle; Aix = Augmentationsindex; PWV = Pulswellengeschwindigkeit; SDB = systolischer Blutdruck

▶ **Abb. 1** Original-Computerausdruck (Arteriograph, Tensiomed) einer abnormalen Pulswelle mit Augmentation des systolischen Blutdrucks (aortaler Augmentationsindex +47 %): 86-jähriger Patient, brachialer Blutdruck 153/83 mmHg, errechneter aortaler Blutdruck systolisch 160 mmHg, Pulswellengeschwindigkeit 16,2 m/s (<12).

Quelle: Prof. Dr. Martin Middeke

Prof. Dr. med. Martin Middeke
Hypertoniezentrum München HZM,
Excellence Centre of the European Society of Hypertension (ESH),
www.hypertoniezentrum.de

Literatur

[1] Williams B, Mancia G, Spiering W et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J 2018; 39: 3021–3104

[2] Beckett NS, Peters R, Fletcher AE et al. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. N Engl J Med 2008; 358: 1887–1898

[3] Corrao G, Rea F, Compagnoni MM et al. Protective effects of antihypertensive treatment in patients aged 85 years or older. J Hypertens 2017 35: 1432–1441

[4] Middeke M. Zentraler aortaler Blutdruck: Bedeutender Parameter für Diagnostik und Therapie. Dtsch Med Wochenschr 2017; 142: 1430–1436

SAMSTAG, 17.04.2021

Hypertonie I

09:00–10:15 Uhr

Kanal 11

09:18–09:37 Uhr: Blutdruckziele beim hochbetagten Patienten

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

Refluxkrankheit oder eosinophile Ösophagitis? Unterscheiden und handeln!

Klagt ein Patient über retrosternale Schmerzen und Beschwerden beim Schlucken, wird häufig die Diagnose einer gastroösophagealen Refluxkrankheit (GERD) gestellt. Dabei können diese Symptome auch auf eine eosinophile Ösophagitis (EoE) hinweisen, die zwar eine seltenere chronische Erkrankung ist, aber wie die GERD auch mit massiven Einschränkungen der Lebensqualität einhergeht. Doch wie können GERD und EoE unterschieden und therapiert werden? Dieser Frage stellen sich Experten im digitalen Satellitensymposium der Dr. Falk Pharma GmbH im Rahmen des 127. Kongresses der DGIM und diskutieren, wie eine gesicherte differenzialdiagnostische Abgrenzung gelingen kann. Dabei wird anhand aktueller Erkenntnisse beider Krankheitsbilder auch erörtert, wie eine Therapie erfolgreich durchgeführt werden kann.

EoE frühzeitig erkennen

Auch wenn sich die EoE und GERD in ihrer Symptomatik ähneln, ist eine gesicherte Differenzialdiagnostik entscheidend für die erfolgreiche Therapie. Insbesondere bei der EoE ist eine frühzeitige Diagnose wichtig, da das Krankheitsbild aufgrund der anhaltenden Inflammation unbehandelt meist progredient verläuft. Es drohen weitere fibrotische Veränderungen der Speiseröhre, die zu Strikturen und Lumenverengung führen, wodurch das Risiko für eine Bolusimpaktion und eine spontane Ösophagusperforation steigt. Hilfreich bei der diagnostischen Unterscheidung können folgende Abgrenzungen sein: EoE tritt deutlich häufiger bei Männern, insbesondere im Alter zwischen 30 und 50 Jahren, auf, welche über Dysphagie klagen und häufig schon im Kindesalter unter Schluckbeschwerden litten.

Bei älteren, oftmals übergewichtigen Männern mit dem Leitsymptom Sodbrennen hingegen liegt der Verdacht einer GERD nahe.

Diagnose sichern, EoE behandeln

Um die Diagnose EoE zu sichern, sollte neben der Erfassung der klinischen Symptome und einer endoskopischen Untersuchung auch ein histologischer Nachweis erfolgen. Dazu werden 6 Gewebeproben aus verschiedenen Abschnitten des Ösophagus entnommen und die Anzahl der eosinophilen Granulozyten in der Schleimhaut bestimmt. Die aktuellen Leitlinien empfehlen zur Behandlung der EoE neben Eliminationsdiät und PPI-Behandlung topische Steroide als Therapie der ersten Wahl. Die weltweit einzige zugelassene medikamentöse Therapieoption für die EoE ist eine Budesonid-Schmelztablette mit Brauseeigenschaften (Jorveza®) die ihre Wirksamkeit in der Akut- und Erhaltungstherapie der EoE bei Erwachsenen eindrucksvoll belegen konnte.

Quelle: nach Informationen der Dr. Falk Pharma GmbH, Freiburg