

Jahrespressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM)

Termin: Dienstag, 31. Januar 2023, 13.00 bis 14.00 Uhr

Ort: Geschäftsräume der DGIM, Oranienburger Straße 22, 10178 Berlin (Mitte)

Link zur Online-Anmeldung:

<https://attendee.gotowebinar.com/register/1520187403521272150?source=DGIM>

Themen und Referenten:

**Kleines Protein, große Wirkung: wie IgG4 Entzündungen im ganzen Körper auslöst und welche
Therapiemöglichkeiten bestehen**

Professor Dr. med. Ulf Müller-Ladner

Vorsitzender der DGIM 2022/2023, Professur für Innere Medizin mit Schwerpunkt
Rheumatologie, Justus-Liebig-Universität Gießen, Campus Kerckhoff

**Daten nutzen und Daten schützen: wie Forschung mit Gesundheitsdaten die Versorgung
verbessern kann**

Professor Dr. med. Georg Ertl

Generalsekretär der DGIM, Internist und Kardiologe aus Würzburg

**Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA): Welche Herausforderungen stellen die smarten
Helfer an Forschung und Versorgung?**

Professor Dr. med. Martin Möckel

Ärztlicher Leiter Notfall- und Akutmedizin, Professor für kardiovaskuläre Prozessforschung,
Prodekan für Studium und Lehre mit klinischem Schwerpunkt, Charité – Universitätsmedizin
Berlin, Sprecher der DGIM-Arbeitsgruppe DiGA/KI in Leitlinien

Moderation: Anne-Katrin Döbler, DGIM Pressestelle, Stuttgart

Ihr Kontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle – Dr. Andreas Mehdorn

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-313 / Fax: 0711 8931-167

E-Mail: mehdorn@medizinkommunikation.org

www.dgim.de | www.facebook.com/DGIM.Fanpage/ | www.twitter.com/dgimev | www.kongress.dgim.de

Pressemitteilung

Das eigene Immunsystem als Entzündungsauslöser Diffuse Entzündungen im ganzen Körper: Warum IgG4-assoziierte Erkrankungen so schwer zu erkennen sind

Wiesbaden, 31. Januar 2023 – Leber, Gallenwege, Gefäße, Haut, Augen oder auch das zentrale Nervensystem: In nahezu jedem Organsystem des Körpers kann es zu Entzündungsreaktionen kommen, die mit einem erhöhten Spiegel des Antikörpers Immunglobulin G4 (IgG4) im Blut in Zusammenhang stehen. Diese sogenannten IgG4-assoziierten Erkrankungen gehen auf eine Fehlfunktion des Immunsystems zurück, deren Ursachen noch nicht abschließend erforscht sind. Wie weit die Diagnostik und Therapie bei diesem erst vor wenigen Jahren als eigenständiges Krankheitsbild definierten Entzündungen sind, und wie Ärztinnen und Ärzte charakteristische Symptome erkennen können, darüber haben Experten der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM) heute auf der Jahrespressekonferenz der Fachgesellschaft in Berlin gesprochen.

Immunglobuline G (IgG) sind wichtige Bestandteile des Immunsystems, deren Aufgabe unter anderem darin besteht in den Körper eingedrungene Viren oder Bakterien zu bekämpfen. „Speziell das Immunglobulin G4 (IgG4) kann sich – im Zusammenspiel mit anderen Zellen – jedoch auch gegen den eigenen Körper richten. „Dann kommt es zu Entzündungen, die die Selbstheilungskräfte nicht mehr unter Kontrolle haben“, erklärt Professor Dr. med. Ulf Müller-Ladner, Vorsitzender der DGIM 2022/2023. Diese Entzündungen können ein oder mehrere Organe oder das umliegende Bindegewebe betreffen und dort Fibrosen verursachen, bei denen das Organ nach und nach seine spezifische Funktion verliert und zum Schluss ganz in vernarbendes Bindegewebe umgewandelt wird. „Bei IgG4-assoziierten Entzündungen haben diese Fibrosen feingeweblich eine Struktur, nur sind nicht alle betroffenen Organe einer Probenentnahme zugänglich“, so der Internist und Rheumatologe.

Eine Herausforderung für die Diagnostik ist, dass die durch IgG4 ausgelösten Entzündungen in nahezu jedem Organ des Körpers auftreten – vom Auge über die Schilddrüse bis hin zu den Verdauungsorganen – und je nach betroffenem Organ unterschiedliche Symptome hervorrufen können. „Bei einem Befall der Bauchspeicheldrüse können die Anzeichen von einer diffusen Schwellung bis hin zur Entwicklung eines Diabetes mellitus reichen. Bei einem Befall der Hauptschlagader dagegen macht sich die Entzündung durch eine Verdickung der

Gefäßwände, Aneurysmen und den entsprechenden Durchblutungsstörungen bemerkbar“, so der Experte.

Seltene Erkrankung mit hoher Dunkelziffer – frühes Erkennen entscheidet über Therapieerfolg

Schätzungen zufolge ist 1 von 100 000 Menschen von dieser Erkrankung betroffen. „Die Dunkelziffer dürfte dabei deutlich höher liegen, da bei viele Patientinnen und Patienten die Erkrankung noch nicht richtig kategorisiert ist“, so Müller-Ladner. Oft erfolgt die richtige Diagnose erst spät, weil die Krankheit so schwer zu erkennen ist. In vielen Fällen haben die Betroffenen dann schon irreversible Organschäden erlitten. „Ein wichtiger Merksatz kann Ärztinnen und Ärzten aller Fachrichtungen helfen: IgG4-assoziierte Erkrankungen können bei allen ungeklärten Entzündungsvorgängen und Fehlfunktionen von Organen – vor allem in Verbindung mit vermehrter Bindegewebsbildung – vorliegen“, so der Internist.

Da die Forschung stetig neue Erkenntnisse zu den IgG4-assoziierten Erkrankungen hervorbringt, sind die empfohlenen Therapiemöglichkeiten einem ständigen Wandel unterworfen. Derzeit ist zunächst eine Therapie mit Glukokortikoiden das Mittel der Wahl. „Diese führen meist zu einer raschen Besserung der Entzündung. Anschließend erfolgt eine gründliche Diagnostik aller Organe, um die Schwere der Erkrankung abzuschätzen und weitere Behandlungsschritte zu planen.“ Im Therapieverlauf können auch Immunsuppressiva und weitere Therapien zum Einsatz kommen. „Spricht der Organismus gut auf die Medikamente an, lässt sich die Organfunktion oft wiederherstellen“, sagt Müller-Ladner.

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.

Ihr Kontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle

Dr. Andreas Mehdorn

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: +49 711 8931-313

Fax: +49 711 8931-167

E-Mail: mehdorn@medizinkommunikation.org

www.dgim.de | www.facebook.com/DGIM.Fanpage/ | www.twitter.com/dgimev

REDEMANUSKRIPT

Kleines Protein, große Wirkung: wie IgG4 Entzündungen im ganzen Körper auslöst und welche Therapiemöglichkeiten bestehen

Professor Dr. med. Ulf Müller-Ladner, Vorsitzender der DGIM 2022/2023, Professur für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie, Justus-Liebig-Universität Gießen, Campus Kerckhoff

Viele Erkrankungen gibt es schon Jahrzehnte und Jahrhunderte – von manchen weiß man aber erst, seit in Zusammenarbeit vieler Kolleginnen und Kollegen die entscheidenden Puzzleteile zusammengesetzt wurden. Hierzu gehören die IgG4-assoziierten, chronisch-entzündlich fibrosierenden Erkrankungen, die erst in den letzten Jahren zu einer gemeinsamen Entität zusammengefasst werden konnten und weit über die Schwerpunkte der Inneren Medizin hinaus ein gemeinsames Agieren bezüglich Diagnostik und Therapie erfordern.

Diese Entität spiegelt daher das Motto des diesjährigen DGIM-Kongresses „Systemisch Denken – Individuell Therapieren“ perfekt wider.

Die immunologisch getriebene Pathophysiologie beruht auf einem Zusammenspiel von B-Lymphozyten, IgG4-positiven Plasmazellen, folliculären T-Helferzellen, zytotoxischen CD4-positiven T-Zellen und Makrophagen, welche eine Entzündungsreaktion stimulieren, die dann Fibroblasten zur überschießenden Synthese von Bindegewebe anregen. Sichtbar werden diese Prozesse als sogenannte storiforme Fibrose klinisch in einer deutlichen Vergrößerung des oder der betroffenen Organe.

Betroffen sind nach epidemiologischen Schätzungen circa 1 auf 100 000 Menschen, wobei die Dunkelziffer der (noch) nicht korrekt kategorisierten Patientinnen und Patienten sicher deutlich höher liegen dürfte.

Klinisch können die Patientinnen und Patienten bei dieser „Von A bis O“-Erkrankung in nahezu jedem Fachgebiet als Erstes vorstellig werden, von der Augenheilkunde und der HNO über alle internistischen Schwerpunkte hinweg bis zur Orthopädie.

Da die Entzündungsreaktion meist über viele Jahre fortschreitet, werden die meisten Patientinnen und Patienten erst spät im Krankheitsverlauf symptomatisch, hochakute Verläufe sind aber ebenfalls möglich. Entsprechend der nur schwelenden Entzündungsreaktion sind die klassischen Symptome wie Fieber eher untypisch und gemäß den Klassifikationskriterien der rheumatologischen Fachgesellschaften sogar ein Ausschlusskriterium – auch im differenzialdiagnostischen Bereich gegenüber den ebenfalls ubiquitär im Organismus auftretenden Vaskulitiden. Leider helfen der IgG4-Spiegel im Blut und die Bildgebung nicht immer. Die Histologie ist denn häufig der entscheidende Schlüssel zur definitiven Diagnose.

Dominante Organe bei den IgG4-assoziierten Erkrankungen sind Pankreas, Leber, Gallenblase und Intestinum, das Retroperitoneum, die großen Gefäße, die Nieren, Herz und Gehirn sowie Speichel- und Tränendrüsen sowie natürlich alle Bindegewebsräume des Körpers. Je nachdem, welches Organ oder Organsystem die Entzündung betrifft, manifestiert sich die Erkrankung auf unterschiedliche Weise. An der Niere zeigt sie sich beispielsweise vorwiegend in Entzündungen des Bindegewebes sowie einer

Raumforderung. Bei einem Befall der Bauchspeicheldrüse dagegen können die Anzeichen von einer diffusen Schwellung bis hin zu einem Diabetes mellitus oder einer Insuffizienz des Pankreas-Teils, der Verdauungsenzyme produziert, reichen. Bei einem Befall der Hauptschlagader macht sich die Entzündung durch eine Verdickung der Gefäßwände, Aneurysmen oder auch Anzeichen wie Rückenschmerzen bemerkbar.

Die lange Latenz bis zur Diagnose führt häufig dazu, dass mehr als 50 Prozent der Patienten zum Diagnosezeitpunkt bereits irreversible Organschädigungen aufweisen. Deshalb kann die Erkrankung trotz therapeutischen Eingreifens auch in jüngeren Jahren tödlich verlaufen. Ein Review über fast 300 Patienten ergab eine Mortalitätsrate von circa 9 Prozent über 30 Monate.

Die therapeutischen Algorithmen sind aufgrund der Dynamik der Erkenntnisse einem konstanten Wandel unterworfen. Meistens reagiert die Erkrankung sehr rasch auf Glukokortikoide, Dosierungen von mehr als 0,5 mg / Prednisolonäquivalent/ Kilogramm Körpergewicht führen in der Regel zu einer raschen klinischen Besserung, was dann auch die Zeit für eine gründliche Diagnostik aller Organe ermöglicht. Langfristig kommen wie bei vielen anderen chronisch-entzündlichen Erkrankungen bewährte Immunsuppressiva wie Azathioprin, Mycophenolat, Leflunomid und Methotrexat zum Einsatz, seltener aufgrund der Nebenwirkungen Cyclophosphamid oder Ciclosporin. Aufgrund der B-Zelldominanz stellt aktuell die B-Zell-depletierende Therapie mit Rituximab eine sehr effektive, aber aufgrund des (noch) fehlenden Labels zu beantragende Therapieoption dar. Bei gutem Therapieansprechen kann so die Organfunktion meist wiederhergestellt und Fibrosektomien vermieden werden.

Merksätze für Patienten und Ärzte:

Alle Entzündungsvorgänge, die unerklärt sind, und alle Fehlfunktionen von Organen, vor allem wenn diese mit einer Bindegewebsvermehrung einhergehen, können eine IgG4-assoziierte Erkrankung sein.

Das Drandenken ist der Schlüssel zur Genesung.

Es gilt das gesprochene Wort!

Berlin, Januar 2023

Literatur:

Nies JF, Krusche M. [Immunoglobulin-G4-related disease]. Z Rheumatol. 2022 Sep;81(7):549-557.

Muller R, Ebbo M, Habert P, Daniel L, Briantais A, Chanez P, Gaubert JY, Schleinitz N. Thoracic manifestations of IgG4-related disease. Respirology. 2022 Nov 27. doi: 10.1111/resp.14422.

Lv Z, Wu L, Lu Y, Liu S, Li Q. Bibliometric analysis of IgG4-related disease research from 2003 to 2022 based on Web of Science Core Collection Databases. Clin Rheumatol. 2023 Jan, epub 2022 Sep 19.

Wallace ZS, Naden RP, Chari S, Choi HK, Della-Torre E, Dicaire JF, Hart PA, Inoue D, Kawano M, Khosroshahi A, Lanzillotta M, Okazaki K, Perugino CA, Sharma A, Saeki T, Schleinitz N, Takahashi N,

Umehara H, Zen Y, Stone JH; Members of the ACR/EULAR IgG4-RD Classification Criteria Working Group. The 2019 ACR/EULAR classification criteria for IgG4-related disease. *Ann Rheum Dis.* 2020 Jan;79(1):77-87.

Ramon A, Greigert H, Ornetti P, Bonnotte B, Samson M. Mimickers of Large Vessel Giant Cell Arteritis. *J Clin Med.* 2022 Jan 19;11(3):495.

Maslinska M, Dmowska-Chalaba J, Jakubaszek M. The Role of IgG4 in Autoimmunity and Rheumatic Diseases. *Front Immunol.* 2022 Jan 25;12:787422.

Löhr JM, Vujasinovic M, Rosendahl J, Stone JH, Beuers U. IgG4-related diseases of the digestive tract. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2022 Mar;19(3):185-197.

REDEMANUSKRIFT

Daten nutzen und Daten schützen: wie Forschung mit Gesundheitsdaten die Versorgung verbessern kann

Professor Dr. med. Georg Ertl, Generalsekretär der DGIM, Internist und Kardiologe aus Würzburg

Daten aus dem Bevölkerungsquerschnitt, dem Gesundheitssystem oder aus abgeschlossenen klinischen Studien können wichtige, ja, kurzfristig entscheidende Informationen für die Prävention und Therapie von Krankheiten liefern. Daten zur Wirksamkeit, Unwirksamkeit und sogar Personalisierung der Therapie können so in bisher unerreichter Geschwindigkeit und Qualität erhoben werden. Die COVID-19-Pandemie hat diese Ansätze gefördert, sie zwingend notwendig gemacht. Als ein prominentes Beispiel sei hier die RECOVERY-Studie angeführt: Entwurf des Protokolls bis zum Beginn der Studie in 9 Tagen, Nachweis einer ersten lebensrettenden Therapie 10 Wochen danach, Anerkennung als Standardtherapie vom NHS nach weiteren 3 Stunden, für 4 Therapien die Wirksamkeit nachgewiesen, 7 weitere als unwirksam identifiziert! Es wurden auch – im Sinne einer personalisierten Medizin – Merkmale des Krankheitsverlaufs oder der Immunreaktion von Patienten, aber auch Synergien der einzelnen Medikamente identifiziert, die einen Therapieerfolg wahrscheinlich machten.

Ein wesentlicher Schlüssel zum Erfolg war die Fusion von routinemäßig erhobenen (Routine data) mit spezifisch für die Studie erhobenen Daten (Research data). Leider sind solche Studien aus verschiedenen Gründen, unter anderem dem Datenschutz, in Deutschland nicht möglich. So verfügen in Deutschland bislang nur 0,7 Prozent der gesetzlich Versicherten (circa 550 000 Personen) über eine elektronische Patientenakte (ePA). Dabei hat eine 2022 veröffentlichte, repräsentative Befragung ([epatient-analytics/pm-self-tracking-report](#)) gezeigt, dass rund 80 Prozent der Menschen in Deutschland ihre Gesundheitsdaten der medizinischen Forschung zur Verfügung stellen würden, 70 Prozent wollen sie in die elektronische Patientenakte aufgenommen haben. Betroffene sowohl in der RECOVERY-Studie als auch in unseren Selbsthilfegruppen äußern sich enthusiastisch für die wissenschaftliche Nutzung ihrer Daten.

Fragen der Datensicherheit im Austausch zwischen Forschung und routinemäßig erhobenen und gespeicherten Daten wurden von der Universität Oxford für Großbritannien gelöst. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin hat Anforderungen an ein Gesundheitsdatennutzungsgesetz und Probleme und Lösungsansätze für die klinische Forschung und Patientenversorgung aufgezeigt (https://www.dgim.de/fileadmin/user_upload/PDF/Pressemeldungen/20220928_PM_Brief_ans_BMG_F.pdf). Sie hat auch Empfehlungen für Inhalte der elektronischen Patientenakte aus Sicht der Inneren Medizin abgegeben (https://www.dgim.de/fileadmin/user_upload/PDF/Pressemeldungen/20230111_PM_Inhalte_ePA_Jan_2023_F.pdf). Schließlich ist sie in der Abstimmung mit dem hessischen Datenschutz, um für alle Forschenden Präzedenzfälle für typische Forschungsvorhaben zu beschreiben, die dann einheitlich für alle Bundesländer gelten sollen und die Voraussetzungen für den Datenschutz eindeutig festlegen.

Es gilt das gesprochene Wort!

Berlin, Januar 2023

Literatur zur Recovery Studie:

1. **Aspirin** does not improve survival for patients hospitalised with COVID-19.
2. **Azithromycin**, in patients admitted to hospital with COVID-19, azithromycin did not improve survival or other prespecified clinical outcomes.
3. **Baricitinib** reduces deaths in patients hospitalised with COVID-19
4. **Colchicine** was not associated with reductions in 28-day mortality, duration of hospital stay, or risk of progressing to invasive mechanical ventilation or death.
5. In patients hospitalised with COVID-19, **convalescent plasma treatment** and **tocilizumab treatment arms** did not improve survival or other prespecified clinical outcomes.
6. **Dexamethasone** reduces death by up to one third in hospitalised patients with severe respiratory complications of COVID-19.
7. **Dimethyl fumarate** does not improve recovery for patients hospitalised with COVID-19.
8. No clinical benefit from use of **hydroxychloroquine** in hospitalised patients with COVID-19.
9. No clinical benefit from use of **lopinavir-ritonavir** in hospitalised COVID-19 patients.
10. **Regeneron's monoclonal antibody (combination of casirivimab and imdevimab)** reduces deaths for hospitalised COVID-19 patients who have not mounted their own immune response.
11. **Tocilizumab** reduces deaths in patients hospitalised with COVID-19 with hypoxia and systemic inflammation.

REDEMANUSKRIPT

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA): Welche Herausforderungen stellen die smarten Helfer an Forschung und Versorgung?

Professor Dr. med. Martin Möckel, Ärztlicher Leiter Notfall- und Akutmedizin, Professor für kardiovaskuläre Prozessforschung, Prodekan für Studium und Lehre mit klinischem Schwerpunkt, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Sprecher der DGIM-Arbeitsgruppe DiGA/KI in Leitlinien

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA), die zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können, wenn sie in der entsprechenden Liste des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) aufgeführt sind (<https://diga.bfarm.de/de>), sind eine Innovation aus Deutschland.

Mittlerweile wurden 45 DiGA jemals in diese Liste aufgenommen, davon 5 wieder gestrichen, so dass zum Stand 30.01.2023 40 unterschiedliche DiGA verordnet werden können. Nur 15 DiGA sind bisher dauerhaft in das Verzeichnis aufgenommen worden. Diese DiGA haben schwerpunktmäßig Depression, Angststörungen und psychosomatische Krankheitsbilder zum Inhalt. Lediglich 3 dauerhaft zugelassene DiGA haben klare Bezüge zur Inneren Medizin (HelloBetter Diabetes und Depression; Vivira bei Rückenschmerzen [Bezug zur Rheumatologie]; zanadio Adiposias).

Herausforderungen bei der Forschung zu DiGA liegen in der Komplexität der Intervention. Die DiGA wirkt nicht über einen alleinigen, gut abgrenzbaren Mechanismus, sondern über vielfältige Einzelkomponenten, die auch einen Bezug zum Verordner haben. Es ist zwar grundsätzlich das Verständnis, eine DiGA könne indikationsspezifisch auf der Basis einer dokumentierten Diagnose auch direkt von der Krankenkasse zur alleinigen Selbstanwendung der Patientinnen und Patienten bezogen werden. Dieses Verständnis wird aus wissenschaftlicher Sicht infrage gestellt. Es gibt auch bisher keine Studien, in denen die Wirksamkeit einer reinen Selbstanwendung nachgewiesen worden wäre. Die Komplexität der Intervention „DiGA“ bedarf eines aufwendigen Studiendesigns. Die methodischen Herausforderungen haben wir erst kürzlich systematisch aufgearbeitet:

König IR, Mittermaier M, Sina C, Raspe M, Stais P, Gamstätter T, Stachwitz P, Wolfrum S, Richter JG, Möckel M; Arbeitsgruppe Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) und künstliche Intelligenz (KI) in Leitlinien der Kommission Digitale Transformation der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM). Nachweis positiver Versorgungseffekte von digitalen Gesundheitsanwendungen – methodische Herausforderungen und Lösungsansätze [Evidence of positive care effects by digital health apps-methodological challenges and approaches]. *Inn Med (Heidelb)*. 2022 Dec;63(12):1298-1306. German. doi: 10.1007/s00108-022-01429-2. Epub 2022 Oct 24. PMID: 36279007.

Zusammengefasst liegt eine wesentliche Herausforderung in der Konstruktion einer geeigneten Kontrollgruppe und relevanter Endpunkte.

Die Verordnung von DiGA birgt eine Reihe von Herausforderungen in der Versorgung. Aus internistischer Sicht sollte die DiGA analog zur Therapie mit Medikamenten im Rahmen eines ärztlichen Behandlungsplans erfolgen und hat die größte potenzielle Wirksamkeit, wenn dabei regelmäßige Konsultationen erfolgen. Diese sind aber aktuell nicht mitgedacht, so dass eine entsprechende Vergütungsmatrix fehlt.

Eine weitere Herausforderung ist, dass die verordnenden Ärzte und Ärztinnen, überwiegend in der Niederlassung, **detaillierte Kenntnisse der DiGA benötigen**, um diese zielführend verordnen zu können. An dieser Stelle widersprechen wir ausdrücklich der Auffassung, dass eine zukünftige Nutzung in Eigenregie der Patientinnen und Patienten lediglich auf der Basis einer dokumentierten Diagnose sinnvoll möglich wäre. Wir hatten bereits ausführlich dargelegt, dass eine detaillierte Kenntnis von DiGA (zum Beispiel Testzugänge) in der Anfangsphase nach Einführung der DiGA erschwert war. Hier haben sich mittlerweile Verbesserungen ergeben.

Mittermaier M, Sina C, Richter JG, Raspe M, Stais P, Vehreschild J, Wolfrum S, Anthes C, Möckel M; AG DiGA und KI in Leitlinien der Kommission Digitale Transformation der DGIM. Praktische Anwendung digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA) in der Inneren Medizin [Practical use of digital health applications (DiGA) in internal medicine]. Internist (Berl). 2022 Mar;63(3):245-254. German. doi: 10.1007/s00108-022-01264-5. Epub 2022 Jan 17. PMID: 35037948.

Allerdings reichen Testzugänge nicht aus, weil es unmöglich ist, jede DiGA persönlich und ausführlich selbst anzuwenden und zu bewerten. Wir haben daher Kriterien für Schulungsvideos erarbeitet, die den Herstellern zu Verfügung gestellt werden. Wir stellen uns sehr kurze Videos von 7 bis 15 (maximal 20) Minuten Dauer vor, deren Aufbau standardisiert in 4 Module gegliedert ist.

Modul 1: Art der DiGA und Indikation

Modul 2: Wirkprinzip und wissenschaftliche Evidenz

Modul 3: Patient Journey

Modul 4: Aufgaben Ärztinnen und Ärzte/Therapeutinnen und Therapeuten

Digitale Medizin sollte als integrierter Bestandteil ärztlich-therapeutischer Maßnahmen gedacht werden.

Zukünftig werden zudem DiGA höherer Risikogruppen entwickelt und zugelassen werden, die zum Beispiel mit technischen Geräten wie Smartwatches oder anderer Sensorik interagieren. Hier ergeben sich mehr Möglichkeiten und Risiken. Daher sollte bereits jetzt auch ein Augenmerk auf mögliche direkte und indirekte unerwünschte Wirkungen und Effekte gelegt werden, die momentan noch weitgehend unerforscht sind.

Es gilt das gesprochene Wort!
Berlin, Januar 2023

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

Die DGIM vertritt die Interessen der gesamten Inneren Medizin. Die Fachgesellschaft besteht bereits seit 1882 und hat sich zur Aufgabe gemacht, die damit verbundene langjährige Erfahrung und Tradition mit den heutigen Ansprüchen an eine moderne Medizin zu verbinden. Aktuelle Themen der Wissenschaft und des Gesundheitswesens diskutieren Expertinnen und Experten der Fachgesellschaft daher regelmäßig in Kommissionen, Task Forces und Arbeitsgruppen. Zudem vertritt die Gesellschaft die Belange der Inneren Medizin als Wissenschaft gegenüber staatlichen und kommunalen Behörden und Organisationen der Selbstverwaltung.

Die DGIM vereint als größte medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft Europas sämtliche internistische Schwerpunkte: Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Geriatrie, Hämatonkologie, Infektiologie, Intensivmedizin, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie und Rheumatologie. Angesichts notwendiger Spezialisierung sieht sich die DGIM als integrierendes Band für die Einheit der Inneren Medizin in Forschung, Lehre und Versorgung. Neueste Erkenntnisse aus der Forschung sowohl Ärztinnen und Ärzten als auch Patientinnen und Patienten zugänglich zu machen, nimmt sie als ihren zentralen Auftrag wahr.

Die DGIM sieht sich dafür verantwortlich, jedem Internisten und jeder Internistin das dafür notwendige Wissen für die Ausübung ihres Berufs zu vermitteln und richtet sich damit auch explizit an niedergelassene Internistinnen und Internisten, ebenso wie an Ärztinnen und Ärzte in Aus- und Weiterbildung. Ein dementsprechend vielfältiges Angebot erwartet daher Mitglieder der DGIM. Für Studierende hat die Fachgesellschaft eigens einen kostenfreien Gastzugang eingerichtet.

Mehr über die Fachgesellschaft finden Interessierte hier: www.dgim.de