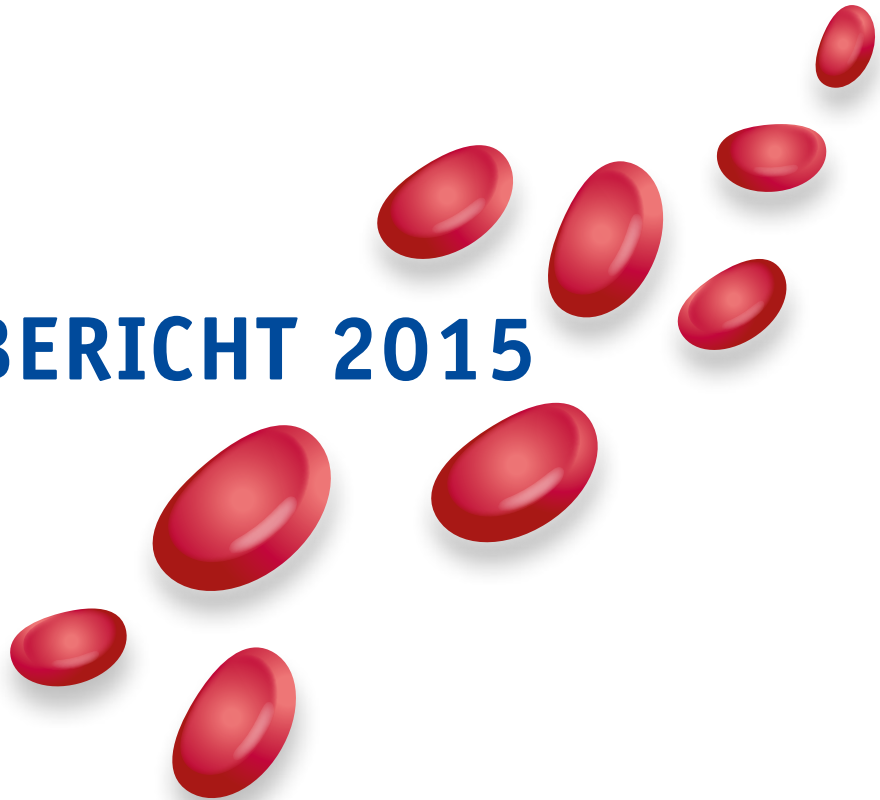




Deutsche Gesellschaft für Angiologie
Gesellschaft für Gefäßmedizin e.V.

DGA-JAHRESBERICHT 2015



**Schwerpunktthema:
Thrombose und Lungenembolie (VTE)**

NEUWAHLEN BEI NOAKs



1x täglich LIXIANA®*,1

* 1x täglich über alle zugelassenen Indikationen (s. Ref. 1). Standarddosierung einmal täglich 60 mg Edoxaban über alle zugelassenen Indikationen (bei VTE nach initialer Anwendung eines parenteralen Antikoagulanz über min. 5 Tage) mit Dosisreduktion auf 30 mg (Eingeschränkte Nierentfunktion (CrCl 15–50 ml/min), geringes Körpergewicht ≤ 60 kg, P-gp-Inhibitoren (Dronedaron, Erythromycin, Ketoconazol, Cyclosporin)).

1. Fachinformation LIXIANA®, Stand Juni 2015.

Lixiana.de

LIXIANA® 60 mg/30 mg Filmtabletten. LIXIANA® 15 mg Filmtabletten. Wirkstoff: Edoxaban. **Zusammensetzung:** Jede Filmtablette enthält 60 mg bzw. 30 mg bzw. 15 mg Edoxaban (als Tosilat). Sonstige Bestandteile: *Tablettenkern:* Mannitol (E 421), Vorverkleisterte Stärke, Croscopovidon, Hyprolose, Magnesiumstearat (E 470b); *Filmüberzug:* Hypromellose (E 464), Macrogol 8000, Titandioxid (E 171), Talkum, Carnaubawachs, Eisen(III)-oxid × H₂O (E 172), Eisen(III)-oxid (E 172). **Anwendungsgebiete:** 60 mg/30 mg: Prophylaxe von Schlaganfällen u. systemischen Embolien bei erwachsenen Pat. mit nicht-valvulärem Vorhofflimmern (NVAF) u. einem oder mehreren Risikofaktoren wie kongestiver Herzinsuffizienz, Hypertonie, Alter ≥ 75 Jahren, Diabetes mellitus, Schlaganfall oder transitorischer ischämischer Attacke (TIA) in der Anamnese; Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) u. Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT u. LE bei Erwachsenen. 15 mg: ausschließlich angezeigt während der Umstellung von einer Behandlung mit 30 mg LIXIANA® (bei Patienten, bei denen einer oder mehrere klinische Faktoren für eine erhöhte Exposition vorliegen; s. Fachinformation) auf VKA in Verbindung mit einer angemessenen VKA-Dosis. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Edoxaban oder gegen einen der sonst. Bestandteile; Klinisch relevante akute Blutung; Lebererkrankungen mit Koagulopathie u. klinisch relevantem Blutungsrisiko; Läsionen oder Situationen, wenn diese als signifikantes Risiko für eine schwere Blutung angesehen werden; nicht eingest. schwere Hypertonie; gleichzeitige Anw. anderer Antikoagulanzen, außer in der speziellen Situation der Umstellung der oralen Antikoagulationstherapie oder wenn unfractioniertes Heparin in Dosen gegeben wird, die notwendig sind, um die Durchgängigkeit eines zentralvenösen oder arteriellen Katheters zu erhalten; Schwangerschaft u. Stillzeit. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig* (≥ 1/10), *häufig* (≥ 1/100, < 1/10), *gelegentlich* (≥ 1/1.000, < 1/100), *selten* (< 1/10.000, < 1/1.000), *sehr selten* (< 1/10.000), *nicht bekannt* (Häufigkeit auf Grundlage der verfügbaren Daten nicht abschätzbar). *Häufig:* Anämie; Epistaxis; Blutung des oberen/unteren GI-Trakts; Mund-/Pharynxblutung; Übelkeit; Erhöhung von Bilirubinwerten (Blut) und Gamma-GT; kutane Weichteilgewebsblutung; Ausschlag; Juckreiz; makroskop. Hämaturie/urethrale Blutungsquelle; vaginale Blutung; Blutung an Punktionsstelle; Leberfunktionstest anomal. *Gelegentlich:* Überempf.; intrakranielle Blutung (ICH); Blutung der Konjunktiva/Sklera; intraokuläre Blutung; Hämoptoe; Erhöhung von alkal. Phosphatasewerten (Blut) und Tansaminasen; Nesselfieber; Blutung an Operationsstus; sonst. Blutung. *Selten:* Anaphylakt. Schock; allerg. Ödem; Subarachnoidalblutung; hämorrhagischer Perikarderguss; retroperitoneale Blutung; intramuskuläre Blutung (kein Kompartmentsyndrom); intraartikuläre Blutung; subdurale Blutung; eingriffsbed. Hämorrhagie. **Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen:** Anw. bei Pat. mit erhöhtem Blutungsrisiko mit Vorsicht, Absetzen bei schweren Blutungen; keine zuverl. Kontrolle der gerinnungshemmenden Wirkung mit Standard-Labortests, kein spez. Antidot verfügbar; gleichzeitige Anw. mit ASS bei älteren Pat. mit Vorsicht; nicht empf. bei Pat. mit term. Niereninsuff., Dialysepat. u. stark eingeschränkter Leberfunktion; Trend zur Wirksamkeitsabnahme mit ansteigender CrCl, Überwachung d. CrCl zu Behandlungsbeginn; Anw. mit Vorsicht bei Pat. mit mäßig oder leicht eingeschr. Leberfunktion, erhöhten Leberenzymen oder Gesamtbilirubin ≥ 1,5 × ULN; Absetzen bei chirurg. oder sonst. Eingriff, vorzugsweise mind. 24h vorher; erhöhtes Blutungsrisiko bei gleichzeitiger Einnahme mit die Hämostase beeinflussenden AM; nicht empf. bei Pat. mit mechan. Herzklappen, während der ersten 3 Mon. nach Implantation einer bioprothet. Herzklappe, oder bei Pat. mit mäßig schwerer bis schwerer Mitralklappen; nicht empf. bei hämodynamisch instabilen LE-Patienten, Pat. mit Bedarf für Thrombolysen oder Lungenemboliektomie. Weitere Warnhinweise s. Fachinformation. **Verschreibungspflichtig, Pharm. Unternehmer;** Daiichi Sankyo Europe GmbH, Zielstattstraße 48, 81379 München. **Vertrieb:** Daiichi Sankyo Deutschland GmbH, Ganghoferstraße 70 a, 80339 München. **Stand der Information:** Juni 2015.



Lixiana®
edoxaban



Daiichi-Sankyo

Inhalt	1
Grußwort	2
VORSTELLUNG DER DGA	3
Die Geschäftsstelle	3
Wer ist die Deutsche Gesellschaft für Angiologie?	4
Gremien der Deutschen Gesellschaft für Angiologie	6
Mitgliedschaft der DGA in Verbänden / Gremien	16
Mitgliedschaft in der DGA (Angebote für Mitglieder / Services)	17
Neuigkeit: Journalistenpreis der DGA	20
TÄTIGKEITSBEREICHE DER DGA	22
Leitlinien	22
Publikationen 2015	24
Neue Projektgruppe DRG	26
Forschungsgütesiegel der DGA	27
Nachwuchsförderung / Weiterbildung	28
Qualität in der gesundheitlichen Versorgung	34
SCHWERPUNKTTHEMA: THROMBOSE UND LUNGENEMBOLIE (VTE)	38
Kampagne „Risiko Thrombose“	38
Grußwort von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe	41
„Die Patientenversorgung in Deutschland verbessern“ – Interview mit Prof. Dr. Rupert Bauersachs	42
JAHRESTAGUNGEN	44
Rückblick auf die 44. DGA-Jahrestagung in Freiburg	44
Ankündigung der 17. Dreiländertagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaften für Angiologie 2016	48
EUROPEAN SOCIETY OF VASCULAR MEDICINE (ESVM)	50
WISSENSCHAFTLICHE PREISTRÄGER 2015	52
KOMMUNIKATION	53
DOKUMENTE	54
Satzung der Deutschen Gesellschaft für Angiologie – Gesellschaft für Gefäßmedizin e. V. (DGA)	54
Geschäftsordnung der Kommissionen	60
Geschäftsordnung der Sektionen	61
IMPRESSUM	62



Grußwort

Liebe Mitglieder der DGA, liebe Leserinnen und Leser,

der Jahresbericht 2015 kommt in diesem Jahr in einer grundlegend neuen Aufmachung zu Ihnen. Das neue Format soll die Aktivitäten der DGA in attraktiver Form darstellen, als Ausweis der Fachgesellschaft auch nach außen wirken und damit die Tätigkeiten der DGA besser sichtbar machen. Gleichzeitig möchten wir unseren Mitgliedern einen ausführlicheren Überblick über die aktuellen Projekte der Gesellschaft geben, als dies im Rahmen der Mitgliederversammlung anlässlich der Jahrestagung möglich ist. Großer Dank für die attraktive Gestaltung geht an die Mitarbeiterinnen unserer Geschäftsstelle, die sich mit großem Engagement dieser Aufgabe gewidmet haben.

Das zurückliegende Jahr war wieder durch eine Vielzahl von Aktivitäten gekennzeichnet, die von den Mitgliedern in den verschiedenen Gremien der DGA ausgingen und die Lebendigkeit unserer Fachgesellschaft im gesamten Spektrum der Gefäßmedizin unterstreichen. Unsere 44. Jahrestagung in Freiburg war ein ausgezeichnete Anlass, sich von dieser Lebendigkeit zu überzeugen und uns gleichzeitig die Herausforderungen der Gefäßmedizin für die Zukunft vor Augen zu führen. Qualitätssicherung ist dabei ein herausragendes Thema. Mehrere neue Leitlinien unter Führung oder maßgeblicher Beteiligung der DGA, die Zusatzweiterbildung Katheterinterventionen oder die Zertifizierung von Gefäßzentren sind nur einige der wichtigen Projekte unserer Fachgesellschaft in diesem Bereich.

Mit der Gründung des „Aktionsbündnis Thrombose“ haben wir das Thema Venenthrombose und Lungenembolie in der Öffentlichkeit und bei den jeweiligen Interessensgruppen intensiv adressiert. Unter Federführung der DGA wird sich das Aktionsbündnis zukünftig durch die Mitarbeit weiterer interessierter Fachgesellschaften breiter aufstellen und somit diesem noch zu wenig beachteten Thema mehr Aufmerksamkeit verschaffen.

All diese Aktivitäten und Projekte – viel zu umfangreich, um sie aufzuzählen – sind nur durch die engagierte Mitarbeit unserer Mitglieder und unserer Geschäftsstelle möglich. Dafür möchte ich mich bei ihnen im Namen unserer Fachgesellschaft ganz herzlich bedanken.

Ihr

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'U. Hoffmann', written in a cursive style.

Prof. Dr. Ulrich Hoffmann
Präsident

VORSTELLUNG DER DGA

Die Geschäftsstelle



DGA-Geschäftsstelle im Haus der Bundespressekonferenz

Die Geschäftsstelle ist im August 2015 umgezogen. Die neuen Räumlichkeiten befinden sich im Haus der Bundespressekonferenz in Berlin-Mitte.

Bitte beachten Sie die neue Anschrift und die neuen Telefon- und Faxnummern!

Deutsche Gesellschaft für Angiologie –
Gesellschaft für Gefäßmedizin e.V.
Haus der Bundespressekonferenz, Raum 2202
Schiffbauerdamm 40 · 10117 Berlin

☎ 030/ 20 88 88-31

Fax 030/ 20 88 88-33

✉ info@dga-gefaessmedizin.de

🌐 www.dga-gefaessmedizin.de

Kommunikation



Julia M. Hofmann
Leiterin (bis August
2016 in Elternzeit)



Doreen Goll
komm. Leiterin



Katarina Pyschik
Referentin

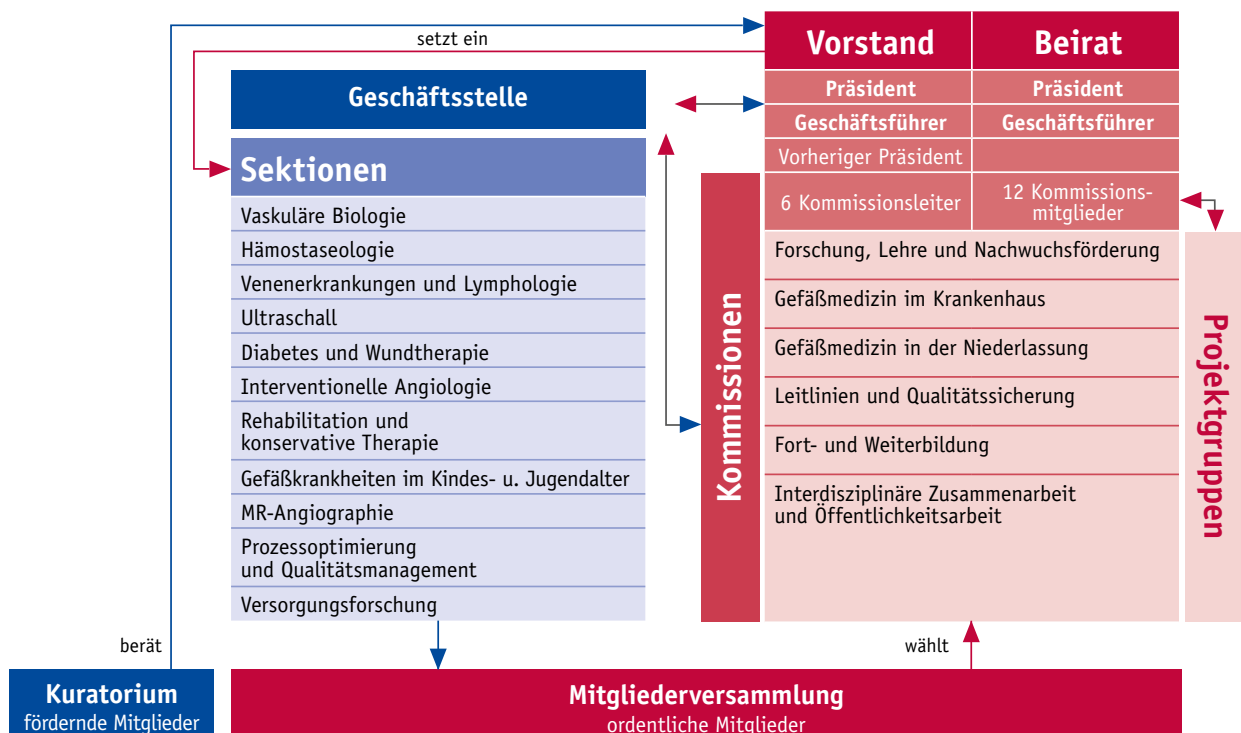
Wer ist die Deutsche Gesellschaft für Angiologie?

Die Angiologie (gr. *angios*: das Gefäß, *logos*: die Lehre) beschäftigt sich mit Gefäßerkrankungen und wurde 1992 als Facharztbezeichnung im Fächerkanon der Inneren Medizin anerkannt. Sie ist damit der jüngste Facharzt innerhalb der Inneren Medizin. Gefäßmediziner befassen sich in Forschung, Lehre und Behandlung mit Erkrankungen der Arterien, Venen und Lymphgefäße.

Die Deutsche Gesellschaft für Angiologie – Gesellschaft für Gefäßmedizin e. V. entstand 1972 aus zwei Gesellschaften heraus und vertritt heute über 1.000 Angiologen aus Klinik und Praxis. Die sechs Kommissionen der Gesellschaft, deren Mitglieder in Vorstand und Beirat vertreten sind, arbeiten an zentralen gefäßmedizinischen Themen. Die Kommission „Leitlinien und Qualitätssicherung“

befördert z.B. mit der Zertifizierung von Gefäßzentren eine qualitätsgesicherte Behandlung von Patienten. Das ist besonders wichtig, denn mit dem demographischen Wandel und der zunehmenden Alterung der Gesellschaft benötigen zukünftig immer mehr Patienten eine Gefäßbehandlung. Gleichzeitig gibt es in Deutschland noch zu wenig Angiologen, deshalb fördert die Kommission „Forschung, Lehre und Nachwuchsförderung“ den gefäßmedizinischen Nachwuchs.

Seit 2011 bietet das Forum Junge Angiologen, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern unter 35 Jahren maßgeschneiderte Fortbildungen an und unterstützt sie in der Karriereplanung. Neben der Ärzteschaft ist der Gesellschaft auch an der Schulung des medizinischen Assistenzpersonals gelegen. Da-



für hat die Kommission „Fort- und Weiterbildung“ eigens ein Curriculum für die zweijährige berufsbegleitende Fortbildung zur Angiologieassistentin / zum Angiologieassistenten (DGA) entwickelt.

Seit 1998 arbeiten die Sektionen (heute insgesamt 11) an vom Vorstand übertragenen Projekten. Sie intensivieren den wissenschaftlichen Austausch innerhalb der DGA und koordinieren die wissenschaftlichen Aktivitäten.

Jedes Jahr findet die DGA-Jahrestagung an wechselnden Kongressorten statt. Im Rahmen eines umfassenden wissenschaftlichen Programms tauschen sich DGA-Ärzte und internationale Gefäßmediziner über die neuesten Erkenntnisse in der Angiologie aus.

Die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der DGA kommuniziert Aktuelles aus Forschung und Lehre wie auch zu allgemeinen gefäßmedizinischen Themen. Seit 2007 erscheinen die DGA-Patientenratgeber zu typischen Gefäßerkrankungen wie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit, der Thrombose und Lungenembolie oder dem Krampfaderleiden.

Die Gesellschaft bringt Awareness-Kampagnen auf den Weg wie die „Verschlussache PAVK“ oder die Kampagne „Risiko Thrombose“, welche sich an Ärzte, Medien und die Bevölkerung richtet. Wichtige Ziele der DGA sind es, die Öffentlichkeit über Risiken und Prävention von Gefäßkrankheiten aufzuklären und die allgemeine Aufmerksamkeit dafür zu erhöhen.

DGA 2015 in Zahlen

Es gab mehr als **1.000** Teilnehmer beim DGA-Jahreskongress in Freiburg, auf dem **250** Referenten **310** Vorträge hielten.

Mehr als **36.000** Mal wurde die Homepage der DGA in diesem Jahr besucht.

Die Gesellschaft heißt **58** neue Mitglieder willkommen.

Es wurden **360** Anträge auf Erwerb der Zusatzqualifikation „Interventionelle Therapiearterieller Gefäßerkrankungen“ im Rahmen der Übergangsregelung gestellt. Davon **165** von DGA-Mitgliedern.



Deutsche Gesellschaft für Angiologie
Gesellschaft für Gefäßmedizin e.V.

Die DGA vergibt **31** Reisestipendien für die Summer School und die Jahrestagung an Junge Angiologen.

Insgesamt **17** Veranstaltungen fanden am bundesweiten Aktionstag Gefäßgesundheit statt.

Die DGA gab **16** Pressemitteilungen heraus.

Gremien der Deutschen Gesellschaft für Angiologie

Vorstand 2015/2016

Präsident Prof. Dr. med. Ulrich Hoffmann

Ludwig-Maximilians-Universität München
Medizinische Klinik und Poliklinik IV
Sektion Angiologie
Pettenkoferstr. 8a · 80336 München
☎ 089/51 60 35 09 · Fax 089/51 60 44 94
✉ ulrich.hoffmann@med.uni-muenchen.de

Geschäftsführer Prof. Dr. med. Norbert Weiss

Universitäts Gefäßzentrum (UGC) am Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus Dresden · Fetscherstr. 74 · 01307 Dresden
☎ 0351/458-36 59 Fax 0351/458 43 59
✉ norbert.weiss@uniklinikum-dresden.de

Weitere Mitglieder Dr. med. Holger Lawall

Praxis für Herz-Kreislauf-erkrankungen und Akademie für
Gefäßkrankheiten · Abteilung Angiologie/Diabetologie, Gefäßzentrum
Lindenweg 1 · 76275 Ettlingen · ☎ 07243/945 76 94
✉ holger.lawall@gmail.com

Prof. Dr. med. Andreas Creutzig

Thea-Bähnisch-Weg 12 · 30657 Hannover
☎ 0511/604 66 77 · Fax 0511/604 64 04
✉ andreas@creutzig.de

Dr. med. Clemens Fahrig

Ev. Krankenhaus Hubertus · Akademisches Lehrkrankenhaus der FU Berlin
Innere Abteilung · Spanische Allee 10-14 · 14129 Berlin
☎ 030/810 08-233 · Fax 030/810 08-135
✉ c.fahrig@ekh-berlin.de

Prof. Dr. med. Viola Hach-Wunderle

Krankenhaus Nordwest · Gefäßzentrum
Steinbacher Hohl 2-26 · 60488 Frankfurt a. Main
☎ 069/76 01 32 35 · Fax 069/50 93 00 94
✉ hach-wunderle@t-online.de

Weitere Mitglieder

Prof. Dr. med. Christine Espinola-Klein

Klinikum Johannes-Gutenberg-Universität

II. Medizinische Klinik und Poliklinik

Langenbeckstraße 1 · 55131 Mainz

☎ 06131/17 72 93 · Fax 06131/17 66 56

✉ espinola@uni-mainz.de

Prof. Dr. med. Reinhardt Sternitzky

Praxisklinik Herz und Gefäße / Angiologie · Forststraße 3

01099 Dresden · ☎ 0351/806 43 38 · Fax 0351/806 43 00

✉ r.sternitzky@praxisklinik-dresden.de

Tagungspräsident 2015

Prof. Dr. med. Thomas Zeller, Bad Krozingen

Tagungspräsident 2016

Prof. Dr. med. Norbert Weiss, Dresden

Beirat 2015/2016

Präsident

Prof. Dr. med. Ulrich Hoffmann

Ludwig-Maximilians-Universität München
Medizinische Klinik und Poliklinik IV · Sektion Angiologie
Pettenkoferstr. 8 a · 80336 München · ☎ 089/51 60 35 09
Fax 089/51 60 44 94 · ✉ ulrich.hoffmann@med.uni-muenchen.de

Geschäftsführer

Prof. Dr. med. Norbert Weiss

Universitäts GefäßCentrum (UGC) am Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus Dresden · Fetscherstr. 74 · 01307 Dresden
☎ 0351/458-36 59 · Fax 0351/458 43 59
✉ norbert.weiss@uniklinikum-dresden.de

Weitere Mitglieder

Prof. Dr. med. Rupert Bauersachs

Klinikum Darmstadt (Max-Ratschow-Klinik) · Medizinische Klinik IV
Grafenstr. 9 · 64283 Darmstadt · ☎ 06151/107-44 01
Fax 06151/107-44 99 · ✉ bauersachs@em.uni-frankfurt.de

PD Dr. med. Ludwig Caspary

Praxis für Innere Medizin / Angiologie / Phlebologie
Luisenstr. 10/11 · 30159 Hannover · ☎ 0511/368 18 30
Fax 0511/368 19 30 · ✉ lcaspary@t-online.de

PD Dr. med. Christian Heiß (ab 2016)

Universitätsklinikum Düsseldorf · Klinik für Kardiologie,
Pneumologie und Angiologie · Moorenstr. 5 · 40225 Düsseldorf
☎ 0211/811-88 01 · ✉ christian.heiss@med.uni-duesseldorf.de

Dr. med. Georg Herman

MVZ am Diako Augsburg · Frölichstr. 13 · 86150 Augsburg
☎ 0821/780 71 00 · ✉ herman@mvz-am-diako.de

Dr. med. Anne Hinrichs

Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH · Medizinmanagement
Aroser Allee 72-76 · 13407 Berlin · ☎ 030/130 11-14 22
✉ anne.hinrichs@vivantes.de

PD Dr. med. Christoph Kalka

Marienhospital Brühl · Innere Medizin I · Mühlenstr. 22-25
50321 Brühl · ☎ 02232/74-3 16 · Fax 02232/74-3 12
✉ kalka@marienhospital-bruehl.de

PD Dr. med. Peter J. Kuhlencordt

Asklepios Klinik Altona · Angiologie · Paul-Ehrlich-Straße 1
 22763 Hamburg · ☎ 040/18 18 81 20 19 · Fax 040/18 18 81-49 16
 ✉ p.kuhlencordt@asklepios.com

Dr. med. Ralf Langhoff (ab 2016)

Sankt Gertrauden-Krankenhaus GmbH · Gefäßzentrum Berlin
 Medizinische Klinik · Paretzer Str. 12 · 10713 Berlin
 ☎ 030/82 72 28 86 · ✉ ralf.langhoff@sankt-gertrauden.de

Dr. med. Michael Lichtenberg

Klinikum Arnsberg · Medizinische Klinik II – Department für
 Angiologie · Stolte Ley 5 · 59759 Arnsberg · ☎ 02932/95 22 13 86
 Fax 02932/952 13 95 · ✉ m.lichtenberg@klinikum-arnsberg.de

Dr. med. Jürgen Ranft

Knappschafts-Krankenhaus Bottrop · Klinik für Gefäßmedizin –
 klinische und interventionelle Angiologie · Osterfelder Str. 157
 46242 Bottrop · ☎ 02041/15 11 00 · Fax 02041/15 11 02
 ✉ juergen.ranft@kk-bottrop.de

Prof. Dr. med. Holger Reinecke

Universitätsklinikum Münster · Medizinische Klinik und Poliklinik C
 Albert-Schweitzer-Str. 33 · 48149 Münster
 ☎ 0251/834 76 17 · ✉ holger.reinecke@ukmuenster.de

Dr. med. Tom Schilling

Klinikum Wernigerode · Innere Med. u. Gefäßzentrum
 Ilsenburger Straße 15 · 38855 Wernigerode
 ☎ 03943/61 15 95 · Fax 03943/61 15 96
 ✉ tom.schilling@harzlinikum.com

Dr. med. Hubert Stiegler (bis 2015)

Gefäßzentrum Münchener Freiheit · Haimhauser Straße 4
 80802 München · ☎ 089/33 76 66
 ✉ stiegler@gefaessmedizin.de

Dr. med. Petra Vieth (bis 2015)

Marienhospital Steinfurt – Angiologie · Mauritiusstr. 5
 48565 Steinfurt · ☎ 02552/79-12 26 · Fax 02552/79-11 35
 ✉ p.vieth@mh-st.de

Kommissionen 2015 / 2016

Kommission für Gefäßmedizin in Forschung, Lehre und Nachwuchsförderung

- Leiterin:** Prof. Dr. med. Christine Espinola-Klein
weitere Mitglieder: Prof. Dr. med. Holger Reinecke
PD Dr. med. Peter J. Kuhlencordt
PD Dr. med. Christoph Thalhammer (assoziiertes Mitglied)

Kommission für Gefäßmedizin im Krankenhaus

- Leiter:** Dr. med. Clemens Fahrig
weitere Mitglieder: Dr. med. Jürgen Ranft
Dr. med. Petra Vieth (bis 2015)
Dr. med. Ralf Langhoff (ab 2016)

Kommission für Gefäßmedizin in der Niederlassung

- Leiter:** Prof. Dr. med. Reinhardt Sternitzky
weitere Mitglieder: PD Dr. med. Ludwig Caspary
Dr. med. Georg Herman

Kommission für Leitlinien und Qualitätssicherung

- Leiterin:** Prof. Dr. med. Viola Hach-Wunderle
weitere Mitglieder: Prof. Dr. med. Rupert Bauersachs
Dr. med. Hubert Stiegler (bis 2015)
PD Dr. med. Christian Heiß (ab 2016)

Kommission für Fort- und Weiterbildung

- Leiter:** Prof. Dr. med. Andreas Creutzig
weitere Mitglieder: Dr. med. Anne Hinrichs
Dr. med. Tom Schilling

Kommission für Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Öffentlichkeitsarbeit

- Leiter:** Dr. med. Holger Lawall
weitere Mitglieder: PD Dr. med. Christoph Kalka
Dr. med. Michael Lichtenberg

Sektionen 2015 / 2016

Sektion Vaskuläre Biologie

Leiter: *bis September 2015:* Prof. Dr. med. Jan-André Schmidt-Lucke

✉ andre.schmidt-lucke@gmx.de

ab September 2015: PD Dr. med. Jörg Herold · ✉ joerg.herold@med.ovgu.de

Beisitzer: PhD Roman Rodionov

Sektion Hämostaseologie

Leiterin: PD Dr. med. Birgit Linnemann

✉ linnemann@praxis-am-grueneburgweg.de

Beisitzer: *bis September 2015:* Prof. Dr. med. Viola Hach-Wunderle

Dr. med. Mathias Grebe

ab September 2015: Dr. med. Robert Klamroth

Sektion Venenerkrankungen und Lymphologie

Leiter: Prof. Dr. med. Rupert Bauersachs · ✉ bauersachs@em.uni-frankfurt.de

Beisitzer: PD Dr. med. Hans-Joachim Kruse · Dr. med. Renate Murena-Schmidt

Sektion Ultraschall

Leiterin: Dr. med. Emilia Stegemann · ✉ emilia.stegemann@t-online.de

Beisitzer: Dr. med. Wolfgang Nobel

Sektion Diabetes und Wundtherapie

komm. Leiter: *bis September 2015:* Dr. med. Holger Lawall · ✉ holger.lawall@gmail.com

komm. Beisitzer: Dr. med. Siegfried Eckert

Leiter: *ab September 2015:* Dr. med. Siegfried Eckert · ✉ seckert@hdz-nrw.de

Beisitzer: *ab September 2015:* Dr. med. Stephan Morbach · Dr. med. Heinrich Reike

Sektion Interventionelle Angiologie

Leiter: Dr. med. Ralf Langhoff · ✉ ralf.langhoff@sankt-gertrauden.de

Beisitzerin: Prof. Dr. med. Sigrid Nikol

Sektion Angiologische Rehabilitation und konservative Therapie

Leiter: Dr. med. Reimund Prokein · ✉ r.prokein@asklepios.com

Beisitzer: Dr. med. Gesine Dörr · Dr. med. Clemens Fahrig

Sektion Gefäßkrankheiten im Kindes- und Jugendalter

Leiter: Dr. med. Hubert Stiegler · ✉ stiegler@gefaessmedizin.de
Beisitzer: Prof. Dr. med. Andreas Saleh · Prof. Dr. Dr. med. Walter Wohlgemuth

Sektion MR-Angiographie

Leiter: Prof. Dr. med. Thomas Störk · ✉ thomas.stoerk@cardiopraxis-staufen.de
Beisitzer: Prof. Dr. med. Knut Kröger · Dr. med. Ragnar Gareis

Sektion Prozessoptimierung und Qualitätsmanagement

Leiterin: Dr. med. Anne Hinrichs · ✉ anne.hinrichs@vivantes.de
Beisitzer: Dr. med. Peter Klein-Weigel · Dr. med. Uwe Damme

Sektion Versorgungsforschung

Leiter: PD Dr. med. Jan Beyer-Westendorf · ✉ jan.beyer@uniklinikum-dresden.de
Beisitzer: PD Dr. med. Wulf Ito · Prof. Dr. med. Norbert Weiss

Kuratorium 2015

Ziel des Kuratoriums ist es, die DGA beratend zu unterstützen, daher finden zum Austausch regelmäßige Treffen statt. Das Kuratorium ist ein Organ der DGA.

Außerdem veranstaltet das Kuratorium gemeinsam mit dem Vorstand auf den DGA-Jahrestagungen ein Symposium zu aktuellen Themen außerhalb der Gefäßmedizin.

AstraZeneca GmbH

Daichi-Sankyo Deutschland GmbH

Bayer Vital GmbH

Leo Pharma GmbH

Biotronik Vertriebs GmbH & Co. KG

Medac GmbH

Boehringer Ingelheim GmbH & Co. KG

Pharmore GmbH

Bristol-Myers Squibb GmbH & KGaA

UCB Pharma GmbH

C. R. Bard GmbH

Berichte aus den Sektionen

Die Sektionen der DGA arbeiten besondere wissenschaftliche Sachgebiete innerhalb der Gesellschaft auf. Sie koordinieren wissenschaftliche Aktivitäten und führen vom Vorstand übertragene Projektarbeiten aus. In diesem Jahr stellen die Sektion Prozessoptimierung und Qualitätsmanagement sowie die Sektion Hämostaseologie ihre aktuellen Projekte vor.

Bericht der Sektion Prozessoptimierung und Qualitätsmanagement 2015

Leiterin: Dr. med. Anne Hinrichs
 Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH
 Abteilungsleiterin Medizinmanagement
 Aroser Allee 72-76 · 13407 Berlin
 ☎ 030/130 11-14 22 · Fax 030/130 29 11-14 22
 ✉ anne.hinrichs@vivantes.de
Beisitzer: Dr. med. Peter Klein-Weigel
 Dr. med. Uwe Damme

Die im Herbst 2012 gegründete Sektion hat bei der Arbeit in den vergangenen Monaten das Thema Patientensicherheit in den Vordergrund ihrer Arbeit gestellt, da sie dies als unabdingbaren Bestandteil der angiologischen Tätigkeit ansieht. Dies ist auch wichtig für die Außenkommunikation der DGA, da Patientensicherheit eine immer größer werdende Aufmerksamkeit in den Medien erlangt.

Bearbeitete Themen in den Sektionssitzungen

▪ **Qualitätsmanagement:**
 Eine Gliederung für ein QM-Handbuch für Gefäßzentren wurde von der Sektion erarbeitet. Es orientiert sich an DIN ISO 9001:2008 und enthält Arbeitshinweise, welche Dokumente bzw. Prozesse mit dem Gliederungspunkt gemeint sind. Das QM-Handbuch liegt als PDF-Dokument im Mitgliederbereich der DGA vor und wird von der Sektion den Mitgliedern gerne in anderen Formaten zur Verfügung gestellt.

▪ **Patientensicherheit:**

Hierzu wurde der Kontakt mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit aufgenommen und in einem Gespräch mit der Vorsitzenden betont, dass sich die DGA mit diesem Thema verstärkt auseinandersetzen will.

Folgende Dokumente hat die Sektion erarbeitet:

- Zusammenstellung der allgemeinen Maßnahmen zur Patientensicherheit
- Sicherheits-Checkliste für Gefäßinterventionen: OP-Checklisten sind in der Chirurgie bereits etabliert, aus Beispielen ist eine Checkliste für Gefäßinterventionen entwickelt worden.
- Folgende Ziele sind mit dem Einsatz einer Checkliste verbunden: Vermeidung von Patientenverwechslung, Vermeidung von Eingriffs- und Seitenverwechslung, Bewusstmachung von Blutungsrisiken, gute Überleitung des Patienten aus dem Katheterlabor in die nachsorgende Einheit.
- Pass für gerinnungshemmende Medikamente

Die Sektion wird in der nächsten Sitzung Ansätze zur Arzneimittelsicherheit besprechen.

Im internen Mitgliederbereich der DGA-Webseite finden Sie eine Gliederung für ein Qualitätshandbuch für Gefäßzentren und eine Checkliste Patientensicherheit für periphere und kardiale Gefäßeingriffe zum Download.

Veranstaltungen

Wegen der hohen Bedeutung der Patientensicherheit hat die Sektion dieses Thema für die DGA-Jahrestagung in Freiburg aufgegriffen und eine Sektionssitzung unter der Überschrift „Patientensicherheit: Unterstützende Maßnahmen in der Gefäßmedizin“ organisiert. Es hat uns gefreut, hierfür Frau H. Francois-Kettner, Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit, für einen informativen Vortrag gewinnen zu können, der wertvolle Diskussionsbeiträge in der Sitzung beigesteuert hat. U. Damme aus Dresden hat die praktischen

Ansätze aus dem Universitätsklinikum Dresden vorgestellt und A. Hinrichs stellte die von der Sektion erarbeitete Checkliste für periphere und kardiale Interventionen im Vergleich zu nationalen Checklisten (z. B. Projekt High 5s) zur Diskussion.

Gutbesuchte Sitzungen auf Kongressen sind meistens „State of the Art“-Sitzungen oder Symposien, die sich mit neuen Behandlungsverfahren oder Medikamenten beschäftigen. Viel seltener werden QM-relevante Themen wie z. B. Konsequenzen aus Ergebnissen der internen und externen Qualitätssicherung aufgegriffen. Die Sektion hat daher gern die gemeinsame Sitzung der Kommissionen Niederlassung und Krankenhaus mit einem Vortrag zum Thema Qualitätsmanagement im Krankenhaus unterstützt.

Teilnahme an übergeordneten Initiativen

A. Hinrichs nimmt für die DGA an der Kommission Arzneimitteltherapiesicherheit und Arzneimitteltherapiemanagement der DGIM teil, die von Prof. Dr. Daniel Grandt aus Saarbrücken geleitet wird.

Als erstes Aufgabenpaket wurde die Polypharmakotherapie ausgewählt. Eine Zuarbeit zu dem Themenkomplex *Besonders wichtige Arzneimittelkombinationen im Fachgebiet/Entbehrliche Arzneimittel/Besondere Arzneimittelrisiken* wurde in die Kommission eingebracht.

Sektionsitzungen

Die Sektion hat sich in 2015 zweimal in Berlin getroffen.

Weitere Interessenten sind herzlich willkommen und werden gern zu den Sitzungen eingeladen. Wir informieren gern persönlich über bisherige Arbeitsschwerpunkte und können zusätzlich Protokolle unserer Sitzungen zur Verfügung stellen.

Bericht der Sektion Hämostaseologie 2015

Leiterin: PD Dr. med. Birgit Linnemann
Praxis am Grüneburgweg Dres. Moon, Erbe & Linnemann · Grüneburgweg 12
60322 Frankfurt/Main · ☎ 069/95 90 84 10
Fax 069/55 90 05
✉ linnemann@praxis-am-grueneburgweg.de

Beisitzer: Prof. Dr. med. Viola Hach-Wunderle
(bis September 2015) · Dr. med. Mathias Grebe
Dr. med. Robert Klamroth (ab September 2015)

Die Sektion „Hämostaseologie“ hat auf der DGA-Jahrestagung, die in diesem Jahr in Freiburg vom 26.09.–29.09.2015 stattfand, zwei Sitzungen organisiert. Unter dem Titel „Hämostaseologie kontrovers – Empfehlenswertes und Nichtbewährtes“ wurde in diesem Jahr eine Pro- und Kontra-Sitzung abgehalten. Zu den Themen „Gerinnungsabklärung vor Gefäßeingriffen“ (PD Dr. Rainer Zotz, Düsseldorf/ Dr. Robert Klamroth, Berlin) sowie „Thrombophilie-Screening nach venöser Thromboembolie“ (Prof. Dr. Jürgen Ringwald, Erlangen/PD Dr. Birgit Linnemann, Frankfurt) wurde eine rege Diskussion geführt. Darüber hinaus organisierte die Sektion unter dem Titel „Hämostaseologische Perlen“ eine weitere Sitzung mit Kasuistiken, in der anhand von Fallbeispielen praxisnah Alltagsprobleme der Gerinnung diskutiert wurden. Beide Sitzungen waren gut besucht.

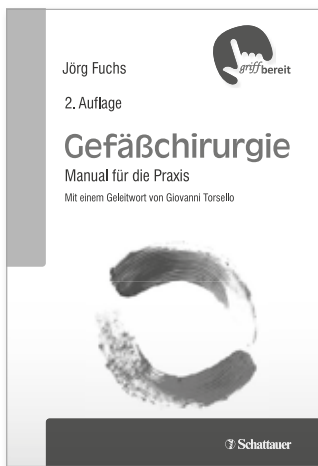
Am 29.09.2015 fand im Anschluss an die Sektionsitzung das Treffen der Sektionsmitglieder statt. Entsprechend der Satzung wurden in diesem Jahr Wahlen abgehalten. Frau PD Dr. Birgit Linnemann (Frankfurt) wurde als Leiterin der Sektion wiedergewählt, ebenso Herr Dr. Mathias Grebe (Marburg) als Beisitzer. Herr Dr. Robert Klamroth (Berlin) wurde als neuer Beisitzer gewählt. Frau Prof. Dr. Viola Hach-Wunderle (Frankfurt), die zuvor diese Funktion innehatte, stand aus eigenem Wunsch nicht

mehr für eine Wiederwahl zur Verfügung. Sie hat die Sektion mitbegründet, über lange Jahre erfolgreich geleitet und sich dabei engagiert für einen Brückenschlag zwischen Angiologen und Hämostaseologen eingesetzt. Ihr gilt unser Dank und wir hoffen, die Arbeit in ihrem Sinne fortzusetzen.

Für die Planung des 2. Jahreskongresses der European Society of Vascular Medicine (ESVM), der vom 08.–10. Mai 2016 in Rom stattfindet, wurde unserer Sektion zugestanden, eine einstündige Sitzung zum Thema „Unusual Site of Venous Thrombosis and Thrombophilia“ mit zu organisieren und abzuhalten.

Aktuell besteht eine sehr gute Vernetzung mit der Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung (GTH). Ein wesentliches Ziel der Sektionsarbeit ist es, die rasch wachsenden wissenschaftlichen Erkenntnisse der Hämostaseologie den Mitgliedern der DGA zu vermitteln und diese in die diagnostischen und therapeutischen Standards im Bereich der Gefäßmedizin zu integrieren. In diesem Sinne ergeht unsere Aufforderung an alle DGA-Mitglieder, die sich für hämostaseologische Fragestellungen interessieren, sich aktiv an der Sektionsarbeit zu beteiligen.

Diese und alle anderen Sektionsberichte finden Sie im internen Mitgliederbereich unter www.dga-gefaessmedizin.de



Für die tägliche Arbeit im OP und auf der Station!

Jörg Fuchs

Gefäßchirurgie

NEU | 2. AUFLAGE

Manual für die Praxis | Reihe *griffbereit*

- **Auf einen Blick:**
Wesentliche Informationen zum schnellen Nachschlagen – klar gegliedert und leitlinienorientiert
- **Step by step:**
Schritt-für-Schritt-Beschreibung der verschiedenen Therapieoptionen und der Nachbehandlung

Dieses Manual liefert alle notwendigen Anweisungen für die gefäßchirurgische Arbeit im OP und auf der Station – praxisorientiert, übersichtlich und präzise. Der Schwerpunkt liegt auf Symptomatik, Diagnostik, Therapie und Nachbehandlung der gängigen gefäßchirurgischen Erkrankungen; unter Berücksichtigung der Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie. Die 2. Auflage wurde komplett überarbeitet, aktualisiert und mit praktischen Algorithmen und Scores ergänzt. Als weiteres

Kapitel sind die „neuen“ direkten oralen Antikoagulantien (DOAK) hinzugekommen. Gefäßchirurgen und Phlebologen in Aus- und Weiterbildung, aber auch Pflegekräfte sowie OTAs, CTAs und ATAs können sich anhand der prägnanten Beschreibung und klaren Bebilderung der verschiedenen OP-Abläufe rasch einen gezielten Überblick verschaffen.

Ein wertvoller Begleiter für die tägliche Arbeit im OP und auf der Station!

Geleitwort von Giovanni Torsello
2., überarb. Aufl. 2015. 252 Seiten,
70 Abb., 10 Tab., kart.
€ 39,99 (D)/€ 41,20 (A)
ISBN 978-3-7945-3084-7

Mitgliedschaft der DGA in Verbänden / Gremien

	<p>Verband AWMF Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.</p> <p>Delegierte der DGA Prof. Dr. Christine Espinola-Klein, Stv. Prof. Dr. Rupert Bauersachs</p>
	<p>Verband BDI Berufsverband Deutscher Internisten e.V.</p> <p>Ansprechpartner Dr. Jürgen Ranft Stv. PD Dr. Lutz Caspary, Dr. Matthias Erbe</p>
	<p>Verband DGIM Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.</p> <p>Delegierter der DGA Prof. Dr. Norbert Weiss</p>
	<p>Verband DNVF Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.</p> <p>Ansprechpartner der DGA PD Dr. Jan Beyer-Westendorf</p>
	<p>Verband ESVM European Society for Vascular Medicine</p> <p>Ansprechpartnerin der DGA Prof. Dr. Sigrid Nikol (ESVM-Präsidentin)</p>

Mitgliedschaft in der DGA (Angebote für Mitglieder/ Services)

DGA-Service für Ärzte und Patienten



Der DGA-Venenratgeber „Thrombose und Lungenembolie“ wurde 2015 überarbeitet und neu aufgelegt. Für 2016 ist eine Neuauflage des Ödeme-Ratgebers geplant.

Die DGA-Ratgeber werden als kostenfreier Download über die Website www.dga-gefaessmedizin.de/patienten/dga-ratgeber.html angeboten.

Über den internen Bereich der DGA-Homepage können Mitglieder alle Ratgeber zu einem Selbstkostenpreis von 0,50 € (zzgl. MwSt. und Versandkosten) bestellen und als besonderen Service an ihre Patienten weitergeben.

DGA-Ratgeber

- Gesundes Leben – Gesunde Arterien
- Thrombose und Lungenembolie
- Durchblutungsstörungen der Beine und des Beckens – PAVK
- Ödeme – Lymphödem und Lipödem
- Die Durchblutungsstörung Raynaud-Phänomen
- Krampfadern – Erkennen und Behandeln

DGA-Mitgliederbereich

Als exklusiven Service für unsere Mitglieder stellen wir im passwortgeschützten Bereich der DGA-Homepage wichtige Dokumente zum Download bereit. Dort finden Sie z.B. die neue Risiko-Checkliste für Patientensicherheit bei Gefäßinterventionen sowie eine Gliederung für ein Qualitätshandbuch Gefäßmedizin, welche als Hilfestellung bei Zertifizierungen dient.

Im Mitgliederbereich stellen die Referenten der Jahrestagungen ihre Vorträge zum Download zur Verfügung. Das dortige Archiv enthält alle in der Vergangenheit verschickten Newsletter und Rundmails zum

Mitgliederlogin ▾

Geben Sie Ihre E-Mail Adresse und Ihr Passwort ein, um sich an der Website anzumelden:

Anmelden

E-Mail:

Passwort:

Anmelden

Wenn Sie Ihre Zugangsdaten vergessen haben, können Sie sich diese [hier zuschicken lassen](#) ▶

Nachlesen. Außerdem haben DGA-Mitglieder hier direkten Zugriff auf sämtliche Artikel der Fachzeitschrift VASA European Journal of Vascular Medicine.

Patienteninformationen

Die Aufklärung der Bevölkerung über Risiken und Prävention von Gefäßerkrankungen ist der DGA ein besonderes Anliegen. Dafür nutzt die Gesellschaft neben ihren Kampagnen zu Thrombose und PAVK vor allem ihren Internetauftritt. Für Patienten stehen hier umfangreiche Informationen zu den verschiedenen Krankheiten sowie die Datenbank „Der Arzt in Ihrer Nähe“ zur Verfügung.

www.dga-gefaessmedizin.de



Kampagne Risiko Thrombose

Die im Jahr 2014 gestartete Kampagne „Risiko Thrombose“ wurde 2015 in die breite Öffentlichkeit getragen.



Die Webseite www.risiko-thrombose.de bietet Patienten und Interessierten Informationen rund um Thrombose und Lungenembolie sowie eine Arzt-datenbank. Im Rahmen des Aktionstages Gefäßgesundheit wurden neue Informationsmaterialien zur Verfügung gestellt: neben zwei unterschiedlichen Plakaten bietet der Infolyer „Risiko Thrombose“ allgemeine Informationen zum Krankheitsbild, mit der Risiko-Checkkarte können Interessierte ihr individuelles Thromboserisiko prüfen.

Der neu aufgelegte Venenratgeber „Thrombose und Lungenembolie“ wurde inhaltlich überarbeitet und informiert z. B. über neue Medikamente in der Therapie.

Für Ärzte gibt es eine Präsentationsvorlage für Patientenveranstaltungen. Alle Materialien stehen zum Download bereit, Drucksachen können jederzeit in der Geschäftsstelle der DGA bestellt werden

✉ info@dga-gefaessmedizin.de



Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern:

WAS GIBT IHNEN SICHERHEIT IN DER ANTIKOAGULATION?



PRADAXA®
110 mg

-70% intrakranielle
Blutungen

vs. Warfarin^{1,2,3,*}

starker
24h
Schutz

1 Connolly, S.J., et al., Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med. 2009. 361(12): p. 1139-51
2 Connolly, S.J., et al., Newly identified events in the RE-LY trial. N Engl J Med. 2010. 363(19): p. 1875-6
3 Connolly, S.J., L. Wallentin, and S. Yusuf, Additional Events in the RE-LY Trial. N Engl J Med. 2014. 371(15): p. 1464-1465

* intrakranielle Blutungen: Teilmenge des primären Sicherheitsendpunktes schwere Blutungen
(Risikoreduktion um 20 %, KI 0,70-0,93, p=0,003 im Patientenarm Dabigatranetexilat 110 mg bid)

Pradaxa®
Dabigatranetexilat

Pradaxa® 75 mg/110 mg/150 mg Hartkapseln, Wirkstoff: Dabigatranetexilat. Verschreibungspflichtig. Zusammensetzung: Jede Hartkapsel enthält 75 mg/110 mg/150 mg Dabigatranetexilat (als Mesilat); *Sonstige Bestandteile:* Weinsäure, Arabisches Gummi, Dimellicon 350, Talkum, Hyprolose, Carrageenan, Kaliumchlorid, Titandioxid, Indigocarmin (E 132), Gelborange S (E 110), Hypromellose, Schellack, Eisen(II,III)-oxid (E 172), Kaliumhydroxid. **Anwendungsgebiete:** Primärprävention von venösen thromboembolischen Ereignissen bei erwachsenen Patienten nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenkersatz. Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen Patienten mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren Risikofaktoren, wie z.B. vorausgegangener Schlaganfall oder transitorische ischämische Attacke (TIA); Alter \geq 75 Jahre; Herzinsuffizienz (NYHA Klasse \geq II); Diabetes mellitus; arterielle Hypertonie. Behandlung tiefer Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prävention von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile; schwere Beeinträchtigung der Nierenfunktion (Kreatinin-Clearance $<$ 30 ml/min); akute, klinisch relevante Blutung; Läsionen oder klinische Situationen, die als hohes Risiko einer schweren Blutung gewertet werden; spontane oder pharmakologisch bedingte Einschränkung der Hämostase; Beeinträchtigung der Leberfunktion oder Lebererkrankung, die Auswirkungen auf das Überleben erwarten lässt; gleichzeitige Behandlung mit systemisch verabreichbarem Ketoconazol, Ciclosporin, Itraconazol, Dronedaron und anderen Antikoagulantien. Patienten mit künstlichen Herzklappen, die eine gerinnungshemmende Therapie benötigen. **Nebenwirkungen:** Anämie, Hämoglobin vermindert, Nasenbluten, gastrointestinale Blutung, urogenitale Blutung, Bauchschmerzen, Diarrhoe, Dyspepsie, Übelkeit, Thrombozytopenie, Hämatokrit vermindert, Arzneimittel-Überempfindlichkeit, Hautausschlag, Pruritus, Anaphylaktische Reaktion, Angioödem, allergische Reaktion, intrakranielle Blutungen, Hämatom, Hämoptyse, Wundblutung, Blutung, rektale Blutung, hämorrhoidale Blutung, gastrointestinale Ulzera, Gastroösophagitis, gastroösophageale Refluxkrankheit, Erbrechen, Dysphagie, abnorme Leberfunktion/abnormer Leberfunktionstest, Leberenzyme erhöht, Transaminasen erhöht, Hyperbilirubinämie, Hautblutung, Hämorrhoiden, Hämaturie, blutige Absonderung, traumatische Blutung, postoperatives Hämatom, postoperative Blutung/Anämie/Absonderung, Wundsekretion, Wunddrainage, Urtikaria, Blutung an einer Injektionsstelle, Blutung an der Eintrittsstelle eines Katheters, Blutung am Inzisionsort, postoperative Drainage, Bronchospasmus. Weitere Einzelheiten enthalten die Fach- bzw. Gebrauchsinformationen, sowie die Ratgeber und Patientenausweise, deren aufmerksamere Durchsicht wir empfehlen. Stand der Information: Januar 2015

Neuigkeit: Journalistenpreis der DGA

Im Jahr 2015 wurde zum ersten Mal der DGA-Journalistenpreis verliehen. Diese Auszeichnung würdigt journalistische Beiträge, die anschaulich und kompetent formuliert über Gefäßerkrankungen, deren Prävention, Verbreitung, Behandlung, Nachsorge und Folgen berichten. Prämiiert werden mit jeweils 2.000 Euro Arbeiten aus den Kategorien Print/Online und TV/Hörfunk.

Ein wichtiges Ziel der Fachgesellschaft ist es, die Öffentlichkeit über Gefäßerkrankungen aufzuklären. Das Wissen der Bevölkerung um Krankheiten wie die Venenthrombose, die Lungenembolie oder die periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) ist äußerst gering. Das obwohl es sich dabei um Volkskrankheiten handelt und Schätzungen zufolge allein in Deutschland jährlich 40.000 – 100.000 Menschen an den Folgen einer venösen Thromboembolie sterben. Von der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit sind rund 4,5 Millionen Menschen betroffen – viele ohne es zu wissen. Die öffentliche Aufmerksamkeit für diese erschreckenden Zahlen zu erhöhen, ist nur in Zusammenarbeit mit den Medien möglich. Noch immer fehlen umfassende und allgemein verständliche Informationen für potenziell Betroffene, insbesondere im Bereich der Prävention. Um diese Situation zu verbessern, vergibt die DGA den Journalistenpreis.

Die Jury besteht aus Medizinern und Kommunikationsexperten unter dem Vorsitz des Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Angiologie Prof. Dr. Ulrich Hoffmann: Edith Heithkämper (NDR), Frank Schmiechen (Axel Springer Verlag), Dr. Holger Lawall (DGA), Julia Hofmann (DGA).

Preisträger 2015

Aufgrund der zahlreichen herausragenden Einsendungen entschied sich die Jury, die Preise in den Kategorien Print/Online sowie Hörfunk/TV zu splitten und somit vier Journalisten auszuzeichnen. Die Ehrung fand im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung der 44. DGA-Jahrestagung in Freiburg statt.

Andrea Neuen-Biesold, freiberufliche Journalistin u.a. für Versichertenmagazine der Krankenkassen und Apotheken-Kundenzeitschriften, wurde für ihren im AOK-Magazin veröffentlichten Beitrag „Wenn es eng wird“ ausgezeichnet. Darin berichtet sie über die Symptome, Risikofaktoren und Vorsorge von Arteriosklerose.

Frieder Piazena, freier Journalist im Ressort Gesundheit des Tagesspiegels, erhielt die Ehrung für seine Artikelserie im Tagesspiegel-Magazin GESUND zum Themenschwerpunkt Herz, Kreislauf und Gefäße. In seiner Reportage „100 Meter Schmerzen“ schreibt er über die periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK), Therapieoptionen sowie neue Entwicklungen und stellt die Erkrankung aus Sicht eines Patienten dar. In weiteren Artikeln informiert er über die Themen Thrombose („Zeitbombe im Blut“) sowie über Krampfadern und Besenreiser („Drachen in der Haut“).

Der Beitrag „Was die Blutgefäße gesund hält – Der Arteriosklerose keine Chance“ von Ingeborg Hain, freie Hörfunkjournalistin u. a. für ARD/Bayerischen Rundfunk, wurde in der Kategorie Hörfunk prämiert. Der Fokus liegt dabei neben der Darstellung der Erkrankung auf der Vorbeugung gegen die Arterienverkalkung.

Über „Erschreckende Zahlen – zu viele Amputationen bei Durchblutungsstörungen (PAVK)“ berichtete Dr. Sigrun Damas, freiberufliche Medizin-Journalistin, in ihrem Fernseh-Beitrag für die Sendung NDR-Visite für den sie mit dem Journalistenpreis ausgezeichnet wurde.

Die Beiträge der Preisträger können auf der DGA-Website unter www.dga-gefaessmedizin.de/preise/dga-journalistenpreis.html eingesehen werden.

Ausschreibung für den 2. Journalistenpreis der Deutschen Gesellschaft für Angiologie – Gesellschaft für Gefäßmedizin e. V. (DGA)

Ausschreibung (Kurzfassung) Die Deutsche Gesellschaft für Angiologie (DGA) schreibt 2016 zum zweiten Mal den DGA-Journalistenpreis aus. Gefäßerkrankungen wie die Venenthrombose, die Lungenembolie oder die periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) sind Volkskrankheiten. Ihre Anzeichen, Verbreitung und zum Teil dramatischen Folgen sind jedoch in der Bevölkerung weitestgehend unbekannt.

Mit dem DGA-Journalistenpreis sollen jährlich Beiträge ausgezeichnet werden, die anschaulich und kompetent formuliert über Gefäßerkrankungen, deren Prävention, Verbreitung, Behandlung, Nachsorge und Folgen berichten.

Teilnahmevoraussetzungen Die Beiträge müssen in einem deutschsprachigen Medium der Publikumspresse (Zeitung, Zeitschrift, Hörfunk, Fernsehen, Online) im Zeitraum vom 1. August 2015 bis zum 31. Juli 2016 erschienen bzw. ausgestrahlt worden sein. Von der Teilnahme ausgeschlossen sind wissenschaftliche Publikationen in medizinischen Fachzeitschriften.

Einsendeschluss Einsendeschluss ist der 1. August 2016

Kategorien und Dotierung Prämiert werden Beiträge aus den Kategorien Print/Online und TV/Hörfunk.

2.000,- Euro für die Kategorie Print/Online

2.000,- Euro für die Kategorie TV/Hörfunk

Wer kann Beiträge einreichen?

- Einzelne Journalisten und Autorentams
- Auch Dritte (Verleger, Chefredakteure, etc.) können Vorschläge einreichen (schriftliche Einverständniserklärung des Autors bzw. des Autorentams vorausgesetzt).

Weitere Informationen, erforderliche Unterlagen und rechtliche Hinweise finden Sie unter

www.dga-gefaessmedizin.de/preise/dga-journalistenpreis.html

TÄTIGKEITSBEREICHE DER DGA

Leitlinien

Leitlinien dienen als Handlungsempfehlungen für Ärzte und Patienten; sie werden in regelmäßigen Abständen an den aktuellen Wissensstand der Medizin angepasst. Durch die Erstellung und/oder Überarbeitung von Leitlinien soll eine bestmögliche Behandlung und Versorgung der Patienten gewährleistet werden. Die DGA hat in diesem Jahr federführend an zwei Leitlinien mitgewirkt: an den Krankheitsbildern „Venenthrombose und Lungenembolie (VTE)“ sowie „Periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK)“.

Interdisziplinäre S2k-Leitlinie: Diagnostik und Therapie der Venenthrombose und der Lungenembolie (VTE)

Die Aktualisierung der Leitlinienversion aus dem Jahre 2010 hat 2 Jahre in Anspruch genommen. Die aktualisierte Version wurde im Oktober 2015 verabschiedet. Federführende Gesellschaft ist die DGA unter Leitung von Frau Prof. Dr. Viola Hach-Wunderle, von 14 weiteren Fachgesellschaften wurden Vertreter für die Neubearbeitung ernannt. Die Leitlinie wurde ganz bewusst in der S2-Stufe belassen, da die damit verbundenen zahlreichen Treffen und Abstimmungen einzelner Fachvertreter zu konkreten Fragestellungen und zum Methodenvergleich wiederum zu einer sehr anwenderfreundlichen Version mit zahlreichen praxisorientierten Empfehlungen geführt haben. Das Qualitätskriterium der Leitlinienerstellung mit Beschluss der wesentlichen Kernaussagen und Schlüsselempfehlungen in einem Nominalen Gruppenprozess unter AWMF-Leitung wurde beibehalten.

Die Leitlinie 2015 ist online abrufbar unter www.dga-gefaessmedizin.de/aerzte/leitlinien.html sowie auf der AWMF-Website unter der Rubrik „AWMF-Leitlinien“ und sie wird im Januar 2016 in **Vasa** als Supplement publiziert.

Neuerungen/Aktualisierungen bzgl. der Diagnostik

Bei der Diagnostik der Venenthrombose ist die Phlebographie in den Hintergrund gerückt.

Für die Diagnostik der hämodynamisch stabilen Lungenembolie wird neben dem Standardverfahren CT-Angiographie der Stellenwert der alternativen szintigraphischen und sonographischen Verfahren eingehend erörtert.

Die altersadjustierte Bewertung der D-Dimere spart eine Vielzahl von invasiven Untersuchungen bei älteren Menschen (>50 Jahre nach Studienlage) ein, da diese von vornherein höhere D-Dimer-Werte als Jüngere haben und zudem mit einem höheren Komplikationsrisiko bei Komorbidität (z. B. Niereninsuffizienz) belastet sind.

Neuerungen/Aktualisierungen bzgl. der Therapie

Für die initiale und für die verlängerte Antikoagulation bei venöser Thromboembolie stehen jetzt zahlreiche medikamentöse Behandlungsoptionen zur Verfügung. Die Datenlage bezüglich der direkten oralen Antikoagulantien wird eingehend dargelegt. Nach wie vor gilt, dass Patienten mit Tumorerkrankung und Thrombose von einer Behandlung mit niedermolekularem Heparin profitieren.

Eine invasive Therapie ist nicht nur bei hämodynamisch instabiler Lungenembolie erforderlich; sie kommt auch in Betracht für ausgewählte Fälle einer Beckenvenenthrombose sowie einer hämodynamisch stabilen Lungenembolie mit hohem Komplikationsrisiko.

Was ist wichtig bzgl. Langzeitmedikation / Nachsorge?

Nicht eindeutig geklärt ist bisher die Indikation zu einer verlängerten bzw. lebenslangen Antikoagulation (> 3–6 Monate). Eine Tabelle mit Pro- und

Kontra-Faktoren gibt hierzu Hilfestellung. Bei der Lungenembolie wird der Stellenwert einer chronisch-thromboembolischen pulmonalen Hypertonie betont.

Prof. Dr. med. Viola Hach-Wunderle, Frankfurt

S3-Leitlinie zur peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK)

Nach fast dreijähriger Arbeit ist die interdisziplinäre S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der PAVK jetzt fertiggestellt worden. Im Konsens von 23 medizinisch wissenschaftlichen Fachgesellschaften und zwei Patientenvereinigungen wurden unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Angiologie (DGA) die bisherigen, aus 2009 stammenden Empfehlungen überarbeitet und ergänzt.

Wesentliche Neuerungen sind die Beschreibung wichtiger Komorbiditäten bei Patienten mit PAVK, welche die Diagnostik, die Behandlung und auch die Prognose der PAVK aber auch die Gesamtprognose (Mortalität und Morbidität) entscheidend beeinflussen. Dazu zählen neben dem Diabetes mellitus die Herzinsuffizienz und die chronische Niereninsuffizienz. In der Diagnostik werden neben den funktionellen Untersuchungen zur hämodynamischen Beurteilung die Wertigkeit der farbkodierten Ultraschalluntersuchung der Gefäße und der ce-Magnetresonanztomographie der Beckenbeingefäße betont und in einem diagnostischen Algorithmus bei Patienten mit Claudicatio und chronischer und akuter kritischer Extremitätenischämie vorgestellt. Therapeutisch werden die Möglichkeiten der konservativen und endovaskulären Therapie neu bewertet.

Im Mittelpunkt der konservativen Behandlung stehen unverändert der Gefäßsport und die konsequente Therapie der kardiovaskulären Risikofaktoren und der Komorbidität. Die Wirkung der medikamentösen Therapie bei Claudicatio mit Vasoaktiva ist beschränkt und der Stellenwert der intravenösen Prostaglandingabe bei kritischer Extremitätenischämie ist zweifelhaft. Zunehmend von Bedeutung bei Claudicatio, aber auch besonders bei chronisch kritischer Extremitätenischämie ist die endovaskuläre Behandlung von peripheren arteriellen Gefäßerkrankungen. Neue Techniken führen zu signifikant verbesserten primären und sekundären Offenheitsraten. Aus diesem Grunde ist die primäre Behandlungsoption, von einigen Ausnahmen abgesehen, jetzt die endovaskuläre Therapie.

Die endovaskulären Verfahren werden unabhängig von den bisherigen TASC-Kriterien empfohlen. Wann immer möglich sollte die Entscheidung zur geeigneten Diagnostik und Therapie interdisziplinär getroffen werden. Patienten mit PAVK sind chronisch gefäßkrank und bedürfen auch nach erfolgreichen Behandlungsmaßnahmen einer langfristigen gefäßmedizinischen Nachsorge.

Dr. med. Holger Lawall, Ettlingen

Publikationen 2015

Die aufgeführten Publikationen sollen ausgewählte Themen aus dem umfangreichen Spektrum der Forschungsaktivitäten innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Angiologie skizzieren. Leider kann aufgrund des limitierten Platzes hier nur eine kleine Auswahl der vielfältigen wissenschaftlichen Aktivitäten exemplarisch Erwähnung finden. Damit ist keinesfalls eine Geringschätzung der zahlreichen weiteren spannenden Arbeiten beabsichtigt, die hier nicht alle im Einzelnen vorgestellt werden können.

Pathophysiologie/Endotheliale Dysfunktion:

Eine gestörte Endothelfunktion und Vasomotion gilt als ein wesentlicher Faktor für das Auftreten kardiovaskulärer Ereignisse. Das Standardverfahren zur Bestimmung der Endothelfunktion ist dabei die ultraschall-basierte, flussvermittelte Vasodilatation (FMD). In einer prospektiven Studie an 25 gesunden Männern wurden Endothel-Funktionsmessungen mittels Pulswellenmessung und retinaler Gefäßanalyse im Auge durchgeführt, um die Validität bei der Erfassung kurzfristiger Störungen der Endothelfunktion zu bestimmen und gegen die Referenzmethode FMD zu vergleichen. Eine Störung der Endothelfunktion wurde durch die orale Aufnahme von Methionin bzw. 500 ml Sahne mit hohem Fettanteil induziert. Dabei zeigte sich, dass mittels retinaler Gefäßanalyse genauso verlässlich akute Veränderungen der Endothelfunktion erfasst werden konnte wie durch die Referenzmethode FMD, wohingegen die Pulswellenanalyse hier weniger valide war. Damit stellt die retinale Gefäßanalyse ein neues, zuverlässiges, wenn auch nicht überall verfügbares Verfahren zur Bestimmung der Endothelfunktion dar. [Reimann M, Weiss N, Vilser W, Ziemssen T. Local endothelial dysfunction does not affect global endothelial function. *Vasa* 2015;44:277-84].

Pathophysiologie/Entzündungsaktivität bei pAVK:

Die Arteriosklerose ist ein chronisch-entzündlicher Prozess, der mit einer erheblichen Aktivierung des

Immunsystems verbunden ist. In einer prospektiven Studie mit 40 Patienten mit pAVK und belastungsinduzierten Schmerzen wurde untersucht, ob ein regelmäßiges Gehtraining über zwölf Monate die entzündliche Aktivität (gemessen an mehreren zellulären und immunologischen Parametern) günstig beeinflusst. Es zeigte sich, dass alle 40 Patienten eine deutliche Verbesserung der Gehstrecke aufwiesen bei gleichzeitig erheblich reduzierter entzündlicher Aktivität. Es sei somit naheliegend, dass diese Verbesserung der Entzündungsaktivität und auch der Gehstrecke sowohl für das geringere Auftreten von kardiovaskulären Ereignissen wie auch eine höhere Lebenszufriedenheit der Patienten maßgeblich ist. [Doppeide JF, Scheer M, Doppler C, Obst V, Stein P, Vosseler M, Abegunewardene N, Gori T, Münzel T, Daiber A, Radsak MP, Espinola-Klein C. Change of walking distance in intermittent claudication: impact on inflammation, oxidative stress and mononuclear cells: a pilot study. *Clin Res Cardiol* 2015;104:751-63].

Versorgungsforschung/Epidemiologie der pAVK:

In einer retrospektiven Auswertung von Krankenkassendaten von 42.000 mit pAVK stationär behandelten Patienten in Deutschland aus den Jahren 2009 bis 2011 zeigte sich, dass die Behandlung der Patienten geradezu umgekehrt proportional zum Schweregrad der Erkrankung stattfand: Am häufigsten wurden Angiographien sowie endovaskuläre und chirurgische Behandlungsverfahren bei den Patienten mit belastungsabhängigem Gehschmerz eingesetzt, wohingegen Patienten mit kritischer Extremitätenischämie deutlich seltener einer solchen Behandlung zugeführt wurden. Besonders bemerkenswert war in diesem Zusammenhang, dass von den rund 4.500 im Krankenhaus amputierten Patienten nur knapp die Hälfte zuvor eine Angiographie und/oder revaskularisierende Maßnahme erhalten hatte. Selbst wenn alle ambulanten und stationären Untersuchungen in den letzten 2 Jahren vor der Amputation in die Berechnung einbezogen wurden,

so verblieben noch 37% der amputierten Patienten ohne vorherige Angiographie und/oder revaskularisierende Maßnahme. Auch die Langzeitergebnisse waren ernüchternd: So zeigte sich beispielsweise bei Patienten mit Rutherford Stadium 6 eine 4-Jahres-Sterblichkeit von 64%. Auch die Amputationsrate war im Rutherford Stadium 6 mit über 60% nach einem Jahr und 67% nach vier Jahren sehr hoch. [Reinecke H, Unrath M, Freisinger E, Bunzemeier H, Meyborg M, Lüders F, Gebauer K, Roeder N, Berger K, Malyar NM. Peripheral arterial disease and critical limb ischaemia: still poor outcomes and lack of guideline adherence. *Eur Heart J* 2015;36:932-8].

Klinische Diagnostik/Ultraschall:

Im klinischen Alltag besteht eine häufige Anforderung darin, zu entscheiden, ob ein peripheres Ödem eventuell lymphatischer Genese sei. In einer prospektiven Studie bei 38 Patienten mit peripheren Ödemen unterschiedlicher Genese wurde an der jeweils schwerst-betroffenen Extremität von 5 ultraschall-erfahrenen Ärzten in Unkenntnis der jeweils anderen Befunde eine Sonographie hinsichtlich dreier verschiedener Kriterien für das Vorliegen eines Lymphödems durchgeführt. Geht man von einer lymphatischen Genese des Ödems aus, wenn ein einziger Arzt mindestens eines der drei Kriterien eines lymphatischen Ödems auf jedem Einzelbild sieht, so wurden die Ödeme aller 38 Patienten als Lymphödem klassifiziert; akzeptiert man die Diagnose des Lymphödems nur, wenn alle Ärzte mindestens eines der drei Kriterien auf dem distalen Bild des gleichen Patienten sehen, wurden 80% der Patienten mit Lymphödem auch als solches klassifiziert, aber auch die Mehrheit der kardialen, venösen Ödeme und hepatischen Ödeme. Setzt man für die Diagnose des Lymphödems voraus, dass alle drei Ärzte übereinstimmend alle 3 Kriterien zur Diagnose erfüllt sahen, so konnte keines der Ödeme als lymphatisch klassifiziert werden. Die Autoren schlussfolgern, dass es somit sonographisch nicht verlässlich möglich sei, Lymphödeme von Ödemen anderer Genese im Bereich der unteren Extremitäten zu unterscheiden. [Becker M, Schilling T, von

Beckerath O, Kröger K. Sonography of subcutaneous tissue cannot determine causes of lower limb edema. *Vasa* 2015;44:122-8].

Klinische Studien/Orale Antikoagulation bei Thromboembolien:

Patienten mit malignen Erkrankungen haben ein bekanntermaßen deutlich erhöhtes Risiko für venöse Thromboembolien. Die Standardtherapie bei Tumorpatienten nach einer venösen Thromboembolie ist dabei die Behandlung mit Heparin. In einer großen, weltweiten Multicenterstudie wurden nun 900 Tumorpatienten randomisiert entweder mit Tinzaparin oder Warfarin über sechs Monate nach einer venösen Thromboembolie behandelt. Es zeigte sich, dass nur ein nicht-signifikanter Trend im Hinblick auf eine geringere Häufigkeit erneuter venöser Thromboembolien unter Tinzaparin bestand (HR 0,65; 95% CI 0,41-1,03), wohingegen bei großen Blutungen kein Unterschied zwischen beiden Behandlungsarmen auftrat (HR 0,89; 95% CI 0,85-1,36); allerdings kam es zu einer signifikanten Reduktion von klinisch-relevanten, nicht-großen Blutungen unter Tinzaparin (HR 0,58; 95% CI 0,40-0,84). Wegen dieser leichten Vorteile des Heparins bei Krebspatienten schlagen die Autoren weitere Studien bei Patienten mit hohem Risiko für erneute venöse Thromboembolien vor. [Lee AY, Kamphuisen PW, Meyer G, Bauersachs R, Janas MS, Jarner MF, Khorana AA; CATCH Investigators. Tinzaparin vs Warfarin for Treatment of Acute Venous Thromboembolism in Patients With Active Cancer: A Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2015;314:677-86].

Klinische Studien/Interventionelle Therapie der pAVK:

Die kathetergestützte, interventionelle Therapie der pAVK hat in den letzten Jahren dramatische Fortschritte gemacht. Dennoch stellt das Auftreten einer Restenose an der behandelten Gefäßläsion immer noch eine bedeutsame Limitation dar. Ein Therapieansatz, dies zu verringern, ist die Behandlung mit medikamenten-beschichteten Ballons. Hier wurden nun die Ergebnisse der LEVANT 2-Studie pub-

liziert, die weltweit bei 476 Patienten randomisiert verblindet den Effekt einer Katheterintervention im Oberschenkel mit einem Paclitaxel-beschichteten Ballon gegenüber einem nicht-beschichteten Ballon untersucht hat. Es zeigte sich nach zwölf Monaten eine signifikant höhere Offenheitsrate bei den Patienten mit Paclitaxel-beschichteten Ballons, allerdings gab es keine Unterschiede mit Hinblick auf die klinische Belastbarkeit der Patienten, die Sterblichkeit, Amputationen oder erneute Interventionsbedürftigkeit. Die Autoren schlussfolgern, dass die Behandlung mit Paclitaxel-beschichteten

Ballons demnach eine Restenose verringert, aber zumindest innerhalb von 12 Monaten nicht mit einem klinisch relevant besseren Ergebnis für die Patienten verbunden war. [Rosenfield K, Jaff MR, White CJ, Rocha-Singh K, Mena-Hurtado C, Metzger DC, Brodmann M, Pilger E, Zeller T, Krishnan P, Gammon R, Müller-Hülsbeck S, Nehler MR, Benenati JF, Scheinert D; LEVANT 2 Investigators. Trial of a Paclitaxel-Coated Balloon for Femoropopliteal Artery Disease. *N Engl J Med* 2015;373:145-53].

Prof. Dr. med. Holger Reinecke, Münster

Neue Projektgruppe DRG

Im stationären Bereich erfolgt schon seit über zehn Jahren eine Leistungsvergütung über Fallpauschalen. In den letzten Jahren hat sich dabei herauskristallisiert, dass die Gefäßmedizin trotz ihrer wachsenden Bedeutung nicht gut repräsentiert ist bzw. Besonderheiten in der Behandlung und Vergütung gefäßmedizinischer Patienten im Fallpauschalensystem nicht ausreichend berücksichtigt sind. Daher hat der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Angiologie bei seiner Sitzung im Rahmen der Jahrestagung in Freiburg beschlossen, hierzu eine Projektgruppe Diagnosis Related Groups (DRGs) einzurichten. Zum Vorsitzenden wurde zunächst Prof. Dr. Holger Reinecke aus Münster ernannt. Weitere Mitglieder der Gruppe sind: Dr. Martin Braun (Mannheim), Prof. Dr. Christine Espinola-Klein (Mainz), Dr. Clemens Fahrig (Berlin), Dr. Peter von Flotow (Kusel), Dr. Jürgen Jahn (Castrop-Rauxel), Dr. Dirk Münch (Freital), Dr. Johannes Renczes (Frankfurt), Dr. Najib Schahab (Bonn), Dr. Thomas Weber (Hamm).

Zu den Kernaufgaben der Projektgruppe DRGs wird die Überprüfung und Beantragung von ICD- und OPS-Kodes beim DIMDI gehören sowie die Beantragung besonderer Behandlungskonstellationen im Rahmen von Fallpauschalen beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus.

Die Gruppe steht jederzeit allen Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Angiologie für Beratungen, Rückfragen oder Vorschläge zur Verfügung.

Ansprechpartner ist:

Prof. Dr. med. Holger Reinecke
 Leiter der Abteilung für Angiologie
 Department für Kardiologie und Angiologie
 Universitätsklinikum Münster
 Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude A1
 48149 Münster
 ☎ 0251 / 834 7637 (Sekretariat)
 Fax 0251 / 834 5101
 ✉ holger.reinecke@ukmuenster.de

Forschungsgütesiegel der DGA

Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Angiologie – Gesellschaft für Gefäßmedizin e. V. gewährt gefäßmedizinischen Forschungsprojekten die Möglichkeit, eine Schirmherrschaft der DGA zu beantragen.



Hintergrund und Ziel

Ein Zweck der Deutschen Gesellschaft für Angiologie – Gesellschaft für Gefäßmedizin e.V. ist die Förderung der Forschung auf dem gesamten Gebiet der Gefäßmedizin (§ 2 der Satzung). Zu diesem Zweck, insbesondere um Forscher in der Projektentwicklung zu unterstützen und zu beraten, und um die Chancen einer erfolgreichen Antragstellung für öffentliche oder industrielle Forschungsförderung zu erhöhen, begutachtet die DGA Forschungsprojekte und verleiht bei positivem Entscheid die Bezeichnung „Forschungsprojekt unter der Schirmherrschaft der DGA“.

Antragsverfahren

Leiter wissenschaftlicher Projekte auf dem Gebiet der gesamten Gefäßmedizin – auch Nicht-DGA-Mitglieder – können Projektskizzen bei der DGA-Geschäftsstelle einreichen. Der zuständige Sektionsleiter bzw. ein von ihm beauftragtes Mitglied der Sektion beurteilt die Projektskizze bzw. macht ggf. Verbesserungsvorschläge, die mit dem Projektleiter diskutiert werden. Abschließend wird ein Kurzgutachten zur Vorlage beim Vorstand der DGA erstellt.

Der Vorstand der DGA diskutiert dieses und entscheidet per Mehrheitsvotum, ob dieses Projekt als besonders unterstützenswert betrachtet wird. Bei einem positiven Votum erhält der Projektleiter ein offizielles Schreiben des DGA-Präsidenten, in dem die Übernahme der Schirmherrschaft durch die DGA verkündet wird: „Forschungsprojekt unter der Schirmherrschaft der DGA“ sowie ein Kurzgutachten. Diese Dokumente können bei der Antragstellung für Fördermittel durch den Projektleiter miteingereicht werden. Im Falle eines negativen Votums erhält der Projektleiter ein Schreiben des DGA-Präsidenten, das eine Begründung für die Ent-

scheidung und ggf. Verbesserungsvorschläge beinhaltet. Eine Wiedereinreichung ist möglich, falls der Vorstand der DGA entscheidet, dass dies nach Änderung der Projektskizze möglich sein soll.

Vertraulichkeit und rechtliche Hinweise

- Bei diesem Prozess ist Konsens aller Beteiligten, dass Projektskizzen vertraulich behandelt werden.
- Es gilt der wissenschaftliche Ehrenkodex analog des Reviews wissenschaftlicher Arbeiten für Fachzeitschriften bzw. des Reviews wissenschaftlicher Projektpläne durch die DFG.
- Weiterhin ist Konsens, dass die Begutachtung der Projektskizze durch die DGA die Einholung eines evtl. erforderlichen Votums einer Ethikkommission, von Genehmigungen von Tierversuchen oder Untersuchung mit gentechnologisch veränderten Organismen durch die zuständigen Behörden, oder von sonstigen Genehmigungen zur Durchführung des Forschungsprojektes (z. B. Röntgenverordnung, Genehmigungen nach AMG oder MPG u.a.) durch das Votum der DGA nicht ersetzt und die Korrektheit und Vollständigkeit der Einhaltung dieser Regularien nicht geprüft wird.
- Die Beurteilung der Projektskizze durch die DGA beschränkt sich auf die wissenschaftliche Fragestellung. Konsens ist weiterhin, dass mit der Übernahme der Schirmherrschaft über ein Forschungsprojekt der DGA keine finanzielle Förderung, sondern ausschließlich eine ideelle Förderung verbunden ist.
- Ein Rechtsanspruch für die Übernahme einer Schirmherrschaft der DGA für ein Forschungsprojekt besteht nicht.

Nachwuchsförderung / Weiterbildung

Curriculum Interventionelle Therapie der arteriellen Gefäßerkrankungen

Die Zusatzqualifikation „Interventionelle Therapie der arteriellen Gefäßerkrankungen“ zertifiziert einen Ausbildungsprozess für spezialisierte Kompetenzen in der interventionellen Therapie der arteriellen Gefäßerkrankungen in Deutschland.

Um für diese Eingriffe einen einheitlichen Qualitätsstandard zu etablieren, haben die Deutsche Gesellschaft für Angiologie (DGA) und die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK) ein gemeinsames Curriculum zur Erlangung der Zusatzqualifikation „Interventionelle Therapie der arteriellen Gefäßerkrankungen“ erarbeitet, das Sie online unter www.dga-gefaessmedizin.de/aerzte/curriculum.html einsehen können. Das Curriculum beschreibt die Voraussetzungen, die ein Angiologe oder Kardiologe erfüllen muss, um die Zusatzqualifikation zu erlangen. Für Einzelheiten und Lernthemen wird auf den im Curriculum dargestellten Syllabus verwiesen. Die Inhalte des Curriculums basieren auf den aktuellen Leitlinien der DGA und DGK.

Mit der Zusatzqualifikation soll die Ausbildung in diesem spezialisierten Bereich standardisiert und damit verbessert werden. Diese curriculare Weiter-

bildung geht über das Ausmaß der allgemeinen Facharztweiterbildung in der Angiologie bzw. Kardiologie hinaus.

Die Zertifizierung betrifft sowohl die Zulassung von Ausbildungszentren und deren Fortbildern bzw. Leitern des Zusatzqualifikations-Programmes wie auch die Überprüfung der von den auszubildenden Kandidaten geforderten Qualifikationen und Lernprozesse.

Bis zum 31.10.2015 gab es für erfahrene Angiologen und Kardiologen eine Übergangsregelung für die Zusatzqualifikation „Interventionelle Therapie der arteriellen Gefäßerkrankungen“. Bei der DGK, die den Zertifizierungsprozess für beide Fachgesellschaften verwaltet, sind bis zum Ende der Frist rund 360 Anträge eingegangen, davon wurden 165 Anträge von DGA-Mitgliedern gestellt.

Bei Fragen zu den Anforderungen und/oder Aktivitätsnachweisen wenden Sie sich bitte direkt an die DGK: ✉ curriculum-itag@dgk.org. Über Kursangebote informieren wir Sie in Kürze auf der DGA-Webseite.

Das Forum Junge Angiologen

Das Forum Junge Angiologen hat zum Ziel, junge Ärztinnen und Ärzte für die vaskuläre Medizin zu interessieren und über Karrieremöglichkeiten in der Angiologie zu informieren. Es soll der Forschungsförderung ebenso dienen wie der Netzworkebildung junger Gefäßmediziner und der angiologischen Fort- und Weiterbildung. Das Forum arbeitet im engen Austausch mit der Kommission für Forschung, Lehre und Nachwuchsförderung der Deutschen Gesellschaft für Angiologie.

Die Ansprechpartner sind **Dr. med. Bernd Krabbe** (Sprecher), Gefäßklinik Klinikum Darmstadt, **Dr. med. Eva Freisinger** (stellvertretende Sprecherin), Universitätsklinikum Münster und **Anne Kolouschek** (stellvertretende Sprecherin), UniversitätsGefäßCentrum am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden.
Kontakt: ✉ info@junge-angiologen.de

Interessierte junge Kolleginnen und Kollegen sind herzlich willkommen, dem Forum beizutreten und dieses aktiv mitzugestalten. Diese Tätigkeit bietet die Möglichkeit, die Anliegen der jungen Generation von Gefäßmedizinerinnen und Gefäßmedizinern in der Deutschen Gesellschaft für Angiologie zu vertreten, fachliche und wissenschaftliche Kontakte zu knüpfen und erste Erfahrungen in der Gremienarbeit innerhalb einer medizinischen Fachgesellschaft zu gewinnen.

PROJEKTE DES FORUMS

Vaskuläre Summer School

Das Forum Junge Angiologen hat die Vaskuläre Summer School als mehrtägige Fortbildungsveranstaltung ins Leben gerufen. Der große Erfolg in den vergangenen Jahren und die viele positive Resonanz haben dazu geführt, dass sich die Veranstaltung mittlerweile fest im Kalender der gefäßmedizinischen Veranstaltungen etabliert hat.

Nachdem in der Vergangenheit die translationale Gefäßmedizin am Beispiel venöser und arterieller Krankheitsbilder im Mittelpunkt standen, lag 2015

der Schwerpunkt auf der Praxis und der interaktiven Erarbeitung komplexer gefäßmedizinischer Krankheitsbilder.

Forum Junge Angiologen bei der DGA-Jahrestagung

Die Jahrestagungen der Deutschen Gesellschaft für Angiologie bieten jungen Angiologen und anderen jungen Medizinen mit Interesse an Gefäßmedizin eine regelmäßige Plattform zur Weiterbildung und zum Austausch. Seit 2011 wird in diesem Rahmen das Forum Junge Angiologen veranstaltet. Die von dem Forum organisierte eigene Vortragsreihe hat sich als fester Bestandteil des Kongresses etabliert. Diese ist speziell auf junge Kolleginnen und Kollegen mit gefäßmedizinischem Interesse zugeschnitten.

Vasa Journal Club

Seit 2015 liefert das Forum Junge Angiologen regelmäßig wissenschaftliche Beiträge für den Journal Club der VASA. Mit Unterstützung erfahrener Kollegen können junge Ärztinnen und Ärzte dadurch erste Erfahrungen in wissenschaftlicher Arbeit und Publikation sammeln und Fachbeiträge in der VASA – „European Journal of Vascular Medicine“, der sechs Mal im Jahr erscheinenden offiziellen Fachzeitschrift der DGA sowie der Schweizerischen und der Slowenischen Fachgesellschaften für Angiologie, veröffentlichen.

Die 3. Vaskuläre Summer School 2015 „Gefäßmedizin interaktiv“

Zum bereits dritten Mal trafen sich am Fronleichnamswochenende 46 junge Gefäßmediziner aus Deutschland, der Schweiz und Österreich in Glashütten im Taunus um drei Tage neueste Forschungsergebnisse zu diskutieren und in Workshops der Gefäßmedizin im klinischen Alltag näherzukommen.

Wie in den Jahren zuvor haben sich die Mitglieder des Forums der Jungen Angiologen und der Kommission Forschung, Lehre und Nachwuchsförderung der



DGA erneuert die Organisation einer Summer School gewidmet. Dies war vor allem dank finanzieller Unterstützung der DGA und GTH erneut unabhängig von industriellen Sponsoren möglich. Zusätzlich lobten DGA, GTH, ÖGIA und SGA wieder Reisestipendien für engagierte junge Kollegen aus.

Im ersten Themenkomplex beschäftigten sich die Teilnehmer mit dem Thema Tumor und Thrombose. Es wurden die klinischen, aber auch vor allem die neuesten Aspekte der translationalen Forschung vorgestellt. Eine Vertiefung dieses Themas fand im Workshop Tricky Cases statt, in dem praxisnah anhand von Fallbeispielen die klinische Relevanz des zuvor gehörten nahegebracht wurde.

Zusätzlich konnten sich die Teilnehmer in Gruppenarbeit anhand von klinischen Beispielen mit der Gerinnungs- und Thrombophiliediagnostik vertraut machen. Ein weiterer fester Bestandteil des jährlichen Programmes waren die praktischen Übungen am Ultraschallgerät. In Kleingruppen wurden mit erfahrenen Supervisoren zum einen grundsätzliche Ultraschalltechniken geübt und zum anderen die

Herangehensweise bei speziellen Fragestellungen (wie z.B. Nierenarterienstenosen) vertieft. Begleitend wurden anhand von Sonographiebildern „Tipps, Tricks und Pitfalls“ vorgestellt.

Im zweiten Themenkomplex widmeten sich mehrere Referenten dem Thema des Antiphospholipidsyndroms. Auch hier wurde die aktuelle Studienlage zum Pathomechanismus dargelegt sowie die Diagnostik und Therapie anhand von eindrücklichen Fallbeispielen demonstriert und deren Relevanz und Komplexität im klinischen Alltag verdeutlicht.

Der dritte Schwerpunkt in diesem Jahr befasste sich mit dem Thema „Periphere Interventionen“. Den Auftakt machte ein Vortrag über die neusten Erkenntnisse zum Pathomechanismus der Re-Stenose. Weiterhin wurden zum einen die Drug Eluting Ballons (DEB) bei peripheren Interventionen kritisch vorgestellt, zum anderen anhand von sehr eindrücklichen Studien und Fällen die etwaigen Grenzen der interventionellen Gefäßmedizin aufgeführt.

Absolutes Highlight für viele Teilnehmer der diesjährigen Summer School war das Interventionstraining am Simulator. Hier konnten alle Teilnehmer anhand von virtuellen Fällen selbst Hand an Draht und Ballon anlegen und sich in der Auswahl der Materialien sowie der Dilatation und Stentimplantation üben.

Insgesamt war auch die diesjährige Summer School für Teilnehmer und Referenten eine wahre Bereicherung fachlicher wie auch persönlicher Natur, denn neben dem wissenschaftlichen Programm gab es reichlich Zeit zum Kennenlernen und Austausch. Durch die große Anzahl an unglaublich motivierten Referenten, die es verstanden haben die Zuhörer in ihren Bann zu ziehen sowie die Ausgewogenheit zwischen Vorträgen und Workshops sind die Teilnehmer mit neuen Ideen, neuen fachlichem Hintergrundwissen und vor allem neuer Begeisterung für das Fach Angiologie in ihre Kliniken zurückgereist und freuen sich auf eine hoffentlich genauso spannende und erlebnisreiche Summer School im nächsten Jahr.

Carolin Schöter, Forum Junge Angiologen

Das Forum Junge Angiologen auf der 44. DGA-Jahrestagung in Freiburg

Neben der Vaskulären Summer School ist das Forum Junge Angiologen im Rahmen der DGA-Jahrestagung die zweite turnusmäßige Veranstaltung der Jungen Angiologen.

Wie in den Vorjahren organisierte das Forum auch in diesem Jahr gemeinsam mit der Kommission Forschung, Lehre und Nachwuchsförderung drei Veranstaltungsblöcke mit wissenschaftlichen Vorträgen zu verschiedenen Themen. Zusätzlich vergab die DGA erneut 20 Reisestipendien.

60 Personen hatten sich bereits im Vorfeld für die Veranstaltungen angemeldet. Im ersten Block standen die Diagnostik, Therapieoptionen und Differentialdiagnosen der Claudicatio intermittens im Mittelpunkt. Zunächst wurde die konservative Therapie vorgestellt, das Augenmerk lag hier auf der medikamentösen Therapie sowie der Bewegungstherapie, insbesondere dem strukturierten Gehtraining. Im zweiten Abschnitt wurden neueste Erkenntnisse in der interventionellen und operativen Therapie und deren vielfältige Möglichkeiten eindrücklich dargelegt. Zuletzt wurde das komplexe Thema der Differentialdiagnosen der PAVK mit vielfältigen Beispielen erörtert.

Der zweite Veranstaltungsblock widmete sich den verschiedenen Therapieansätzen bei Pulmonaler Hypertonie. Zunächst wurde anschaulich über die Diagnostik und Differentialdiagnostik berichtet. Im Anschluss stellten mit Herrn Prof. Mayer aus Bad Nauheim und Herrn Prof. Konstantinides aus Mainz zwei ausgewiesene Experten eindrucksvoll die chirurgischen und medikamentösen Therapieoptionen dar.

Mit einem Blick über den gefäßmedizinischen Tellerand beleuchteten Dr. Boor aus der Neuroradiologie der Universitätsklinik Mainz sowie PD Dr. Shin aus der Kardiologie der Universitätsklinik Düsseldorf im dritten Block den ischämischen Schlaganfall. Dr. Boor berichtete über die Entwicklung der interventionellen



Therapie des Apoplex und den unterschiedlichen Entwicklungsstadien der dazugehörigen Katheterdevices. Sehr anschaulich wurde anschließend aus kardiologischer Sicht das Vorhofflimmern als eine der Ursachen des Apoplex demonstriert.

Alle Veranstaltungsböcke erfreuten sich einer regen Teilnahme und interessanten Diskussionen. Dabei freuen wir uns insbesondere über die vielen jüngeren Kollegen, die den Vorträgen beigewohnt.

Neben dem wissenschaftlichen Part gab es in diesem Jahr zum zweiten Mal auch eine eigene Abendveranstaltung der Jungen Angiologen. So trafen sich am Sonntagabend ca. 50 Personen auf einer Dachterrasse mit wunderbarem Blick über das abendliche Freiburg und nutzten das Treffen außerhalb des Kongresses zum Kennenlernen, Austauschen und Vernetzen.

*Dr. Bernd Krabbe, Darmstadt
Sprecher Junge Angiologen*

Neue Arbeitsgemeinschaft Assistenz- und Pflegepersonal in der DGA

Seit 2011 haben sich 120 Teilnehmer/-innen für die berufsbegleitende Fortbildung zur Angiologieassistentin bzw. zum Angiologieassistenten (DGA) entschieden. Die DGA hat ein Curriculum und damit verbunden ein neues Berufsbild geschaffen, dem inzwischen viele gefolgt sind und die Ausbildung erfolgreich abgeschlossen haben.

Die Mitglieder der DGA haben 2013 beschlossen, die Gesellschaft für nichtärztliches Assistenzpersonal zu öffnen. Heute verzeichnet die Gesellschaft 16 von ihnen als außerordentliche Mitglieder.

Bei der Jahrestagung der DGA in Hamburg 2014 fand zum ersten Mal ein Symposium der Gefäßassistenten mit unerwartet großer Beteiligung und äußerst angeregter Diskussion statt. In der dortigen Mitgliederversammlung fanden sich bereits erste Fürsprecher aus der Ärzteschaft. Daraus entstanden sehr interessante Gespräche. Ideen und Zukunftsvisionen fanden einen Platz in den Köpfen. Das medizinische Assistenzpersonal hat daher einen Aufruf gestartet, um herauszufinden, ob sie als Assistenten eine eigene Interessenvertretung in der DGA brauchen, zum Beispiel als eigene Arbeitsgemeinschaft. Es galt festzustellen, für welche Themen sie sich interessieren. Worüber können bzw. müssen sie diskutieren? Welche Sorgen und Nöte begleiten den Arbeitsalltag? Welche Ziele können sie verfolgen, was wollen sie erreichen? Wer kann sie dabei unterstützen? Was kann eine eigene AG dabei überhaupt leisten?

Am 27. September 2015 wurde die **Arbeitsgemeinschaft Assistenz- und Pflegepersonal** in der DGA im Rahmen der DGA-Jahrestagung in Freiburg gegründet. Im Vorfeld des Kongresses bekundeten bereits einige ihr Interesse an einer Zusammenarbeit. Schlussendlich haben sich neun Kolleginnen zusammengefunden und nach lebhafter Diskussion und einem regen Ideenaustausch die Gründung der AG beschlossen.

Zur Sprecherin wurde Anja Mannack aus Görlitz, zur Stellvertreterin Ines Weise aus Dresden gewählt. Als beratender ärztlicher Kollege wurde Dr. med. Wolfram Oettler aus Görlitz ernannt. Großer Dank gilt der Geschäftsstelle der DGA, welche die Arbeitsgemeinschaft mit großem Engagement unterstützte und bei der Verteilung der Rundschreiben half.

Die AG Assistenz- und Pflegepersonal hat versucht, realistische Ziele zu formulieren. Es wurden Ideen und Wünsche gesammelt, die nur mit viel Geduld, Beharrlichkeit und Loyalität gegenüber dem Beruf Wirklichkeit werden können.

Als Ziele für eine aktive Zusammenarbeit wurden festgelegt:

- Bekanntmachung der Interessenvertretung innerhalb der DGA
- Verbesserte Kommunikation unter den Kolleginnen und Kollegen in Ausbildung und Beruf, Hilfe und Angebote bei der Vermittlung von Hospitationsstellen
- Erfahrungsaustausch in regionalen und nationalen Netzwerken mit der DGA als Rückhalt
- Förderung der beruflichen Fortbildung, Weiterentwicklung des Berufsbildes Angiologieassistent/-in (DGA), Organisation von praxisnahen Weiterbildungen im Rahmen der jährlichen Jahrestagungen der DGA
- Formulierung und Diskussion berufspolitischer Ziele
- Ermittlung des eigenen Status im europäischen Vergleich
- Schaffung einer Informationsplattform (Newsletter/Website) zur Information interessierter Kolleginnen und Kollegen

Wer kann mitmachen?

- Angiologieassistent/-innen (DGA) und Gefäßassistenten/innen (DGA) in Ausbildung
- Schwestern/Pfleger, die in angiologisch-orientierten Praxen bzw. Kliniken beschäftigt sind

Ist eine DGA Mitgliedschaft erforderlich?

Nein, aber es wird angestrebt, möglichst viele Kolleginnen und Kollegen für eine Mitgliedschaft in der Gesellschaft zu begeistern und das Interesse an einer berufsbegleitenden Qualifikation zum Gefäßassistenten/-in der DGA zu fördern.

„Gemeinsam können wir viel erreichen! Für uns, für unsere tägliche Arbeit und für das Wohl unserer Patienten!“ – *Anja Mannack, Görlitz*

Symposium Kapillarmikroskopie für medizinisches Assistenzpersonal während der DGA-Jahrestagung

Auch in diesem Jahr wurde für das Assistenzpersonal ein Weiterbildungssymposium angeboten. Mit Dr. med. Rainer Schmiedel aus Kaiserslautern hat sich ein erfahrener Diagnostiker bereiterklärt, eine Fortbildung zur Kapillarmikroskopie als Bestandteil der Gefäßdiagnostik zu leiten. Seine Assistentin Frau Luxenburger-Theobald übernahm den Vorsitz des Symposiums.

Ca. 40 interessierte Zuhörerinnen und Zuhörer fanden sich ein. Dr. Schmiedel erörterte zunächst die Indikationen für eine kapillarmedizinische Untersuchung, erläuterte die Grundlagen zum technischen Ablauf und zeigte anhand einer umfangreichen Fotopräsentation zu erwartende Befundbilder. Er führte in einer praktischen Übung den konkreten Vorgang an einer am CREST-Syndrom erkrankten Patientin durch, die sich freundlicherweise für

die Veranstaltung zur Verfügung gestellt hat. Im Anschluss daran konnten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in Aktion treten und die Untersuchung selbst ausprobieren.

Diese Veranstaltung stellt einen wertvollen Beitrag in der Schulung und Weiterbildung des nicht-ärztlichen Assistenzpersonals dar und fand große Zustimmung unter den Teilnehmern. Eine Fortführung und Erweiterung sollte Ziel für die künftigen Jahrestagungen sein. Herr Dr. Schmiedel und Frau Luxenburger-Theobald erklärten sich bereit, auch an zukünftig geplanten Fortbildungen aktiv mitzuarbeiten. Vielen Dank dafür.

Anja Mannack · Sprecherin AG med. Assistenz- und Pflegepersonal in der DGA

DGA-Mitgliedschaft für medizinisches Assistenzpersonal

Den Aufnahmeantrag finden Sie unter www.dga-gefaessmedizin.de/ueber-uns/mitglied-werden.html. Sie erhalten alle wichtigen Informationen per DGA-Newsletter, können über den mitgliederinternen Bereich die VASA lesen und erhalten vergünstigten Eintritt zu Kongressen!

Mitgliedsbeitrag: 40 Euro/Jahr

Qualität in der gesundheitlichen Versorgung

Zertifizierung von Gefäßzentren

Die Gefäßmedizin hat sich in den letzten Jahrzehnten zu einem komplexen Fachgebiet mit umfangreichen und differenzierten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten entwickelt. Eine adäquate Diagnostik und Therapie arterieller, venöser und lymphatischer Erkrankungen setzt heute ein hohes Maß an Wissen, Erfahrung und technischen Fertigkeiten der beteiligten Fachdisziplinen voraus.

Nicht nur aufgrund des demografischen Wandels, sondern auch die drastische Zunahme von Krankheiten wie dem Diabetes mellitus werden Gefäßkrankheiten in ganz erheblichem Maße medizinisch, wirtschaftlich und sozial ins Gewicht fallen. Dabei wird der ältere Patient mit einer Vielzahl chronischer Erkrankungen und einer Fülle von Risikofaktoren im Vordergrund stehen, der eines interdisziplinären diagnostischen und therapeutischen Konzepts bedarf. Die Schaffung von interdisziplinären Kompetenzzentren für Gefäßmedizin ist die logische Konsequenz dieser Entwicklung.

Die Deutsche Gesellschaft für Angiologie führt in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG) und der Deutschen Röntgen-gesellschaft (DRG) Zertifizierungen von Gefäßzentren durch. Dabei sollen die Qualitätssicherung und -verbesserung im Vordergrund stehen.

Zertifizierungsprozess

Sollten Sie eine Zertifizierung oder Re-Zertifizierung Ihres Gefäßzentrums wünschen, wenden Sie sich zunächst bitte an die Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Angiologie. Nach einer ersten Prüfung werden Ihnen die Antragsunterlagen des Zertifizierungsverfahrens dann über die Private Akademie DGG gGmbH zur Verfügung gestellt. Dort werden die Abläufe des Zertifizierungsverfahrens organisiert.

Wir beraten und begleiten Sie auch bei Fragen im laufenden Zertifizierungsprozess!



Für Fragen zur Gefäßzentrumszertifizierung steht Ihnen der Leiter der Projektgruppe Gefäßzentrumszertifizierung, Herr Dr. med. Jürgen Ranft, telefonisch unter ☎ 02041 / 15-11 01 oder per E-Mail ✉ juergen.ranft@kk-bottrop.de gerne zur Verfügung.

Die Zertifizierung gilt für 3 Jahre (36 Monate). Für die Zertifizierung erstellt die DGA nach Eingang des ausgefüllten Antrags eine Rechnung über € 3.500 (zzgl. MwSt.). Erst nach Eingang der Zahlung wird der Antrag an die Gutachter zur Evaluierung weitergeleitet. Da eine Zertifizierung durch alle drei Fachgesellschaften ausdrücklich begrüßt wird, bitten wir darauf zu achten, dass Gefäßchirurgie und Radiologie – soweit vorhanden – ebenfalls einen entsprechenden Antrag bei ihrer Fachgesellschaft stellen.

Möglich sind neben der Zertifizierung durch alle drei Gesellschaften DGA, DGG und DRG auch Zweier- oder Einer-Zertifizierungen durch jeweils nur zwei oder eine einzelne Fachgesellschaft.

VORAUSSETZUNGEN

Minimal-Anforderungen an ein Interdisziplinäres Gefäßzentrum der DGA, DGG und DRG (3er-Zertifizierung):

Die ärztlichen Leiter der Kernfächer des Gefäßzentrums müssen sich zu einer konstruktiven interdisziplinären Zusammenarbeit bekennen und die Ziele des Gefäßzentrums aktiv unterstützen.

Fachdisziplinen

- Radiologie
- Gefäßchirurgie
- Angiologie (alternativ qualifizierte internistische Gefäßmedizin als Interimslösung bis zur Re-Zertifizierung)
- Strukturierte Kooperation mit weiteren Fachdisziplinen wie z. B. Kardiologie, Neurologie, Anästhesie, Nephrologie, Phlebologie, Diabetologie etc.

Behandlungsfälle

- Mehr als 800 Patienten mit Gefäßerkrankungen (ambulant und stationär), davon mehr als 600 mit arteriellen Gefäßerkrankungen
- Mehr als 150 Fälle mit peripherer AVK oder diabetischem Fußsyndrom, davon mehr als 50 mit kritischer Extremitätenischämie pro Jahr
- Mehr als 75 Fälle von venösen Thromboembolien, chronisch venöser Insuffizienz, Lymphödem pro Jahr
- Nachweis der Behandlung von mehr als 10 Fällen mit entzündlichen Gefäßerkrankungen pro Jahr
- Strukturiertes Management kardiovaskulärer Risikofaktoren und Rehabilitation bei Gefäßerkrankungen

Invasive und nicht-invasive apparative

Diagnostik

- CT
- MRT
- i.a. Angiographie (D S A)
- Phlebographie
- periphere Dopplersonographie
- Duplexsonographie der extrakraniellen, abdominalen und peripheren Arterien und Venen
- Laufbandergometrie
- funktionelle Gefäßdiagnostik (z.B. Kapillarmikroskopie, Oszillographie, TCPO2).

Anhaltzahlen operativer Behandlungen

- Mehr als 200 arterielle Rekonstruktionen pro Jahr, davon mehr als 30 Operationen der A. carotis und mehr als 20 OPs zur Ausschaltung von Aortenaneurysmen

- 20 krurale Rekonstruktionen
- 100 Operationen an den Venen

Anhaltzahlen Interventionen

- PTAs, Stent-Implantationen: mehr als 100 pro Jahr
- Lokale Thrombolyse-Therapie und/oder mechanische Thrombektomie: mehr als 10 pro Jahr
- Aortale und/oder iliace Stentgraft-Implantationen: mehr als 10 pro Jahr
- Gefäßverschießende Maßnahmen (Embolisation, Sklerosierung etc.): mehr als 20 pro Jahr.

Qualitätssicherung

- Teilnahme an dem zentralen Online-Register der DEGIR
- Teilnahme an den BQS-Modulen, soweit von den Landesbehörden vorgeschrieben, z.B. periphere PTA, Carotis-TEA
- Teilnahme an den Qualitätssicherungsmaßnahmen der DGG und DGA, z.B. Aneurysma-Chirurgie, Varizen-Chirurgie, Carotis-PTA etc.
- Regelmäßige Durchführung von Mortalitäts- und Morbiditäts-Konferenzen
- Schriftliche Leitlinien für die wichtigsten Gefäßerkrankungen (u.a. pAVK, diabetisches Fußsyndrom, Carotisstenose, Aortenaneurysma, venöse Thromboembolie, entzündliche Gefäßkrankheiten)
- Systematische Erfassung der Ergebnisqualität am Ende des klinischen Aufenthalts
- Systematische Erfassung und Auswertung von medizinischen Strahlenexpositionsdaten bei Gefäßpatienten

Weiterbildungsermächtigungen

(Teil- oder) vollständige Weiterbildungsermächtigung für Radiologie, Gefäßchirurgie und Angiologie (ggf. Ausnahme bei fehlendem FA für Angiologie bis zur Re-Zertifizierung)

Organisationsmerkmale

- Eine lückenlose „Rund um die Uhr-Betreuung“ muss für alle Gefäßpatienten sichergestellt sein.
- Bereitschafts- und/oder Rufdienste müssen für

alle Fachgebiete des Kernbereiches vorgehalten werden.

- Angebot von Präventionsprogrammen
- Bei sektorübergreifenden bzw. trägerübergreifenden Organisationen werden besondere Anforderungen an die Strukturqualität gestellt.
- Es sollte ein gemeinsames Dokumentationssystem verwandt werden.
- Eine interdisziplinäre Gefäßkonferenz muss mindestens 1x pro Woche, vorzugsweise täglich erfolgen. In diesen Sitzungen müssen entscheidungsbefugte Fachärzte der drei Kernfächer vertreten sein.
- Strukturierte interne und externe Fortbildungsmaßnahmen

Personalstärken (empfohlener Mindeststandard)

- Radiologen ≥ 3
- Gefäßchirurgen ≥ 3
- Angiologen (alternativ angiologisch qualifizierte Internisten als Interimslösung bis zur Re-Zertifizierung) ≥ 2
- Fachärzte mit interventioneller Expertise ≥ 3

Mitgliedschaft in den Fachgesellschaften

Die verantwortlichen Ärzte der entsprechenden Bereiche müssen Mitglieder ihrer jeweiligen Fachgesellschaften sein.



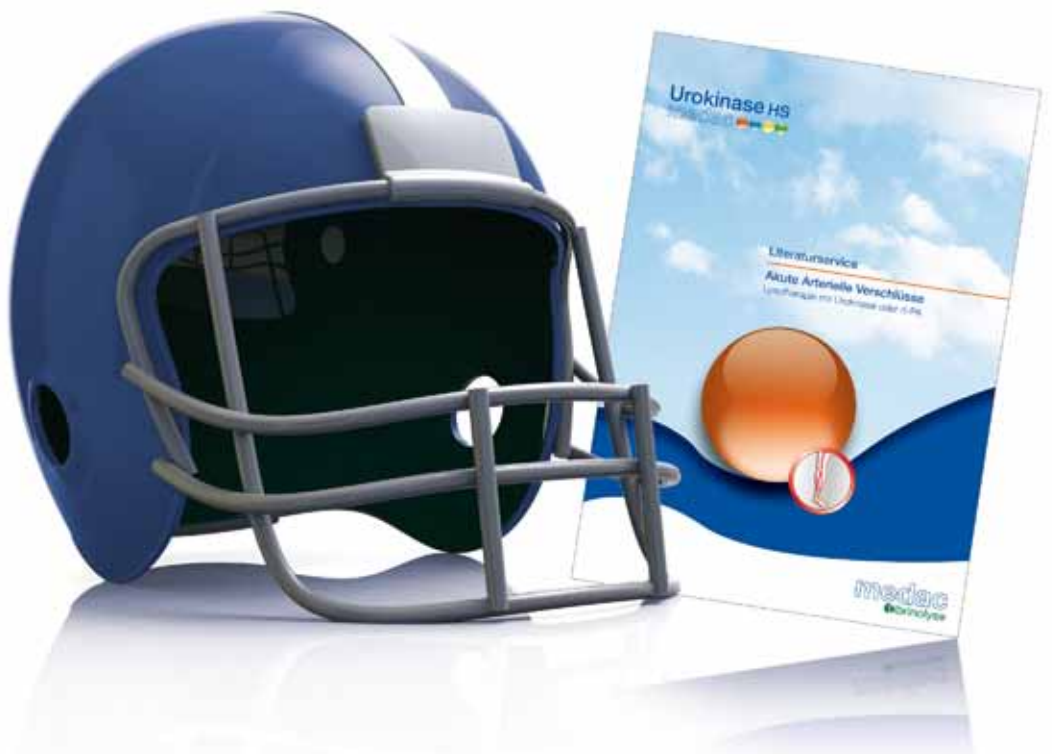
Urokinase 10 000 HS medac; Urokinase 50 000 HS medac; Urokinase 100 000 HS medac; Urokinase 250 000 HS medac; Urokinase HS medac Pulver zur Herstellung einer Injektions- bzw. Infusionslösung. **Zusammensetzung:** Eine Durchstechflasche Urokinase 10 000 (50 000; 100 000; 250 000) HS medac mit 24 (38; 39; 63) mg Trockensubstanz enthält 10.000 (50.000; 100.000; 250.000) I.E. Urokinase. Eine Durchstechflasche Urokinase HS medac mit 125 mg Trockensubstanz enthält 500.000 I.E. Urokinase. **Sonstige Bestandteile:** Natriummonohydrogenphosphat, Natriumdihydrogenphosphat, Human-Albumin. **Anwendungsgebiete:** Periphere arterielle Thrombose; akute und subakute Thrombose tiefer Venen; akute diagnostisch gesicherte Lungenembolie, insbesondere bei instabilen hämodynamischen Verhältnissen; thrombozierter arteriovenöser Shunt. **Urokinase 10 000/ 50 000 HS medac zusätzlich:** Prophylaxe infektiöser und thrombotischer Komplikationen zentralvenöser Katheter; Wiederherstellung der Durchgängigkeit thrombotisch verschlossener zentralvenöser Katheter, einschließlich Hämodialysekatheter. **Gegenanzeigen:** Allergie gegen den Wirkstoff Urokinase oder einen der sonstigen Bestandteile. Alle Formen verminderter Blutgerinnungsfähigkeit, insbesondere Spontanfibrinolyse, hämorrhagische Diathese und gleichzeitige Therapie mit oralen Antikoagulantien. Akute cerebrovaskuläre Ereignisse (z.B. cerebraler Insult, TIA), insbes. intrakranielle Blutungen; intrakranielle Neoplasien, Aneurysmen, arteriovenöse Missbildungen der Cerebralarterien; Aneurysma dissecans; manifeste klinisch relevante Blutung. Erhöhte Blutungsneigung infolge von Magen-Darm-Erkrankungen, Erkrankungen des Urogenitaltraktes, Lungen-, schweren Leber- und Nierenerkrankungen. Innerhalb von 3 Monaten nach einer schweren Blutung, einem schweren Trauma oder einem größeren chirurgischen Eingriff. In den ersten 4 Wochen post partum; Abort; Abortus imminens; Verdacht auf Placenta praevia. Nach Punktion eines nicht komprimierbaren Gefäßes; innerhalb von 10 Tagen nach Organbiopsie; Lumbalpunktion; längerfristige externe Herzmassage; kürzlich erfolgte intramuskuläre Injektion. Therapeutisch nicht beeinflussbare schwere, arterielle Hypertonie. Hämorrhagische Retinopathie oder andere Erkrankungen des Auges mit Blutungsneigung. Akute Pankreatitis, Perikarditis, bakterielle Endokarditis; Sepsis. **Nebenwirkungen: Blut, Lymphsystem:** *Sehr häufig:* Abfall des Hämatokrit ohne klinisch feststellbare Blutungen. **Nervensystem:** *Häufig:* Intrakranielle Blutungen. *Gelegentlich:* Lebensbedrohliche intrakranielle Blutungen. **Auge:** *Sehr selten:* Glaskörperblutungen. **Gefäße:** *Häufig:* Embolie. **Gastrointestinaltrakt:** *Häufig:* Gastrointestinale Blutungen, retroperitoneale Blutungen. *Gelegentlich:* Lebensbedrohliche gastrointestinale Blutungen, lebensbedrohliche retroperitoneale Blutungen. **Leber, Galle:** *Sehr häufig:* Vorübergehende Erhöhung der Transaminasen. *Gelegentlich:* Lebensbedrohliche intrahepatische Blutungen. **Niere, Harnwege:** *Sehr häufig:* Mikrohämaturie. *Häufig:* Urogenitale Blutungen. *Gelegentlich:* Lebensbedrohliche urogenitale Blutungen. **Haut, allergische Reaktionen:** *Sehr selten:* Allergische Reaktionen mit Flush, Urtikaria, Dyspnoe, Hypotension. **Allgemein:** *Sehr häufig:* (Sicker-)Blutungen aus Punktionsstellen, Wunden, Entstehung oder Vergrößerung von Hämatomen oder Sugillationen, Nasen- und Zahnfleischblutungen. *Häufig:* Fieber. *Gelegentlich:* Lebensbedrohliche Einblutungen in parenchymatöse Organe oder Muskeln. **Verschreibungspflichtig. medac GmbH, Theaterstraße 6; 22880 Wedel, Deutschland. Stand: April 2015**

So geht sicher!

Urokinase HS
medac

hat bei der Behandlung peripherer arterieller Verschlüsse ein geringeres Blutungsrisiko als rt-PA* und ist das einzige zugelassene Thrombolytikum für diese Indikation.

Ist Schnelligkeit wirklich immer wichtiger als Sicherheit?



*Ouriel et al., J Endovasc Ther 2004; 11: 436-446
Ouriel et al., J Vasc Interv Radiol 2000; 11: 295-298
Cina' et al., Ann Vasc Surg 1999; 13: 571-575
Graor et al., J Vasc Med Biol 1990; 2: 310-315
Meyerowitz et al., Radiology 1990; 175: 75-78

Mailen Sie uns unter gefaessmedizin@medac.de und fragen Sie nach unserem Literaturservice.

SCHWERPUNKTTHEMA: THROMBOSE UND LUNGENEMBOLIE (VTE)

Kampagne Risiko Thrombose

Die Zahlen sind dramatisch: Jedes Jahr sterben in Deutschland mehr Menschen an Venenthrombose und Lungenembolie als durch Verkehrsunfälle, AIDS, Prostata- und Brustkrebs zusammen. Aktuelle Schätzungen gehen von 40.000 bis 100.000 Todesfällen aus. Und doch ist das Bewusstsein darum in der Bevölkerung und bei der Ärzteschaft erschreckend wenig ausgeprägt.

Die DGA hat deshalb eine umfassende Aufklärungskampagne zum Thema Venenthrombose und Lungenembolie initiiert und das Aktionsbündnis Thrombose ins Leben gerufen. Die Kampagnenwebseite www.risiko-thrombose.de informiert u.a. über die Krankheitsbilder Thrombose und Lungenembolie, Präventionsmöglichkeiten und Risikofaktoren und bietet Patienten eine Arztdatenbank für die Suche nach einem Gefäßmediziner.

Anhand zahlreicher Informationsmaßnahmen sollen sowohl Ärzte als auch die Öffentlichkeit über Prävention, Diagnose und Therapie der VTE aufgeklärt werden. Mit Kampagnenmeilensteinen, wie dem bundesweiten Aktionstag Gefäßgesundheit, dem Welt-Thrombose-Tag und der VIVANTES Akademie werden die Bevölkerung und Stakeholder über diese Gefäßerkrankung, ihre Inzidenz und ihre Folgen aufgeklärt.

Veranstaltungen für Patienten

Der **5. bundesweite Aktionstag Gefäßgesundheit** fand in diesem Jahr unter dem Motto „Risiko Thrombose“ im Rahmen der Kampagne statt.

Es gab insgesamt 17 Veranstaltungen, darunter eine Kooperation mit der Stiftung Bremer Herzen sowie mit der Fitnessstudiokette „Holmes Place“, bei denen sich Patienten und Interessierte über Thrombose und Lungenembolie informieren konnten.



ten. Dafür wurden von der DGA Informationsmaterialien wie Flyer, Plakate und Risiko-Checkkarten bereitgestellt. Ärzten stand eine Präsentationsvorlage für Patientenvorträge zur Verfügung.

Im Vorfeld des Aktionstages gab es eine große **Ratgeberaktion** per Telefon und Chat mit führenden Gesundheitsexperten. Prof. Dr. Bauersachs, Prof. Dr. Ibrahim, PD Dr. Kalka und Prof. Dr. Konstantinides beantworteten die zahlreichen Fragen der Betroffenen. Das Chatprotokoll ist nachzulesen unter www.risiko-thrombose.de/ratgeberaktion.html. Das Aktionsbündnis Thrombose veranstaltete gemeinsam mit Vivantes am 24. November einen **Infoabend** in Berlin, um Patienten und Interessierte zum Thema Thrombose und Lungenembolie aufzuklären und auf Risiken sowie Behandlungsmöglichkeiten aufmerksam zu machen.

Veranstaltungen für Ärzte und Fachpublikum

Am 29./30. Mai fand die **12. Dresdener Gefäßtagung** statt, bei denen sich renommierte Experten über die interdisziplinäre Stufendiagnostik in der Gefäßmedizin berieten mit dem Ziel, Diagnoseverfahren zu optimieren. Frau Prof. Dr. Viola Hach-Wunderle (DGA-Vorstand) gab einen Überblick über



Podiumsdiskussion: Prof. Dr. Rupert Bauersachs (Wiss. Leiter Aktionsbündnis, DGA), Dr. Dominik Graf von Stillfried (Zentralinstitut f. d. kassenärztliche Versorgung in Dtl.), Sabine Rieser (Dt. Ärzteblatt), Jan Helfrich (DAK-Gesundheit), Dr. Siegfried Thom (vfa), PD Dr. Christoph Kalka (Deutsche Gefäßliga)

aktuelle Standards in der Diagnostik und Therapie der venösen Thromboembolie. „Mit einer Optimierung der Diagnoseverfahren und einer verstärkten interdisziplinären Zusammenarbeit werden wir in Zukunft neue Maßstäbe in der Diagnostik und der Behandlung der Patienten setzen können“, so Hach-Wunderle.

Anlässlich des zweiten **Welt-Thrombose-Tages** am 13. Oktober 2015 veranstaltete das Aktionsbündnis Thrombose unter der Schirmherrschaft von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe ein Fachsymposium, um über den aktuellen Stand der Versorgungsforschung, die aktuellen Leitlinien und die Behandlungs- und Folgekosten der Krankheiten zu diskutieren. Neben der Deutschen Gesellschaft für Angiologie (DGA) und der Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung (GTH) gehören dem Aktionsbündnis auch die Deutsche Gesellschaft für Phlebologie (DGP) und die Deutsche Gefäßliga an. Im gut gefüllten Hörsaal der Kaiserin-Friedrich-Stiftung in Berlin kamen auch die Patienten

nicht zu kurz. In der Podiumsdiskussion, die den Abschluss der Vorträge und Fachgespräche bildete, wurden drängende Fragen der Patientenversorgung diskutiert. Dabei schalteten sich auch Betroffene aktiv ein.



Referenten des Fachsymposiums anlässlich des 2. Welt-Thrombose-Tags in Berlin

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es gute wissenschaftliche Daten zur Prävention, Diagno-

se und Therapie venöser Thrombosen gibt. Weiße Flecken gibt es jedoch auch weiterhin im Bereich der Epidemiologie und der Versorgungswege in Deutschland. Hier bedarf es einer gemeinsamen



Kraftanstrengung von Kostenträgern, Kassenärztlichen Vereinigungen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und nicht zuletzt der Politik, um gemeinsame Ziele, wie die Linderung des Leids der betroffenen Patienten, die Senkung der Sterblichkeit und das Schaffen effektiverer und effizienterer Versorgungsstrukturen zu erreichen.

Ausblick auf 2016

Die Kampagne wird auch im kommenden Jahr fortgeführt, um die Ziele des Welt-Thrombose-Tages weiterhin zu verfolgen und eine größere Aufmerksamkeit für die Erkrankung in der Bevölkerung zu erreichen. Der nächste bundesweite Aktionstag Gefäßgesundheit findet am 18. Juni 2016 statt und auch zum Welt-Thrombose-Tag wird es eine Veranstaltung geben.

Informationen zur Kampagne „Risiko Thrombose“ und über künftige Veranstaltungen finden Sie auf der Webseite www.risiko-thrombose.de.



Grußwort



*Hermann Gröhe · Bundesminister
Mitglied des Deutschen Bundestages
Quelle: Bundesregierung/Steffen Kugler*

Obwohl Venenerkrankungen weit verbreitet sind, unterschätzen leider sowohl große Teile der Bevölkerung als auch manche Ärztinnen und Ärzte noch immer ihre Gefährlichkeit. Nach Schätzungen des Robert-Koch-Instituts zeigt etwa ein Drittel der Frauen und Männer in Deutschland Symptome eines fortgeschrittenen, chronischen Venenleidens. Dazu gehören Krampfadern, Flüssigkeitsansammlungen oder offene Beine. Ungefähr fünf Prozent der Bevölkerung haben in der Vergangenheit bereits eine tiefe Beinvenenthrombose erlitten. Zudem versterben jährlich mehrere tausend Menschen in Deutschland an den Folgen einer Lungenembolie. Häufig treten tödliche Lungenembolien ohne jegliche Vorwarnung auf.

Diese Fakten machen deutlich: Es ist wichtig, verstärkt über die Umstände aufzuklären, die das Auftreten einer venösen Thrombose begünstigen, und das Bewusstsein dafür zu schärfen, wie sich eine solche Gefahr verringern lässt.

Sehr unterschiedliche Umstände erhöhen das Risiko, eine Thrombose zu erleiden, vor allem größere Operationen, Bettlägerigkeit sowie schwere Krebs-, Nieren- und Herzerkrankungen oder schwerwiegende Infektionen. Ein Thromboserisiko kann aber auch durch familiäre Vorbelastung oder beispielsweise in der Schwangerschaft bestehen. Zudem steigt mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit einer Thrombose.

Die medizinischen Fachgesellschaften setzen sich für die weitere Erforschung von Thrombosen und Lungenembolien ein und geben in ihren Leitlinien wertvolle Empfehlungen für Diagnostik und Therapie. Auf dieser Grundlage können die Haus- sowie Fachärztinnen und -ärzte die betroffenen Patientinnen und Patienten bestmöglich behandeln. So lassen sich die Gefahren einer venösen Thrombose und Lungenembolie vermindern und die Versorgung der Betroffenen qualitativ verbessern.

Hermann Gröhe

Die Patientenversorgung in Deutschland verbessern

Interview mit Prof. Dr. med. Rupert Bauersachs



Anlässlich des diesjährigen Welt-Thrombose-Tages (WTT) am 13. Oktober führten wir ein Interview mit Prof. Rupert Bauersachs, Darmstadt, dem wissenschaftlichen Leiter des Aktionsbündnisses Thrombose. In ihm engagieren sich führende Fachgesellschaften wie die Deutsche Gesellschaft für Angiologie (DGA), die Deutsche Gesellschaft für Phlebologie (DGP), die Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung (GTH), die Deutsche Gefäßliga und Partner aus der Industrie gemeinsam gegen Thrombose und Lungenembolie.

Warum wird die Gefahr von Thrombose und Lungenembolie noch immer unterschätzt?

Weniger als die Hälfte der deutschen Bevölkerung ist mit dem Begriff Thrombose oder Lungenembolie vertraut, und viele denken, dass nur ältere Menschen davon betroffen seien. Der tragische Tod des CDU-Politikers Philipp Mißfelder, der im Juli mit 35 Jahren an einer Lungenembolie gestorben ist, hat uns unmittelbar vor Augen geführt, dass auch jüngere Menschen unvermittelt betroffen sein können.

Wie häufig treten Thrombosen und Lungenembolien auf, und wie viele Menschen sterben daran?

Die Häufigkeit des Neuauftretens, also die Inzidenz, kennen wir relativ genau: Etwa ein Mensch von 1.000 pro Jahr erleidet eine neu aufgetretene

Thrombose, und etwa 0,6 von 1.000 bekommen eine Lungenembolie. Für die Todesfälle haben wir leider nur sehr unzuverlässige Zahlen, da heute nicht mehr regelmäßig Autopsien durchgeführt werden: Wahrscheinlich sterben über 40.000 Menschen jedes Jahr in Deutschland an einer venösen Thromboembolie; die oben erwähnten plötzlichen Todesfälle fehlen allerdings in jeder Statistik.

Mit welchen Symptomen machen sich venöse Thromboembolien bemerkbar?

Die Thrombose kann sich wie ein Muskelkater bemerkbar machen, der sich allerdings im Verlauf der Zeit nicht bessert sondern eher stärker wird, ferner durch Waden- oder Beinschwellung. Bei der Lungenembolie können die Patienten Atemnot aufweisen, Schmerzen beim Atmen oder einen Kollaps.

Was sind die Risikofaktoren, wie kann man vorbeugen?

Die Risikofaktoren hat schon vor über 100 Jahren Rudolf Virchow, an dessen Geburtstag, dem 13. Oktober, ja alljährlich der WTT stattfindet, in seiner Trias zusammengefasst:

1. verlangsamer Blutfluss, wie zum Beispiel bei Immobilisation, Langstreckenreisen, postoperativ oder bei Gipsverbänden;
2. Aktivierung der Blutgerinnung, wie zum Beispiel postoperativ, posttraumatisch, bei Tumorpatienten, in der Schwangerschaft, durch Hormoneinnahme sowie
3. Veränderungen der Gefäßwand, wie zum Beispiel bei Verletzung, postthrombotisch oder bei Verweilkathetern.

Wie sieht die Patientenversorgung in Deutschland aus?

Die guten Nachrichten zuerst: Die Thromboseprophylaxe wird in deutschen Krankenhäusern im weltweiten Vergleich relativ konsequent umgesetzt. Die Thrombosedagnostik ist in Deutschland sehr zuverlässig, wie eine Erhebung an fast 5.000 Pati-

enten mit Thromboseverdacht zeigt, die bei ausgewählten niedergelassene Gefäßspezialisten, Phlebologen und Angiologen untersucht wurden. Dieses TULIPA-Register verdeutlichte, dass die diagnostische Sicherheit sehr hoch ist, denn über 99% der Patienten, bei denen eine Thrombose initial ausgeschlossen wurde, hatten auch tatsächlich in den folgenden drei Monaten keine Probleme.

Die schlechte Nachricht: Obwohl die venöse Thromboembolie eine so wichtige Erkrankung ist und tödlich enden kann, fehlen uns klare Informationen über die Epidemiologie und die Versorgungswirksamkeit in Deutschland! Hier wurde im Rahmen des Welt-Thrombose-Tages eine gezielte Versorgungsforschung angemahnt, um mögliche Defizite aufzuzeigen, welche dann gezielt angegangen werden könnten. Gerade auch aus der Versorgung zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich haben wir praktisch keine Informationen.

Welche Probleme entstehen in der Praxis bei der Patientenversorgung?

Hier sind zahlreiche Punkte zu nennen, zum Beispiel dass die in den Leitlinien geforderten D-Dimer-Tests nicht ausreichend gegenfinanziert sind. Unklarheiten bestehen oft auch über die Versorgung und Diagnostik an Wochenenden oder nachts; auch bei der schwierigen Frage nach der Dauer der Antikoagulation bestehen ebenfalls häufig Unsicherheiten; ferner bräuchten wir speziell für die älteren Patienten gezieltes Aufklärungsmaterial über die Erkrankung und die Therapiemöglichkeiten. Insgesamt gibt es bei zahlreichen Situationen und Gesichtspunkten Verbesserungsbedarf.

Wie sieht die evidenzbasierte Diagnose und Therapie von VTE aus?

Die neuen S2k-Leitlinien leiten aus der Fülle der verfügbaren Studien klare Ablaufempfehlungen zur Diagnostik ab, die einfach und sicher durchzuführen sind. Für die Therapie ist die sofort wirksame Antikoagulation die wichtigste Maßnahme, um lebensbedrohliche Rezidive zu verhindern.

Was ändert sich bei den neuen Leitlinien, die in Kürze verabschiedet werden?

Bei der Diagnostik wird jetzt ein altersadjustierter D-Dimer-Schwellenwert eingeführt (Alter x 10 µg/l bei einem Lebensalter >50 Jahre). Für die Therapie empfehlen die neuen Leitlinien als Alternative zur bekannten Therapie mit Heparin und überlappenden Vitamin-K-Antagonisten jetzt die Therapie mit den neuen oralen Antikoagulantien (NOAK), bei denen regelmäßige Gerinnungskontrolle nicht mehr erforderlich sind und die in Metaanalysen ein geringeres Risiko für schwere Blutungen aufweisen.

Welche Ziele hat sich das Aktionsbündnis Thrombose gesetzt, und wie kann man die Aktivitäten unterstützen?

Es ist ein Aktionsbündnis von starken und kompetenten Partnern, ein Expertennetzwerk der relevanten Akteure für die Thematik Thrombose und Lungenembolie. Es fördert eine fundierte Information zum Thema Lungenembolie und Thrombose und kann nachhaltig über Prävention, Diagnose und Behandlung aufklären und möchte langfristig zu einer Reduktion künftiger Erkrankungen beitragen.

Es fördert also zum einen die Awareness in der Bevölkerung, in der Fachöffentlichkeit, bei Stakeholdern aus Industrie und Politik und auch Kostenträgern, zum anderen kann zum Beispiel Versorgungsforschung oder andere Forschungsprojekte konzentriert entwickelt und kommuniziert werden. Ein weiteres Beispiel für die Aktivitäten des Aktionsbündnisses Thrombose ist die Unterstützung der Leitlinienimplementierung durch die Entwicklung von Pocketversionen, Kitteltaschenkarten oder Apps.

Katrin Breitenborn

Erstveröffentlichung in *vasomed* 2015;6:288–289.

JAHRESTAGUNGEN

Rückblick auf die 44. DGA-Jahrestagung in Freiburg



Die 44. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Angiologie vom 26.–29. September 2015 in Freiburg bildete das gesamte Feld der venösen, arteriellen und lymphatischen Gefäßkrankungen ab. Schwerpunkte waren die interventionelle Behandlung der arteriellen Verschlusskrankheit, jedoch auch der chronischen und akuten tiefen Beinvenenthrombose sowie die Vorstellung der neuen interdisziplinären Leitlinien zu den Themen „Venöse Thromboembolie“, „Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Venenthrombose und der Lungenembolie“, „Lipödem“ und „pAVK“, die in den kommenden Wochen publiziert werden sollen.

Neben der bekannten Interdisziplinarität der Tagung wurden zwei neue Formate eingeführt, zum einen ein Symposium in Kooperation mit der durch die Europa-Organisation durchgeführten Kongress-Serie „Resistant Hypertension Course@DGA“ und in Kooperation mit dem Leipzig Interventional Course (LINC) eine ganztägige Hauptsitzung mit Live Übertragungen und State-of-the-art Referaten als auch Pro- und Kontradiskussionen. Ebenso neu

war, dass im Rahmen der Eröffnungssitzung die verschiedenen Preisträger ihre Vorträge vor breiterem Publikum halten konnten und erstmalig der DGA-Journalistenpreis vergeben wurde.

Im Folgenden sollen einige Highlights des Kongresses ohne Anspruch auf Vollständigkeit als **„Take home messages“** zusammengefasst werden:

S2-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der venösen Thromboembolie:

Frau Prof. Hach-Wunderle gewährt Einblicke in die neue S-2-Leitlinie Diagnostik und Therapie der venösen Thromboembolie, welche dieses Jahr noch erscheinen soll. Im Wesentlichen bleibt der diagnostische Algorithmus bei Verdacht auf eine tiefe Beinvenenthrombose gleich, eine Veränderung tritt insofern auf, dass bei unklarem Befund eine Kontroll-Kompressionssonographie nach 4–7 Tagen erfolgen sollte, die bisher empfohlene Phlebographie hat keinen Stellenwert mehr. Des Weiteren wird auch eine Empfehlung die D-Dimere altersabhän-

gig zu bestimmen, Einzug in die Leitlinien nehmen. Hierdurch kann bei älteren Patienten eine Vielzahl unnötiger Untersuchungen vermieden werden. Einen Stellenwert wird auch die Intervention bei tiefer Beckenvenenthrombose in den neuen Leitlinien haben. In der neuen Fassung der Leitlinien werden auch zur Behandlung der tiefen Beinvenenthrombose alle vier derzeit verfügbaren und zugelassenen neuen oralen Antikoagulantien empfohlen.

Die Diagnostik der Lungenembolie richtet sich im Wesentlichen nach den ESC-Leitlinien von 2014. Als Besonderheit in der deutschen Leitlinie wird bei stabilem Patienten alternativ zur CT-Angiographie die Lungenventilationsperfusionsszintigraphie oder alternativ Ultraschallverfahren empfohlen. Zur Risikostratifizierung findet der PESI-Score Einzug in die neuen Leitlinien.

S-3-Leitlinie zur Prophylaxe der venösen Thromboembolie:

Frau Prof. Hach-Wunderle stellt ebenfalls die neue S-3 Leitlinie zur Prophylaxe der venösen Thromboembolie vor. Hier erfolgt die Risikostratifizierung des Patienten mittels dispositionellen Risiken und expositionellen Risiken und schließlich Einteilung in 3 Risikogruppen (niedrig, mittel und hoch). Bei niedrigem Thromboembolierisiko sollten Basismaßnahmen angewendet werden, bei mittlerem und hohem Thromboembolierisiko sollten zusätzlich medikamentöse Maßnahmen eingesetzt werden. Es wird die Empfehlung aufgenommen, dass stationäre Patienten mit akuten internistischen Erkrankungen und Bettlägerigkeit eine medikamentöse Thromboembolieprophylaxe erhalten sollen, vorzugsweise mit niedermolekularem Heparin in Hochdosis-Prophylaxedosis oder Fondaparinux (in der Regel für 6–14 Tage). In der ambulanten Medizin sollte die venöse Thromboembolieprophylaxe nach den gleichen Kriterien erfolgen wie die Prophylaxe im Krankenhaus.

Bei Verwendung von unfraktioniertem Heparin sollte regelmäßig eine Kontrolle der Thrombozytenzahl durchgeführt werden, bei Verwendung von niedermolekularem Heparin kann die Kontrolle in der Regel entfallen (Expertenkonsensus). Zu beachten ist, dass die gedruckten Risikoabschätzungen und die sich daraus ergebenden Maßnahmen zur Prophylaxe mit dem Patienten besprochen und dokumentiert werden müssen.

lekularem Heparin kann die Kontrolle in der Regel entfallen (Expertenkonsensus). Zu beachten ist, dass die gedruckten Risikoabschätzungen und die sich daraus ergebenden Maßnahmen zur Prophylaxe mit dem Patienten besprochen und dokumentiert werden müssen.

S-3-Leitlinie pAVK:

Herr Dr. Lawall gab einen Überblick über die neuen S-3-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit, Quintessenz ist bezüglich der Therapie neben der weiterhin zu beachtenden Sekundärprävention und supervisiertem Gehtraining eine aggressivere Indikationsstellung zur katheterinterventionellen Therapie bereits im Stadium der Claudicatio intermittens, auch bei komplexen Gefäßbefunden inklusive TASC II D Läsionen. Die endovaskuläre Therapie wird als „First Line Strategie“ betrachtet, die Chirurgie ist für Revaskularisationsmaßnahmen bei fehlenden anatomischen Voraussetzungen zur endovaskulären Therapie oder Versagen der endovaskulären Therapie reserviert.

Bezüglich der interventionellen Techniken wird der medikamentenbeschichteten Ballonangioplastie sowohl femoropopliteal als auch im Unterschenkelbereich eine herausragende Rolle zugestanden, wobei bezüglich der Indikation der medikamentenbeschichteten Ballonangioplastie die negativen Studiendaten der „In.Pact Deep Studie“ noch nicht publiziert waren. Stents und medikamentenbeschichtete Stents werden im Bereich des Oberschenkels als gleichwertig eingestuft.

Subgruppenanalyse der 1-Jahresdaten der Levant 2 Studie:

Herr Prof. Scheinert aus Leipzig stellte eine Subgruppenanalyse der in Deutschland eingeschlossenen Patienten der randomisierten Levant 2 Studie vor, welche die Ergebnisse der medikamentenbeschichteten Ballonangioplastie mit dem Lutonix 35® Ballon gegen die konventionelle Ballonangioplastie verglich. Dabei zeigten sich bessere 1-Jahresergebnisse bezüglich primärer Offenheitsrate und Reinterventionsrate für die deutsche Patienten.

tenkohorte im Vergleich zu den anderen europäischen und amerikanischen Zentren. Grund hierfür könnte zum einen eine bessere Wandadaptation des medikamentenbeschichteten Ballons durch eine bessere Ballon-zu-Gefäßdurchmesser Ratio sein, außerdem war die Zeit von der Schleusenpassage bis zur Balloninflation kürzer als in den anderen Zentren.

1-Jahresergebniss der In.Pact Global Studie, Subkohorte lange Läsionen:

Die In.Pact Global Studie stelle die größte interventionelle periphere Studie mit über 1.500 eingeschlossenen Patienten dar, von diesen wurden mehr als 150 Patienten mit langen Gefäßläsionen, die mit dem In.Pact Admiral® Ballon behandelt wurden, eingeschlossen. In dieser Subkohorte betrug die mittlere Läsionslänge femoropoplitealer Läsionen 26 cm, die primäre Offenheitsrate nach 360 Tagen betrug 91,1 %, nach 390 Tagen 80,7 %, die Reinterventionsfreiheit nach 1 Jahr 94 %. Es erscheint so, dass die Behandlung femoropoplitealer Läsionen mit der In.Pact-Technologie längenunabhängig sehr gute 1-Jahresergebnisse erzielt.

Helikales Stentdesign verbessert die Offenheits- und Reinterventionsraten nach 2 Jahren im Vergleich zu herkömmlichen Nitinolstents:

Die randomisierte MIMICS-Studie, die den Effekt der Implantation eines 3-dimensional helikal geformten Nitinolstents im Vergleich zu einem herkömmlichen Standard-Nitinolstent im Bereich der Arteria femoralis superficialis untersucht hat, zeigte eine hochsignifikant bessere primäre Offenheitsrate und dadurch auch signifikant reduzierte Reinterventionsrate nach 2 Jahren im Vergleich zu einem Standard Stent (LifeStent®). Der Bio-MIMICS-Stent wird zurzeit in einem großen internationalen multizentrischen Register als FDA Zulassungsstudie weiter getestet.

Gute Ergebnisse der direktionalen Atherektomie zur Behandlung von Unterschenkelarterienläsionen, Subgruppenanalyse der prospektiven Definitive LE Studie:

Dr. Rastan, Bad Krozingen, stellt die Subgruppenanalyse der 800 Patienten umfassenden Definitive LE Studie vor, die die Anwendung des Silverhawk- und Turbohawk-Atherektomiekatheters zur Behandlung femoropoplitealer und Unterschenkelarterien Läsionen untersucht hat. Die primäre Offenheitsrate am Unterschenkel nach einem Jahr betrug 84 %, die Major-Amputationsrate bei Patienten mit kritischer Extremitätenischämie 6,2 %. Bei einer Läsionslänge von knapp 6 cm sind diese Ergebnisse sehr vielversprechend, insbesondere unter dem Aspekt, dass es für die Indikation Unterschenkelintervention aktuell keinen medikamentenbeschichteten Ballon gibt, der einen technischen oder klinischen Nutzen gezeigt hat.

Vielversprechende Ergebnisse mit dem medikamentenfreisetzenden Chocolate-Ballon zur Behandlung femoropoplitealer Läsionen:

Die Interimsanalyse der angiographischen 6-Monatsergebnisse der multizentrischen einarmigen ENDURE Studie mit dem medikamentenbeschichteten Chocolate Touch® Ballonkatheter zeigte für den primären Endpunkt „Late Lumen Loss“ mit 0,16 mm ein vielversprechendes Ergebnis, das im Vergleich zu den meisten etablierten konventionellen medikamentenbeschichteten Ballonkathetern (DEB) überlegen ist, die primäre Offenheitsrate basierend auf der Duplexsonographie betrug 88,9 %. Das Follow-up dieser Pilotstudie ist noch nicht abgeschlossen. Der Ballon selbst zeichnet sich dadurch aus, dass bedingt durch einen Nitinolkäfig um den Ballonkatheter der Ballon bei Inflation kleine Kissen bildet, die den lokalen Gefäßwandstress reduzieren und dadurch weniger Dissektionen erzeugen soll. Zusätzlich wird die Ballonoberfläche um 20 % vergrößert, was theoretisch zu einer höheren Drogenaufnahme der Medikamentenbeschichtung in die Gefäßwand führen soll.

TEVAR App zur Standardisierung der endovaskulären Therapie von Erkrankungen der thorakalen Aorta:

Dr. Rylski, Freiburg – Bad Krozingen, stellte eine App vor, die inzwischen auch durch mehrere Prei-

se ausgezeichnet wurde, mit der praxisnah die Durchführung von Endoprothesenimplantationen bei thorakalen Aortenerkrankungen geplant und durchgeführt werden kann. Dr. Rylski konnte in einer zweiten Studie nachweisen, dass es bei Typ-B Dissektionen zu einem Remodelling der dissezierten deszendierenden Aorta nach Reparatur mittels „Frozen Elephant Trunk Technik“ kommt, diese Studie wurde neben vier weiteren mit dem *Young Investigator Award* ausgezeichnet.

Die genannten Studien stellen nur einen kleinen Teil der mehr als 110 als Vorträge oder Poster zugelassenen Abstract Einreichungen dar, insgesamt zeichneten sich die vorgestellten Studien durch einen hohen wissenschaftlichen Standard aus. Ergänzt wurden diese Abstract-Sitzungen durch zahlreiche Hauptsitzungen mit Einladungsvorträgen, von denen sich z. B. die Sitzung AVK und Geriatrie mit spezifischen Problemen im Umgang mit dieser Patientengruppe, die jährlich anwachsend ist, auseinandersetzt. Es wurde offensichtlich, dass geriatrische Patienten einer sehr individuellen Diagnostik und auch Therapie bedürfen, die den Möglichkeiten und Notwendigkeiten jedes einzelnen Patienten angepasst sein müssen. Dies ist Zeit- und Personalressourcen-intensiv und bedarf in Zukunft eines engen Austauschs zwischen Politik, Kostenträgern und Leistungserbringern.

In diesem Kontext standen auch Diskussionen zur Kosteneffektivität der interventionellen Therapie von Claudicatio-Patienten, neuere Studien konnten diesbezüglich zeigen, dass die initial höheren Behandlungskosten für medikamentenbeschichtete Therapieverfahren wie medikamentenbeschichtete Ballons (DEB) und medikamentenfreisetzende Stents (DES) nach 2 Jahren durch die geringere Rehospitalisationshäufigkeit wieder wettgemacht werden können bzw. sogar zu insgesamt Kosteneinsparungen führen.

Derartige Therapieverfahren sind aktuell im Bereich der Unterschenkelarterien nur begrenzt verfügbar,

entweder dadurch bedingt, dass sie wie Drug Eluting Stents nur für kurze Stenosen oder Verschlüsse zur Verfügung stehen oder für die DEB, weil diese bis jetzt keinen Effektivitätsnachweis im Unterschenkel führen konnten. Unter diesem Aspekt ist eine Analyse der Datenbank der Barmer Ersatzkasse, die durch die Münsteraner Arbeitsgruppe von Professor Reinecke durchgeführt wurde, aus Patientensicht und Kostenüberlegungen hochinteressant: In dieser Erhebung zeigte sich, dass in Deutschland weiterhin ein hoher Anteil an Patienten mit kritischer Extremitätenischämie vor einer Amputation nicht angiographiert werden (44 %) und damit auch keine Möglichkeit bekommen, durch eine revaskularisierende Maßnahme die Amputation zu verhindern oder das Amputationsniveau zu begrenzen.

Die Ergebnisse dieser Studie sind unter dem Aspekt alarmierend, dass die Anzahl älterer Patienten mit Diabetes und terminaler Niereninsuffizienz ansteigt und damit auch die Anzahl der Patienten, die am häufigsten von einer kritischen Extremitätenischämie betroffen sind. Eine weitere Studie, die die Behandlungsrealität in Deutschland abzubilden versuchte, die CRITISCH Studie, zeigte die Auswertung von 1.200 eingeschlossenen Patienten, dass 52 % endovaskulär behandelt wurden, knapp 34 % operativ und 10 % konservativ, während 2,5 % dieser Patienten primär amputiert wurden. Die Patientengruppe mit primärer Amputation hatte das höchste Mortalitätsrisiko gefolgt von der operativen Gruppe, während die endovaskuläre Therapiegruppe am besten abgeschnitten hat. Hauptrisikofaktor für eine Krankenhaus-Letalität und Komplikationen war die Niereninsuffizienz.

Insgesamt zeichnete sich die DGA-Tagung 2015 durch mehr als 1.000 Teilnehmer aus, die sich überwiegend positiv über das Kongressprogramm und den Veranstaltungsort (Konzerthaus Freiburg) mit seinem hellen und weitläufigen Raumangebot äußerten.

Prof. Dr. Thomas Zeller, Bad Krozingen

Ankündigung der 17. Dreiländertagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaften für Angiologie 2016

„Wissen-schaf(f)t Brücken“ – unter diesem Tagungsmotto wird vom 7. bis 10. September 2016 die erste gemeinsam konzipierte Tagung der Deutschen (DGA), Österreichischen (ÖGIA) und Schweizerischen (SGA) Gesellschaften für Angiologie mit der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie (DGP) im Internationalen Congress Centrum in Dresden stattfinden.

Die Begrifflichkeiten Wissenschaft und Brücken sind für die verantwortlichen Kongresspräsidenten PD Dr. Stefanie Reich-Schupke (DGP), Prof. Dr. Norbert Weiss (DGA), Prof. Dr. Andrea Wilfort-Ehringer (ÖGIA) und Dr. Ernst Gröchenig (SGA) gleich mehrfach von Bedeutung für die Konzeption dieser besonderen Tagung: Wir möchten eine wissenschaftliche Tagung mit einem regen Austausch aktueller Erkenntnisse, Fragen und Diskussionen. Dazu laden wir herzlich zu einer breiten und interdisziplinären Teilnahme ein.

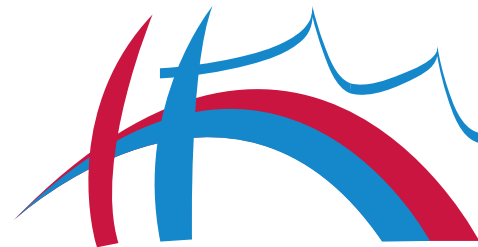
WICHTIGE TERMINE:

Abstracteinreichung ab:	01.02.2016
Abstract Deadline:	15.04.2016
Anmeldung ab:	01.02.2016

Weitere Informationen unter:

www.angio-phlebo-logie-2016.de

Im Zentrum der Tagung stehen die Angiologie und Phebologie, doch sehen wir die „Gefäßmedizin“ insgesamt als ein weites Feld. Sie spielt in nahezu allen medizinischen Fachdisziplinen eine Rolle und kann gewissermaßen als Brücke zwischen den verschiedenen medizinischen Fachgebieten dienen. Ohne Gefäße geht es nicht! Wir würden uns daher freuen, auch Teilnehmer anderer Fachbereiche im Auditorium und als Referenten begrüßen zu dür-



WISSEN SCHAFFT BRÜCKEN
DRESDEN 2016

fen. Entsprechend der bisherigen Planung erwartet Sie ein abwechslungsreiches, interdisziplinäres Programm, welches die Kommunikation über die fachlichen Grenzen hinweg anregen, wissenschaftliche Ideen wecken und gemeinsame Kommunikation erleichtern soll.

Die Tagung findet in Dresden statt, einer Stadt mit vielen Brücken. Allein innerhalb der Stadt wird die Elbe von neun Brücken überspannt. Dresden ist Landeshauptstadt, das politische Zentrum Sachsens und eine der schönsten Städte Europas. Der Freistaat konzentriert hier zahlreiche Kultureinrichtungen, Hochschulen, Forschungsinstitute und medizinische Einrichtungen. So bietet Dresden ein ideales Zentrum, um Brücken zu schlagen zwischen Wissenschaft und Kultur. Dem möchten wir in unserem Tagungsprogramm in einer Mischung aus wissenschaftlichem „Pflichtprogramm“ und kulturellem Rahmenprogramm Rechnung tragen.

Das Kongresszentrum an der Elbe selbst ist eines der beeindruckendsten Tagungsgebäude in Deutschland. Es schafft ideale Optionen für einen Kongress der geplanten Größenordnung. Einerseits ist es groß genug für das Programm von mehreren wissenschaftlichen Gesellschaften als „back to back“-Veranstaltung, andererseits bietet es aber auch ausreichende Nähe, um gemeinsame Sitzungen,



Der Neumarkt war und ist ein Identität stiftender Mittelpunkt Dresdens © Foto: Stadtplanungsamt Dresden



© Foto: Robert Lohan

Industriesymposien und Industrieausstellungen stattfinden zu lassen. Nicht nur im übertragenen Sinne finden sich hier im Inneren Brücken und Galerien zwischen den verschiedenen Ebenen.

Durch die zahlreichen, variablen Optionen der Räumlichkeiten können wir Ihnen Wissenschaft in verschiedensten Formaten anbieten – Workshops, Seminare, Vorträge, Symposien und Hands-on-Trainings sind möglich. Nun liegt es also an uns, das große Vorhaben einer gemeinsam konzipierten Tagung tatsächlich in die Tat umzusetzen, Gemeinsamkeiten zu schaffen und mit Leben zu füllen.

Wir bedanken uns für das Vertrauen, das unsere Gesellschaften uns geschenkt haben. Wir werden mit aller Kraft daran arbeiten, den Kongress in Dresden zu einem besonderen Ereignis werden zu lassen und laden Sie schon jetzt herzlich dazu ein!

PD Dr. Stefanie Reich-Schupke (DGP)
 Prof. Dr. Norbert Weiss (DGA)
 Prof. Dr. Andrea Wilfort-Ehringer (ÖGIA)
 Dr. Ernst Groechnig (SGA)



Herzlich willkommen! Welcome! Bienvenue! ¡Bienvenidos! Добро пожаловать!
 Bem-vindo! مرحباً Mire Se Vijni! Pari Yegak! Xoş gəlmişsiniz! Dobro doshül!
 歡迎 Velkommen! Tervetuloa! მოგესალმებით Καλώς ήρθατε! स्वागतम्
 Selamat Datang! خوش آمد بרוכים הבאים Benvenuto! ようこそ Қош келдіңіздер!
 환영 Добредојдовте! Sveiki! Wëllkomm! Добредојдовте! ادىدم آشوخ Witamy!
 Bine ai venit! Välkommen! Gruetzi! Добродошли! Vitajte! 歡迎! ยินดีต้อนรับ
 srdečně vítáme! Xoş geldiniz! Ласкаво просимо! Üdvözöljük! Xush kelibsiz!
 Chào mừng bạn! Сардэчна запрашаем! السلامعليكم Velkommen! Welkom! Salve!

73 Nationalitäten – EINE Hochschulmedizin | Dresden University Medicine: 73 Nationalities – ONE Team

© Uniklinikum Dresden

VORMERKEN!
 Die 45. DGA-Jahrestagung 2017 wird vom **13.–17. September** in der Urania Berlin stattfinden.

EUROPEAN SOCIETY OF VASCULAR MEDICINE (ESVM)

1. Jahreskongress der Europäischen Gesellschaft für Gefäßmedizin, 10.–12. Mai 2015 in Potsdam



**European Society
for Vascular Medicine**

Schwerpunkt bei diesem 1. Jahreskongress der Europäischen Gesellschaft für Gefäßmedizin (ESVM) war die Aus- und Weiterbildung, wobei die Stärken der unterschiedlichen Länder wesentlich genutzt werden sollten. Dementsprechend viele Workshops und Kurse unter der Leitung von ganz hervorragenden Experten aus den unterschiedlichen europäischen Mitgliedsländern wurden angeboten und sehr gut angenommen, vor allem für Ultraschall, nichtinvasive angiologische Funktionsdiagnostik und Gefäßintervention. Neben der Ausbildung konnten hier auch viele Netzwerke geknüpft werden.

In Ergänzung dazu gab es sieben beeindruckende Live Case Präsentationen aus der Gruppe von Herrn Prof. Scheinert, durchgeführt von Herrn PD Dr. Andrej Schmidt von der Universität Leipzig. Für viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer war es die erste Gelegenheit, Live Case Präsentationen beizuwohnen.

Das breite wissenschaftliche Programm wurde abgerundet durch die drei Firmensymposien zu den aktuellen Daten zu neuen Antikoagulantien sowie durch ein Firmensymposium zur Angiogenese-Stammzelltherapie, die allesamt sehr gut besucht waren.

Erfreulich war auch, dass die Präsidenten der ESVS, ISTH, IUA, SVM und UEMS der Einladung zum 1. Jahreskongress der Gesellschaft gefolgt waren. Vor

Beginn des Kongresses fanden das Board Meeting und die verschiedenen Committee Meetings statt, in denen an den nächsten Projekten der Gesellschaft gearbeitet wurde.

Statistik:

Teilnehmerzahl: 422 aus 31 Ländern
 Live Cases aus der Universität Leipzig: 7
 Workshops und Kurse: 15 mit 145 Teilnehmern
 Firmen-Symposien: 4

Teilnehmer kamen aus:

Argentina	Hungary	Serbia
Australia	India	Slovakia
Austria	Ireland	Slovenia
Belgium	Israel	South Africa
China	Italy	Spain
Czech Republic	Japan	Sweden
England	Poland	Switzerland
France	Polynesia	The Netherlands
Germany	Romania	The United States of America
Greece	Russia	United Kingdom

Poster Preise:

Die Jury wählte unter dem Vorsitz von Prof. Andreas Creutzig zwei Poster aus, deren Manuskripte in der VASA publiziert werden sollen. Die VASA ist als Zeitschrift der ESVM akzeptiert.

“EchocolorDoppler-guided angioplasty of vascular access for hemodialysis“ von Dr. Diego Tonello

“Improvement in ADMA and oxidative stress in responders to autologous mononuclear stem cells application for critical limb ischemia“ von Dr. Juraj Madaric

Mitgliedsgesellschaften und Akkreditierung

Aktuell hat die ESVM 15 europäische Mitgliedsländer, jüngstes Mitgliedsland ist Serbien. Entsprechend erfolgte die Akkreditierung des Kongresses durch folgende angiologische Fachgesellschaften:

- The German Society for Angiology
- The Austrian Society for Angiology and Vascular Medicine
- The Belgian Working Group on Angiology
- The Czech Society of Angiology
- The French Society for Vascular Medicine
- The Hungarian Society for Angiology and Vascular Surgery
- The Italian Society for Angiology and Vascular Medicine
- The Romanian Society of Angiology and Vascular Surgery
- Royal Society of Medicine Section of Vascular Medicine
- The Serbian Society of Angiology
- The Slovak Angiology Society
- The Slovenian Society for Vascular Medicine
- The Swedish Society of Hypertension, Stroke and Vascular Medicine
- The Swiss Society for Angiology
- Vascular Medicine Ireland

Danksagung

Wir sind der Industrie für die großzügige finanzielle Unterstützung dankbar, ohne die dieser erste Jahreskongress der ESVM nicht machbar gewesen wäre.

Ausblick

Der nächste ESVM Jahreskongress findet vom 7.–10. Mai 2016 in Rom statt. Kongresspräsidentin wird Frau Prof. Adriana Visonà aus Italien sein, die dann unmittelbar nach diesem Kongress die Präsidentschaft der ESVM von Frau Prof. Sigrid Nikol übernehmen wird. Eine Rotation durch weitere Mitgliedsländer ist geplant.

Das nächste Land wird Österreich sein, das 2017 mit Frau Prof. Marianne Brodmann, die als Kongress-Präsidentin und in-coming Präsidentin der Gesellschaft den Jahreskongress in Wien ausrichten wird.

Wir wünschen uns eine tatkräftige Mitarbeit von DGA-Mitgliedern bei Vortrags- und Kurs-Gestaltung, ebenso wie bei den aktuellen Projekten in den Arbeitsgruppen. Hierzu werden Berichte auf der ESVM-Website publiziert. Mit Frau Linda Nielsen konnte zudem eine erfahrene Sekretärin für die ESVM gewonnen werden.

*Prof. Dr. med. Sigrid Nikol, Hamburg
(ESVM-Präsidentin)*

WISSENSCHAFTLICHE PREISTRÄGER 2015



Dr. Thomas Wehrum

Promotionspreis der DGA für Dr. Thomas Wehrum

Dr. Thomas Wehrum aus Freiburg erhielt 2015 den Promotionspreis der DGA für seine Arbeit mit dem Titel „*Detektion retrograder Embolisation in der Aorta bei Schlaganfallpatienten und Kontrollen mittels analysebeschleunigter 4D Phasenkontrast MRT*“. Das Ziel dieser Arbeit war die Erfassung der Häufigkeit potentieller retrograder Embolisierung bei unselektierten Schlaganfallpatienten und bei Kontrollen mithilfe der flusssensitiven 4D Magnet-Resonanz-Tomographie. Der Preis ist mit 2.500€ dotiert und wurde im Rahmen der 44. Jahrestagung in Freiburg vergeben.



PD Dr. Jörg Herold

CLI-Preis für PD Dr. Jörg Herold

Der mit 5.000€ dotierte CLI-Preis ging an PD Dr. Jörg Herold aus Magdeburg. Prämiert wurde seine Arbeit „*Tetanus toxoid-pulsed monocyte vaccination for augmentation of collateral vessel growth*“.

Mit diesem von der Firma medac GmbH unterstützten Preis wird eine herausragende abgeschlossene klinische Forschungsarbeit zu Diagnostik und Therapie der kritischen Extremitätenischämie und/oder dem angio(neuro)pathischen diabetischen Fußsyndrom ausgezeichnet.



Dr. Nasser Malyar

EMIL-Award für Dr. Nasser Malyar

Dr. Nasser Malyar aus Münster wurde mit dem EMIL-Award ausgezeichnet. Zusammen mit der Emil GmbH Freiburg würdigt die DGA damit herausragende Projektskizzen zum Thema Qualitätssicherung und/oder Versorgungsforschung in der Gefäßmedizin. Die Arbeit mit dem Titel „*Peripheral arterial disease and critical limb ischemia: still poor outcomes and lack of guideline adherence*“ hatte zum Ziel, den aktuellen Status quo der pAVK-Patienten hinsichtlich Prävalenz des Schweregrades (nach den Rutherford-Kategorien, R1-6), Konstellation der Risikofaktoren, der chirurgischen und endovaskulären Revaskularisationsmaßnahmen sowie der Prognose bezüglich Beinamputation und Mortalität zu ermitteln. Der Preis ist mit 2.500€ dotiert.



Dr. Eva Freisinger

Young Investigator Award für Dr. Eva Freisinger

Mit dem 500€ dotierten YIA wird die beste Abstracteinreichung eines jungen Wissenschaftlers unter 35 Jahren ausgezeichnet. Dieser wurde 2015 an Dr. Eva Freisinger aus Münster für ihre Arbeit „*Atrial fibrillation is a risk marker for worse in-hospital and long-term outcome in patients with peripheral artery disease*“ vergeben. Periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) und Vorhofflimmern (VHF) treten zunehmend gemeinsam auf. Um die Auswirkungen von VHF auf Patienten mit PAVK zu untersuchen, analysierte die Münsteraner Forschungsgruppe 41.882 stationär im Krankenhaus versorgte PAVK-Patienten im Zeitraum von 2009–2011.

Weitere Autoren: M. Unrath, N. Malyar, M. Meyborg, H. Reinecke, K. Wasmer; Münster/Osnabrück

KOMMUNIKATION



Die Pressestelle der DGA ist Ansprechpartnerin für Medienvertreter aus Print, Online, TV und Hörfunk. Sie vermittelt Experten zu gefäßspezifischen Themen, gibt selbst Pressemitteilungen zu wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Themen heraus und informiert Fach- sowie Publikumsmedien über aktuelle Entwicklungen und neue Leitlinien.

Neben Pressegesprächen und Telefonaktionen mit verschiedenen Experten lud die DGA auch zu Pressekonferenzen am Welt-Thrombose-Tag und zur Jahrestagung ein.

Thrombose und Lungenembolie, die periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) sowie das Raynaud-Phänomen waren in diesem Jahr die Schwerpunktthemen in der Berichterstattung. Im Kalenderjahr 2015 erschienen rund 1200 Presseberichte im Print- und Onlinebereich sowie im Hörfunk und als Meldungen von großen Presseagenturen.

Die DGA nutzt für ihre Medienarbeit auch Presseportale und soziale Netzwerke, worüber eine breite Leserschaft erreicht wird. Zum Nachlesen werden sämtliche Pressemitteilungen auf der DGA-Website unter www.dga-gefaessmedizin.de/presse/pressemitteilungen-2015.html veröffentlicht.

5. Bundesweiter Aktionstag Gefäßgesundheit

Thrombose – lautlose Gefahr

Schmerzen in den Beinen

Leitlinien

PAVK

Gefährlicher Blutpfropf

Thrombose und Lungenembolie

Weißer Finger:
Das Raynaud-Phänomen

Welt-Thrombose-Tag

Risiko Thrombose – Perspektiven für eine bessere
Patientenversorgung in Deutschland

Lungenembolie kann jeden treffen

DOKUMENTE

Satzung der Deutschen Gesellschaft für Angiologie – Gesellschaft für Gefäßmedizin e. V. (DGA) (Stand 27.09.2015)

§ 1 Name und Sitz

(1) Die Gesellschaft führt den Namen „Deutsche Gesellschaft für Angiologie, Gesellschaft für Gefäßmedizin e.V. (DGA)“ (nachfolgend die „Gesellschaft“ oder „DGA“).

(2) Die Gesellschaft hat ihren Sitz in Frankfurt/Main. Sie ist in das Vereinsregister des Amtsgerichtes Frankfurt eingetragen worden.

§ 2 Zweck

(1) Zweck der Gesellschaft ist die Förderung der Wissenschaft und die Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens und der öffentlichen Gesundheitspflege auf dem gesamten Gebiet der Gefäßmedizin. Die DGA dient der Verhütung und Bekämpfung von Gefäßkrankheiten in Klinik und Praxis. Hierzu dient auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Fachgesellschaften, Verbänden und Behörden. Besonderes Anliegen ist die Weiter- und Fortbildung sowie die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses.

(2) Der Satzungszweck wird verwirklicht insbesondere durch die Veranstaltung einer jährlichen Tagung (Jahrestagung). Daneben richtet sie örtliche, regionale und überregionale Tagungen und Fortbildungskurse für Ärzte sowie Informationsveranstaltungen für Laienpublikum aus. Durch Öffentlichkeitsarbeit werden Patienten und Risikopersonen über Prävention, Diagnostik und Therapie von Gefäßkrankungen informiert und aufgeklärt.

Werden Veranstaltungen dieser Art von anderen Veranstaltern als der DGA geplant, so können sie nach Zustimmung des Vorstandes in Zusammenarbeit mit der DGA bzw. mit Unterstützung durch die Gesellschaft durchgeführt werden. Die wissenschaftliche Bearbeitung von definierten Teilbereichen der Gefäßmedizin kann durch Sektionen erfolgen, die dem Vorstand unterstehen. Der Vorstand gibt den Sektionen eine Geschäftsordnung.

§ 3 Gemeinnützigkeit

(1) Die Gesellschaft verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke im Sinne des Abschnitts „Steuerbegünstigte Zwecke“ der Abgabenordnung.

(2) Die Gesellschaft ist selbstlos tätig, sie verfolgt nicht in erster Linie eigenwirtschaftliche Zwecke. Mittel der Gesellschaft dürfen nur für die satzungsmäßigen Zwecke verwendet werden. Die Mitglieder erhalten keine Zuwendungen aus Mitteln der Gesellschaft. Es darf keine Person durch Ausgaben, die dem Zweck der Gesellschaft fremd sind, oder durch unverhältnismäßig hohe Vergütungen begünstigt werden.

§ 4 Mitgliedschaft

(1) Ordentliches Mitglied können Ärzte oder Wissenschaftler werden, die sich praktisch oder wissenschaftlich mit Gefäßmedizin beschäftigen. Aufnahmeanträge sind an den Geschäftsführer zu richten. Der Antrag bedarf der Befürwortung zweier Bürgen, die seit mindestens drei Jahren Mitglied der Gesellschaft sind. Über die Aufnahme entscheidet der Vorstand.

(2) Außerordentliches Mitglied können alle anderen natürlichen Personen werden sowie juristische Personen, bei denen es sich um gemeinnützige Vereinigungen oder gemeinnützige wissenschaftliche Gesellschaften handelt. Außerordentliche Mitglieder sind nicht stimmberechtigt und nicht wählbar. Im Übrigen entsprechen ihre Rechte denen der ordentlichen Mitglieder. Sie zahlen den für ordentliche Mitglieder beschlossenen Mitgliedsbeitrag. Sie können auf eigenen Antrag und mit Bürgschaft zweier ordentlicher Mitglieder, die seit mindestens drei Jahren Mitglied der Gesellschaft sind, durch den Vorstand aufgenommen werden. Angehörige medizinischer Assistenzberufe zahlen einen reduzierten Mitgliedsbeitrag und benötigen die Befürwortung durch einen Bürgen.

(3) Förderndes Mitglied können Unternehmen mit Bezug zur Gefäßmedizin werden. Zwischen ihnen und der DGA wird eine individuelle Vereinbarung über die fördernde Mitgliedschaft und den durch das fördernde Mitglied zu leistenden Beitrag geschlossen. Fördernde Mitglieder entsenden jeweils einen Vertreter in das Kuratorium der DGA. In den anderen Organen der DGA sind die fördernden Mitglieder nicht stimmberechtigt und nicht wählbar.

(4) Zum Ehrenmitglied können natürliche Personen innerhalb und außerhalb Deutschlands ernannt werden, die sich besondere Verdienste um die Gefäßmedizin erworben haben. Ehrenmitglieder, die nicht auch ordentliche Mitglieder sind, sind zwar stimmberechtigt, aber nicht wählbar. Ehrenmitglieder sind von Mitgliedsbeiträgen befreit. Vorschläge zur Ernennung sind mit Begründung unter Beifügung entsprechender Unterlagen dem Vorstand einzureichen. Auf Antrag des Vorstandes entscheiden Beirat und Vorstand mit 2/3-Mehrheit der anwesenden stimmberechtigten Mitglieder über die Ernennung.

(5) Zum korrespondierenden Mitglied können im Ausland lebende Ärzte oder Wissenschaftler, die sich praktisch oder wissenschaftlich mit Gefäßmedizin beschäftigen, ehrenhalber ernannt werden. Sie sind nicht stimmberechtigt und nicht wählbar. Korrespondierende Mitglieder sind von Mitgliedsbeiträgen befreit. Vorschläge zur Ernennung sind mit Begründung unter Beifügung entsprechender Unterlagen dem Vorstand einzureichen. Auf Antrag des Vorstandes entscheiden Beirat und Vorstand mit 2/3-Mehrheit der anwesenden stimmberechtigten Mitglieder über die Ernennung.

(6) Die Höhe der Mitgliedsbeiträge der ordentlichen und außerordentlichen Mitglieder wird von der Mitgliederversammlung beschlossen. Der Vorstand kann aus wichtigem Grund in Einzelfällen Beiträge herabsetzen oder erlassen. In den Ruhestand getretene ordentliche Mitglieder bleiben auf Antrag ohne weitere Beitragspflicht ordentliche Mitglieder der Gesellschaft. Der Beitrag der fördernden Mitglieder wird individuell mit dem Vorstand vereinbart.

§ 5 Organe

Organe der Gesellschaft sind:

- die Mitgliederversammlung;
- der Vorstand;
- der Beirat;
- die ständigen Kommissionen;
- das Kuratorium

§ 6 Die Mitgliederversammlung

(1) Die Mitgliederversammlung ist das oberste Organ der Gesellschaft. Die ordentliche Mitgliederversammlung findet wenigstens einmal jährlich statt, und zwar in der Regel im Zusammenhang mit der Jahrestagung der Gesellschaft. Die Mitgliederversammlung ist vom Vorstand mit einer Frist von vier Wochen einzuberufen und zwar durch Rundschreiben an die letzte vom Mitglied der Gesellschaft schriftlich mitgeteilte Anschrift (Datum des Postausgangs) oder per E-Mail an die letzte vom Mitglied der Gesellschaft per E-Mail oder schriftlich mitgeteilte E-Mail-Adresse (Datum des E-Mail-Versands) oder durch Veröffentlichung im Mitteilungsheft der Gesellschaft. Mit der Einladung ist die vorgesehene Tagesordnung mitzuteilen.

(2) Eine außerordentliche Mitgliederversammlung muss vom Vorstand einberufen werden, wenn dies von mindestens 15% der Mitglieder schriftlich unter Angabe des Zwecks und der Gründe beantragt wird. Darüber hinaus können der Vorstand und der Vorstand im Sinne von § 26 BGB (vgl. § 9 Abs. 2 der Satzung) bei Vorliegen eines wichtigen Grundes jeweils mit einfacher Mehrheit die Einberufung einer außerordentlichen Mitgliederversammlung beschließen. Die außerordentliche Mitgliederversammlung wird wie eine ordentliche Mitgliederversammlung einberufen.

(3) Die Mitgliederversammlung wird vom Präsidenten oder seinem Vertreter geleitet. Anträge von Mitgliedern der Gesellschaft zur Tagesordnung der ordentlichen Mitgliederversammlung müssen mindestens zwei Monate vor der Versammlung schriftlich beim Vorstand eingereicht werden und eine Begründung enthalten.

(4) Bis spätestens eine Woche vor der Mitgliederversammlung können 15% der Mitglieder unter Angabe des Zwecks und der Gründe schriftlich eine Ergänzung der Tagesordnung beantragen. Über Anträge auf Ergänzung der Tagesordnung, die in der Mitgliederversammlung gestellt werden, beschließt die Mitgliederversammlung mit einfacher Mehrheit.

(5) Jede ordnungsgemäß anberaumte (ordentliche oder außerordentliche) Mitgliederversammlung ist beschlussfähig. Sie beschließt über Anträge durch einfache Mehrheit der anwesenden Mitglieder, soweit nicht in der Satzung ein anderes Verfahren bestimmt ist. Stimmenthaltungen gelten als nicht abgegebene Stimmen. Die Beschlussfassung der Mitgliederversammlung erfolgt grundsätzlich in offener Abstimmung, sofern die Mitgliederversammlung nicht auf Antrag eine geheime Abstimmung beschlossen hat. Personalentscheidungen werden in geheimer Abstimmung getroffen; steht nur ein Kandidat zur Wahl, kann, nachdem die Mitgliederversammlung dies beschlossen hat, offen abgestimmt werden. Beschlüsse, die die Abwahl einzelner Vorstandsmitglieder und/oder die Abberufung des Vorstandes, Satzungsänderungen oder die Auflösung der Gesellschaft betreffen, bedürfen zu ihrer Wirksamkeit einer Mehrheit von 2/3 der erschienenen Mitglieder.

(6) Änderungen der Satzung der Gesellschaft sind nur möglich, wenn die Satzungsänderung dem Gegenstande, nicht notwendig dem Inhalt nach, in der Einladung zur Mitgliederversammlung angekündigt wurde.

(7) Die Mitgliederversammlung hat darüber hinaus folgende Aufgaben:

- die Entgegennahme des Tätigkeitsberichtes des Vorstandes sowie des nach § 13 geprüften Kassenberichtes für das abgelaufene Geschäftsjahr;
- die Entlastung des Vorstandes;
- die Wahl von Vorstandsmitgliedern;
- die Wahl der Mitglieder der ständigen Kommissionen;
- die Wahl der Kassenprüfer;
- die Festsetzung der Mitgliedsbeiträge für ordentliche und außerordentliche Mitglieder.

(8) Über die Mitgliederversammlung und deren Beschlüsse ist eine Niederschrift anzufertigen, die vom Leiter der Mitgliederversammlung und einem weiteren Mitglied des Vorstandes, in der Regel vom Geschäftsführer, zu unterzeichnen ist.

§ 7 Der Vorstand

(1) Der Vorstand besteht aus:

- dem Präsidenten;
- dem vorherigen Präsidenten für drei Jahre nach dem Ende seiner Amtszeit;
- dem Geschäftsführer;
- den Leitern der sechs ständigen Kommissionen.

(2) Vorstand im Sinne von § 26 BGB sind der Präsident und der Geschäftsführer.

(3) Der Präsident wird von der Mitgliederversammlung auf die Dauer von drei Jahren mit einfacher Mehrheit gewählt. Wählbar ist, wer in der Vergangenheit bereits einmal als Vorstandsmitglied, als Mitglied des Beirats, oder als Mitglied einer ständigen Kommission gewählt wurde. Der Präsident ist einmal (unmittelbar oder mittelbar) wiederwählbar. Der Vorstand schlägt einen oder mehrere Kandidaten für das Amt des Präsidenten zur Wahl durch die Mitgliederversammlung vor. Die ordentlichen Mitglieder haben das Recht, Vorschläge für das Amt des Präsidenten zu machen; sie müssen spätestens zwei Monate vor der geplanten Mitgliederversammlung schriftlich beim Vorstand eingereicht werden. Die Vorschläge des Vorstands und der Mitglieder müssen mit der Einladung zur Mitgliederversammlung verschickt werden.

(4) Der Geschäftsführer wird von der Mitgliederversammlung auf die Dauer von drei Jahren mit einfacher Mehrheit gewählt. Wählbar ist jedes ordentliche Mitglied. Wiederwahl ist möglich. Der Vorstand schlägt einen oder mehrere Kandidaten für das Amt des Geschäftsführers zur Wahl durch die Mitgliederversammlung vor. Die ordentlichen Mitglieder

haben das Recht, Vorschläge für das Amt des Geschäftsführers zu machen; sie müssen spätestens zwei Monate vor der geplanten Mitgliederversammlung schriftlich beim Vorstand eingereicht werden. Die Vorschläge des Vorstands und der Mitglieder müssen mit der Einladung zur Mitgliederversammlung verschickt werden.

(5) Die Leiter der ständigen Kommissionen werden von der Mitgliederversammlung auf die Dauer von drei Jahren mit einfacher Mehrheit gewählt. Wählbar ist jedes ordentliche Mitglied außer Präsident und Geschäftsführer. Ein Kommissionsleiter darf nur einer Kommission vorsitzen. Wiederwahl ist möglich. Die Wahlvorschläge werden vom Vorstand und von den Mitgliedern in der Mitgliederversammlung gemacht.

(6) Aus Gründen der Kontinuität erfolgt die Wahl der Vorstandsmitglieder versetzt in folgendem Drei-Jahres-Turnus: In einem Jahr werden gewählt der Leiter der Kommission für Forschung, Lehre und Nachwuchsförderung und der Leiter der Kommission für Gefäßmedizin im Krankenhaus. Im darauf folgenden Jahr werden gewählt der Geschäftsführer und der Leiter der Kommission für Gefäßmedizin in der Niederlassung und der Leiter der Kommission für Leitlinien und Qualitätssicherung. Im hierauf folgenden Jahr werden gewählt der Präsident und der Leiter der Kommission für Fort- und Weiterbildung und der Leiter der Kommission für interdisziplinäre Zusammenarbeit und Öffentlichkeitsarbeit.

(7) Anlässlich seiner ersten Zusammenkunft nach der Jahrestagung der Gesellschaft wählt der Vorstand aus seiner Mitte heraus einen stellvertretenden Präsidenten für die Dauer von einem Jahr. Wiederwahl ist möglich.

(8) Scheidet ein Vorstandsmitglied während seiner Amtszeit aus, wählen die Mitglieder des Vorstandes mit einfacher Mehrheit einen Vertreter für den Zeitraum bis zur nächsten Mitgliederversammlung. Die nächste Mitgliederversammlung wählt dann ein neues Vorstandsmitglied für den Rest der Amtsperiode.

(9) Der Präsident leitet die Gesellschaft. Er ist an die Beschlüsse des Vorstandes gebunden und diesem berichtspflichtig. Zur Ausübung seiner Tätigkeit steht ihm die Geschäftsstelle zur Verfügung.

(10) Der Geschäftsführer leitet die operativen Geschäfte der Gesellschaft. Insbesondere ist er für das Führen der Mitgliederdatei und für die Kontrolle der Finanzen der Gesellschaft verantwortlich. Zur Ausübung seiner Tätigkeit steht ihm die Geschäftsstelle zur Verfügung.

(11) Die Gesellschaft wird gerichtlich und außergerichtlich durch den Präsidenten und den Geschäftsführer vertreten. Der Präsident und der Geschäftsführer sind jeweils befugt, die Gesellschaft allein zu vertreten. Die Geschäftsführung der Gesellschaft im Innenverhältnis obliegt dem Präsidenten und dem Geschäftsführer. Im Verhinderungsfalle sollen die Aufgaben des Präsidenten von dessen Stellvertreter, die Aufgaben des Geschäftsführers vom Präsidenten wahrgenommen werden.

(12) Der Vorstand berät in der Regel dreimal jährlich, davon einmal im Zusammenhang mit der Jahrestagung der Gesellschaft. Die Einladung zur Vorstandssitzung und die Mitteilung der Tagesordnung obliegen dem Präsidenten. Die Vorstandssitzung wird vom Präsidenten geleitet. Der Vorstand fasst seine Beschlüsse mit einfacher Stimmenmehrheit der Erschienenen. Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des Präsidenten. Über die gefassten Beschlüsse ist eine Niederschrift anzufertigen. Die Niederschrift ist vom Präsidenten und von einem weiteren Mitglied des Vorstandes, in der Regel vom Geschäftsführer, zu unterzeichnen.

(13) Der Vorstand kann unabhängig von den ständigen Kommissionen Projektgruppen mit definierten und zeitlich begrenzten Aufgaben einsetzen. Der entsprechende Vorstandsbeschluss muss mit 2/3-Mehrheit gefasst werden.

(14) Die Preise der Gesellschaft, Forschungsstipendien und Sachbeihilfen werden nach Vorstandsbeschluss mit 2/3-Mehrheit vergeben. Für die Preise und Stipendien ist eine angemessene Begutachtung erforderlich. Die Preise werden anlässlich der Jahrestagung überreicht.

(15) Die Mitglieder des Vorstands werden von der Kongressgebühr der Jahrestagungen freigestellt und erhalten freie

Unterkunft am Tagungsort für die Dauer der Jahrestagung. Mitgliedern des Vorstands darf eine angemessene Tätigkeitsvergütung gezahlt werden.

§ 8 Der Beirat

(1) Der Beirat besteht aus:

- dem Präsidenten,
- dem Geschäftsführer,
- den Mitgliedern der ständigen Kommissionen, die nicht Leiter der Kommission sind.

(2) Der Beirat berät den Vorstand. Er tritt zweimal im Jahr zusammen, davon einmal anlässlich der Jahrestagung. Die Sitzungen des Beirats können gemeinsam mit dem Vorstand abgehalten werden. Auf schriftliches Verlangen von mindestens 1/3 der Beiratsmitglieder ist eine zusätzliche Sitzung einzuberufen. Die Einladung zur Sitzung und die Mitteilung der Tagesordnung obliegen dem Präsidenten. Die Sitzung wird vom Präsidenten geleitet. Der Beirat fasst seine Beschlüsse mit einfacher Stimmenmehrheit der Erschienenen. Bei Stimmgleichheit entscheidet die Stimme des Präsidenten. Über die gefassten Beschlüsse ist eine Niederschrift anzufertigen. Die Niederschrift ist vom Präsidenten und von einem weiteren Mitglied des Beirats, bei gemeinsamer Sitzung mit dem Vorstand in der Regel vom Geschäftsführer, zu unterzeichnen.

(3) Der Beirat wählt gemeinsam mit dem Vorstand auf seiner Sitzung anlässlich der Jahrestagung der Gesellschaft den Präsidenten der Jahrestagung mit einfacher Mehrheit jeweils drei Jahre im Voraus, wobei der Präsident und der Geschäftsführer als Mitglieder beider Organe bei der Abstimmung jeweils nur eine Stimme haben. Jedes ordentliche Mitglied der Gesellschaft kann bis spätestens vier Wochen vor der Jahrestagung der Gesellschaft schriftlich Vorschläge für die Wahl des Tagungspräsidenten beim Vorstand einreichen.

(4) Die Mitglieder des Beirats werden von der Kongressgebühr der Jahrestagungen freigestellt und erhalten freie Unterkunft am Tagungsort für die Dauer der Jahrestagung. Mitgliedern des Beirats darf eine angemessene Tätigkeitsvergütung gezahlt werden.

§ 9 Die ständigen Kommissionen

(1) Die Gesellschaft bildet zur vertieften Bearbeitung zentraler Tätigkeitsfelder sechs ständige Kommissionen:

- Kommission für Gefäßmedizin in Forschung, Lehre und Nachwuchsförderung;
- Kommission für Gefäßmedizin im Krankenhaus;
- Kommission für Gefäßmedizin in der Niederlassung;
- Kommission für Leitlinien und Qualitätssicherung;
- Kommission für Fort- und Weiterbildung;
- Kommission für interdisziplinäre Zusammenarbeit und Öffentlichkeitsarbeit.

(2) Jede ständige Kommission hat in der Regel drei Mitglieder, darunter einen Kommissionsleiter. Der Kommissionsleiter ist in dieser Eigenschaft Mitglied des Vorstands. Die Amtszeit der Kommissionsmitglieder dauert drei Jahre. Die Mitglieder der ständigen Kommissionen werden von der Mitgliederversammlung gewählt. In jedem Jahr wird ein Mitglied neu gewählt. Wiederwahl ist möglich. Scheidet ein Mitglied vor Ende seiner Amtsperiode aus, benennt der Vorstand ein neues Mitglied für den Zeitraum bis zur nächsten Mitgliederversammlung. Die nächste Mitgliederversammlung wählt dann einen Nachfolger für den Rest der Amtsperiode.

(3) Die ständigen Kommissionen sind im Auftrag des Vorstandes tätig, der ihnen eine Geschäftsordnung gibt. Sie sind dem Vorstand berichtspflichtig. Der Präsident und der Geschäftsführer können an den Sitzungen der ständigen Kommissionen ohne Stimmrecht teilnehmen. Zur Ausübung der Tätigkeit der Kommissionen steht diesen die Geschäftsstelle zur Verfügung.

(4) Die Kommissionen tagen nach Bedarf, in der Regel zweimal jährlich, davon einmal auf der Jahrestagung. Sie besitzen die Verpflichtung, Arbeitsaufträge des Vorstandes entsprechend ihrer Zuständigkeit zu bearbeiten. Zusätzlich sollen

sie in ihrer Zuständigkeit liegende Themen und Probleme aufgreifen und bearbeiten. Die Beschlussfassung zu allen zu bearbeitenden Themen liegt beim Vorstand.

§ 10 Das Kuratorium

Das Kuratorium der DGA besteht aus den Vertretern der fördernden Mitglieder. Es berät den Vorstand und den Beirat der DGA bei der Verfolgung des Vereinszweckes.

Das Kuratorium gibt sich für seine Arbeit eine Geschäftsordnung.

Das Kuratorium kann Anträge zur Beschlussfassung durch den Vorstand stellen. Auf entsprechenden Antrag des Kuratoriums muss eine außerplanmäßige Vorstandssitzung der DGA einberufen werden.

§ 11 Die Geschäftsstelle

Zur Unterstützung der Tätigkeit der Organe der Gesellschaft steht die Geschäftsstelle zur Verfügung. Die Geschäftsstelle befindet sich in Berlin. Die Referenten der Geschäftsstelle sind Angestellte der Gesellschaft und arbeiten auf Weisung des Präsidenten und des Geschäftsführers. Sie sind diesen rechenschaftspflichtig. Ihre Tätigkeit regelt der Arbeitsvertrag.

§ 12 Beendigung der Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft wird beendet:

- durch schriftliche Austrittserklärung an den Geschäftsführer der Gesellschaft; der Austritt kann nur zum Ende des laufenden Kalenderjahres erfolgen;
- durch Streichung, wenn ein ordentliches, außerordentliches oder förderndes Mitglied trotz zweimaliger Aufforderung seinen Beitrag nicht bezahlt hat; erfolgt die Zahlung nachträglich, so kann der Präsident die Wiederaufnahme ohne besondere Förmlichkeit, d.h. im Falle von ordentlichen und außerordentlichen Mitgliedern ohne erneute Befürwortung durch zwei Bürgen, im Falle von fördernden Mitgliedern ohne Abschluss einer neuen Vereinbarung, vornehmen;
- durch Ausschluss bei Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte oder der ärztlichen Standesrechte, ferner auf begründeten Antrag, wenn ein Mitglied das Ansehen der Gesellschaft schädigt oder ihren Zielen zuwiderhandelt; zu diesem Antrag ist dem auszuschließenden Mitglied mit zweimonatiger Frist Gelegenheit zu geben, sich schriftlich oder mündlich zu erklären; über diesen Antrag entscheidet der Vorstand mit einfacher Stimmenmehrheit; gegen diesen Beschluss ist Berufung an die Mitgliederversammlung möglich, die mit einfacher Mehrheit entscheidet;
- durch den Tod oder durch die Auflösung der juristischen Person.

§ 13 Rechnungsprüfer

Die von der Mitgliederversammlung gewählten Rechnungsprüfer überwachen die Kassengeschäfte und die Finanzgebarung der Gesellschaft. Die Überprüfung muss mindestens einmal im Jahr erfolgen. Über das Ergebnis der Überprüfung wird eine Niederschrift angefertigt. Die Mitgliederversammlung ist hierüber zu unterrichten. Die Wahl der Rechnungsprüfer erfolgt alle drei Jahre. Wiederwahl ist möglich.

§ 14 Auflösung

(1) Die Auflösung der Gesellschaft kann von der Mitgliederversammlung mit 2/3-Mehrheit der anwesenden stimmberechtigten Mitglieder beschlossen werden.

(2) Bei Auflösung oder Aufhebung der Gesellschaft oder bei Wegfall steuerbegünstigter Zwecke fällt das Gesellschaftsvermögen an eine vom Vorstand zu bestimmende Körperschaft des öffentlichen Rechts oder eine als steuerbegünstigt anerkannte Körperschaft mit der Auflage, es ausschließlich und unmittelbar für gemeinnützige Zwecke im Sinne des § 2 Abs. 1 dieser Satzung zu verwenden.

§ 15 Geschäftsjahr

Das Geschäftsjahr und die Amtsperiode der gewählten Mitglieder der Gesellschaftsorgane ist das Kalenderjahr.

Geschäftsordnung der DGA-Kommissionen

§ 1 Rechtsbeziehung

Die Kommissionen der Deutschen Gesellschaft für Angiologie – Gesellschaft für Gefäßmedizin e.V. (DGA) sind keine selbständigen Vereinigungen, sondern Arbeitsgemeinschaften mit zeitlich nicht begrenzten Aufgaben innerhalb der DGA, deren Rechtmäßigkeit auf §11 der Satzung der DGA zurückgeht.

§ 2 Aufgaben der Kommissionen

Aufgabe der Kommissionen ist es, zentrale Tätigkeitsfelder innerhalb der DGA vertiefend zu bearbeiten sowie wissenschaftliche Aktivitäten zu koordinieren und im Einvernehmen mit dem Vorstand der DGA nach außen zu vertreten. Diese Aufgaben werden insbesondere erreicht durch:

- Koordination und Ausrichtung von Fortbildungsveranstaltungen
- Regelmäßige Aktualisierung des wissenschaftlichen Kenntnisstandes mit zusammenfassender
- Koordination von wissenschaftlichen Aktivitäten, passend zur jeweiligen Kommission
- Kontaktpflege und Vertretung der DGA bei Gremien und Institutionen, welche die Aufgabe der Kommission betreffen
- Berichterstattung im Rahmen der Vorstands- und Beiratssitzungen sowie zur jährlichen Mitgliederversammlung der DGA. Diese Berichte sind jeweils vorab schriftlich einzureichen.

§ 3 Mitglieder der Kommissionen

Die Mitgliedschaft in den Kommissionen ist im § 11 Abs.2 der Satzung geregelt.

Bei Bedarf kann die Kommission zusätzliche assoziierte Mitglieder aus den Reihen der ordentlichen DGA-Mitglieder ernennen. Auf Antrag können vom Vorstand zur Unterstützung der Kommission Projektgruppen eingesetzt werden, die zeitlich begrenzt spezifische Fragestellungen bearbeiten.

§ 4 Kommissionssitzungen

Die Kommissionssitzungen werden vom Kommissionsleiter nach Maßgabe und in Erfüllung der Aufgaben der Kommissionen (§2) einberufen. Die Kommissionen tagen nach Bedarf, in der Regel zweimal jährlich, davon einmal auf der Jahrestagung. Sie besitzen die Verpflichtung, Arbeitsaufträge des Vorstandes entsprechend ihrer Zuständigkeit zu bearbeiten. Sie fertigen Berichte zu den Sitzungen an, die dem Vorstand vorzulegen sind. Zusätzlich sollen sie in ihrer Zuständigkeit liegende Themen und Probleme -aufgreifen und bearbeiten. Die Beschlussfassung zu allen bearbeiteten Themen liegt beim Vorstand.

§ 5 Ehrenamtlichkeit

Alle Mittel werden von der DGA verwaltet. Der Leiter, die Beisitzer und die Mitglieder der Kommissionen erfüllen ihre Aufgabe ehrenamtlich. Anfallende Kosten, die in direktem Zusammenhang mit der Kommissionstätigkeit stehen, können nach vorheriger Absprache mit dem Geschäftsführer der DGA in angemessener Höhe gegen Nachweis erstattet werden.

Geschäftsordnung der Sektionen

§ 1 Rechtsbeziehung

Die Sektionen der Deutschen Gesellschaft für Angiologie (im folgenden DGA genannt) sind keine selbstständigen Vereinigungen, sondern wissenschaftliche Arbeitsgemeinschaften mit zeitlich nicht begrenzten Aufgaben innerhalb der DGA, deren Rechtmäßigkeit auf § 2, Abs. 3 der Satzung der DGA zurückgeht.

§ 2 Aufgaben der Sektionen

Aufgabe der Sektionen ist es, besondere wissenschaftliche Sachgebiete innerhalb der DGA aufzuarbeiten und zusammenfassend darzustellen sowie wissenschaftliche Aktivitäten zu koordinieren und im Einvernehmen mit dem Vorstand der DGA nach außen zu vertreten. Diese Aufgaben werden insbesondere erreicht durch:

- Koordination und Ausrichtung von Fortbildungsveranstaltungen
- Vorzugsweise im zeitlichen Zusammenhang mit den Jahrestagungen der DGA stattfindende Sektionstreffen zur Diskussion und Behandlung wissenschaftlicher Probleme
- Regelmäßige Aktualisierung des wissenschaftlichen Kenntnisstandes mit zusammenfassender Berichterstattung im Rahmen der jährlichen Mitgliederversammlungen und Veröffentlichung in den Mitteilungen der DGA
- Ausführung von vom Vorstand übertragenen Projektarbeiten
- Koordination von wissenschaftlichen Aktivitäten, passend zur jeweiligen Sektion

§ 3 Gründung

Die Sektionen werden auf gemeinsamen Beschluss von Vorstand und Beirat der DGA gegründet.

§ 4 Mitglieder der Sektionen

Die Sektionen bestehen aus Mitgliedern, die sich aus der ordentlichen Mitgliedschaft der DGA rekrutieren. Die Sektionen werden von einem Sektionsleiter geführt. Ihm stehen zwei Beisitzer zur Seite. Leiter und Beisitzer werden jeweils in der 1. Sektionssitzung aus dem Kreise der Sektionsmitglieder gewählt. Die Amtszeit für Sektionsleiter und Beisitzer beträgt drei Jahre. Wiederwahl ist möglich.

§ 5 Mitgliedsbeitrag

Der Mitgliedsbeitrag ist der Beitrag, der an die DGA gezahlt wird. Ein gesonderter Beitrag für die Zugehörigkeit zu Sektionen wird nicht erhoben.

§ 6 Sektionssitzungen

Die Sektionssitzungen werden vom Sektionsleiter nach Maßgabe und in Erfüllung der Aufgaben der Sektionen (§ 2) einberufen. Die Beschlüsse werden mit einfacher Mehrheit der Stimmen der anwesenden Mitglieder gefasst. Bei Stimmengleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt. Die Sektionsleiter informieren den Vorstand der DGA über die Beschlussfassung in schriftlicher Form.

§ 7 Ehrenamtlichkeit

Alle Mittel werden von der DGA verwaltet. Der Leiter, die Beisitzer und die Mitglieder der Sektionen erfüllen ihre Aufgabe ehrenamtlich. Anfallende Kosten, die in direktem Zusammenhang mit der Sektionstätigkeit stehen, können nach vorheriger Absprache mit dem Schatzmeister der DGA in angemessener Höhe gegen Nachweis erstattet werden.

§ 8 Auflösung

Zeigt sich Ineffizienz oder mangelnde Notwendigkeit, eine Sektion weiterzuführen, können Leiter und/oder Beisitzer ausgetauscht bzw. kann die Sektion aufgelöst werden. Über eine personelle Umbesetzung oder Auflösung einer Sektion entscheiden Vorstand und Beirat der DGA mit Zwei-Drittel-Stimmenmehrheit der anwesenden Stimmberechtigten.

*(*beschlossen auf der Vorstandssitzung am 12. März 2014)*

IMPRESSUM

Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für Angiologie,
Gesellschaft für Gefäßmedizin e. V. (DGA)

Haus der Bundespressekonferenz, Raum 2202
Schiffbauerdamm 40 · 10117 Berlin

☎ 030/ 20 88 88-31 · Fax 030/ 20 88 88-33

✉ info@dga-gefaessmedizin.de

🌐 www.dga-gefaessmedizin.de

V.i.S.d.P.

Prof. Dr. med. Norbert Weiss, Geschäftsführer

Redaktion

Julia M. Hofmann, Doreen Goll, Katarina Pyschik

Bildnachweis

DGA: S. 2, 3 (unten), 4, 17, 18, 34, 36, 38, 42, 53
fotolia/Andrew Buckin: S. 3 (oben)

Katja Sibylle Mühlberg: S. 30, Yehuda Swed: S. 39
Daniel Schoenen: S. 31, 44, privat: S. 52

Gestaltung & Satz

active elements GmbH

☎ 05131/44 22 33

✉ info@active-elements.de

🌐 www.active-elements.de

Anzeigen

active elements GmbH

Druck

BenatzkyMünstermann Druck GmbH

Lohweg 1 · 30559 Hannover

☎ 0511/586 07-72 · 🌐 www.b-plus-m.de

active elements GmbH
Konzept · Design · Internet



MEDIA-BERATUNG, CORPORATE DESIGN, WEBSITES UND
ONLINE-ANWENDUNGEN AUS EINER HAND:

BERATUNG, KONZEPTIONIERUNG UND SUPPORT

CMS-Konzepte (Internet & Intranet) · Media-Beratung · Marketing · Kampagnen
Print- und Web-Support

CORPORATE DESIGN

Logos, Visitenkarten, Briefpapier · Image-Broschüren · Flyer · Jahres- und Geschäftsberichte
Word-Vorlagen

WEB PRÄSENZEN

Gestaltung · HTML-, PHP-, CSS-, XML-, PERL, Java-Script-Programmierung · Content Management
Systeme · SEO-Optimierung · Präsentationen · Interaktive Module, · z.B. Blog, Newsletter · Daten-
banken · Responsive Webdesign · Social Media

DIGITALE MEDIEN

CD-ROMs und DVDs · Power-Point-Präsentationen · .NET-Anwendungen · Barrierefreie PDFs

An die
Deutsche Gesellschaft für Angiologie e. V. (DGA)
Haus der Bundespressekonferenz, Schiffbauerdamm 40
10117 Berlin

Antrag auf Mitgliedschaft

Name, Vorname Titel

Facharzt/Schwerpunkt/Zusatzbezeichnung Dienststellung/Praxis

Klinik/Abteilung

Postanschrift

Telefon (Vorwahl/Rufnummer/Nebenanschluss) Fax

E-Mail-Adresse

Privatanschrift/Telefon/Fax

Geburtsdatum

Beruflicher Werdegang (in Kurzform auf einem Extrablatt)

Dieser Antrag muss von zwei Bürgen, die mindestens drei Jahre Mitglieder der DGA sind, befürwortet werden.

1. Unterschrift

2. falls kein 2. Bürge bekannt, bitte Rücksprache Unterschrift

Mit der Speicherung der Daten und ihrer Veröffentlichung im Mitgliederverzeichnis erkläre ich mich einverstanden.

Ich bin mit der Veröffentlichung meiner dienstlichen Daten in der Arztdatenbank für Patienten (DGA-Website) einverstanden:
ja nein

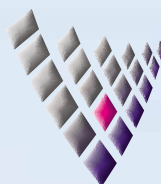
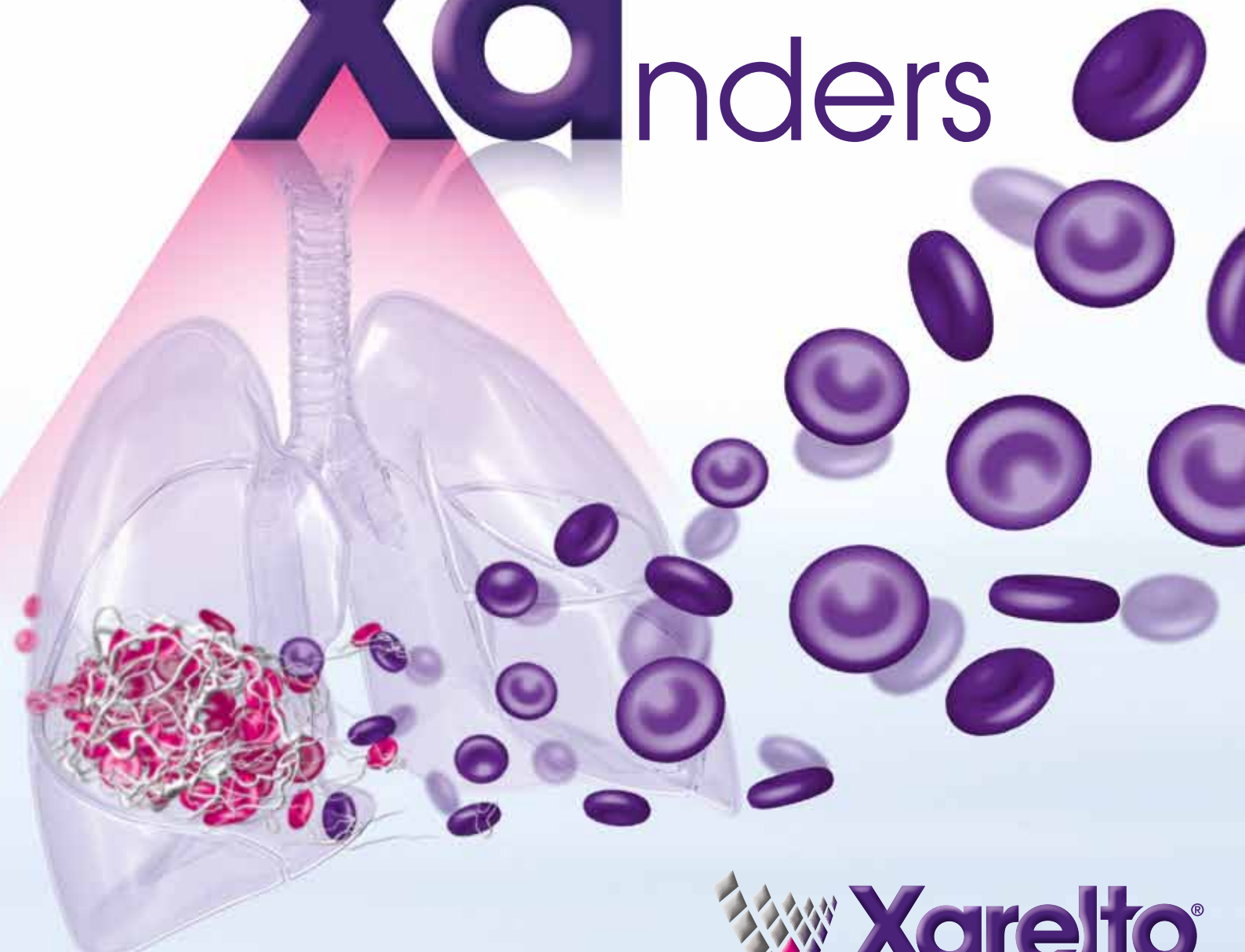
Der Mitgliedsbeitrag für ordentliche Mitglieder beträgt 150 Euro, für Ärzte in Weiterbildung ermäßigt 110 Euro p.a.. Die Ermäßigung muss von Klinik oder Praxis auf einem gesonderten Blatt schriftlich nachgewiesen werden.
Der Beitrag wird mittels Lastschriftverfahren eingezogen.

Ort/Datum Unterschrift des Antragstellers



Eine Substanz oral von Anfang an
**bei Tiefer Venen-Thrombose
 und Lungenembolie***

Xarelto



Xarelto®

Vertrauen in Fortschritt

www.xarelto.de

* Nicht empfohlen bei Patienten mit einer LE, die hämodynamisch instabil sind od. eine Thrombolyse od. pulmonale Embolektomie benötigen.

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Bitte melden Sie jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung über das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte: www.bfarm.de **Xarelto 15 mg/20 mg Filmtabletten**. Wirkstoff: Rivaroxaban. Vor Verschreibung Fachinformation beachten. **Zusammensetzung:** Wirkstoff: 15 mg/20 mg Rivaroxaban. **Sonstige Bestandteile:** Mikrokristalline Cellulose, Croscarmellose-Natrium, Lactose-Monohydrat, Hypromellose, Natriumdodecylsulfat, Magnesiumstearat, Macrogol (3350), Titanoxid (E171), Eisen(III)oxid (E172). **Anwendungsgebiete:** Prophylaxe von Schlaganfällen und systemischen Embolien bei erwachsenen Patienten mit nicht-valvulärem Vorhofflimmern und einem oder mehreren Risikofaktoren, wie kongestiver Herzinsuffizienz, Hypertonie, Alter ab 75 Jahren, Diabetes mellitus, Schlaganfall oder transitorischer ischämischer Attacke in der Anamnese. Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen. **Besondere Patientengruppen:** Patienten, die kardiovertiert werden sollen: Bei Patienten, bei denen eine Kardioversion erforderlich sein kann, kann die Behandlung mit Xarelto begonnen oder fortgesetzt werden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Rivaroxaban oder einen d. sonst. Bestandteile; akute, klinisch relevante Blutungen; Läsionen od. Situationen, wenn diese als signifikantes Risiko für eine schwere Blutung angesehen werden; gleichzeitige Anwendung von anderen Antikoagulantien außer in der speziellen Situation der Umstellung der Antikoagulationstherapie od. wenn unfrakt. Heparin in Dosen gegeben wird, die notwendig sind, um die Durchgängigkeit eines zentralvenösen oder arteriellen Katheters zu erhalten; Lebererkrankungen, die mit einer Koagulopathie u. einem klinisch relevanten Blutungsrisiko, einschließlich zirrhotischer Patienten mit Child Pugh B und C, verbunden sind; Schwangerschaft u. Stillzeit. **Vorsichtsmaßnahmen und Warnhinweise:** Klinische Überwachung in Übereinstimmung mit der antikoagulatorischen Praxis während der gesamten Behandlungsdauer empfohlen. Die Gabe von Xarelto sollte bei Auftreten einer schweren Blutung unterbrochen werden. Mit zunehmendem Alter kann sich d. Blutungsrisiko erhöhen. Die Anwendung von Rivaroxaban wird **nicht empfohlen** bei Patienten: - mit einer schweren Nierenfunktionsstörung (Kreatinin-Clearance < 15 ml/min), - die gleichzeitig eine systemische Behandlung mit Wirkstoffen erhalten, die sowohl CYP3A4 als auch P-gp stark inhibieren, z. B. Azol-Antimykotika oder HIV-Proteaseinhibitoren, - mit erhöhtem Blutungsrisiko, - die gleichzeitig mit starken CYP3A4 Induktoren behandelt werden, es sei denn, d. Patient wird engmaschig auf Zeichen u. Symptome einer Thrombose überwacht; da keine Daten vorliegen, bei Patienten: - unter 18 Jahren, - mit künstlichen Herzklappen, - mit einer LE, die hämodynamisch instabil sind oder eine Thrombolyse oder pulmonale Embolektomie benötigen, - die zeitgleich mit Dronedaron behandelt werden. Die Anwendung sollte **mit Vorsicht erfolgen** bei Erkrankungen, die mit einem erhöhten Blutungsrisiko einhergehen; bei Patienten: - mit einer schweren Nierenfunktionsstörung (Kreatinin-Clearance 15 – 29 ml/min), - mit einer Nierenfunktionsstörung, wenn gleichzeitig andere Arzneimittel eingenommen werden, die zu erhöhten Rivaroxaban Plasmaspiegeln führen, - die gleichzeitig auf die Gerinnung wirkende Arzneimittel erhalten; bei Anwendung von neuraxialer Anästhesie oder Spinal/Epiduralpunktion. Für Patienten mit einer mittelschweren oder schweren Nierenfunktionsstörung sowie für Patienten mit einer TVT/LE, deren abgeschätztes Blutungsrisiko überwiegt, gelten spezielle Dosisempfehlungen. Bei Patienten mit dem Risiko einer ulzerativen gastrointestinalen Erkrankung kann eine ulkusprophylaktische Behandlung erwogen werden. Obwohl d. Behandlung mit Rivaroxaban keine Routineüberwachung d. Exposition erfordert, können d. mit einem kalibrierten quantitativen Anti-Faktor Xa-Test bestimmten Rivaroxaban-Spiegel in Ausnahmesituationen hilfreich sein. Xarelto enthält Lactose. **Nebenwirkungen:** **Häufig:** Anämie, Schwindel, Kopfschmerzen, Augeneinblutungen, Hypotonie, Hämatome, Epistaxis, Hämoptysie, Zahnfleischbluten, gastrointestinale Blutungen, gastrointestinale u. abdominale Schmerzen, Dyspepsie, Übelkeit, Verstopfung, Durchfall, Erbrechen, Pruritus, Hautrötung, Ekchymose, kutane und subkutane Blutung, Schmerzen in den Extremitäten, Blutungen im Urogenitaltrakt (Menorrhagie **sehr häufig** bei Frauen < 55 Jahre b. d. Behandlung d. TVT, LE sowie Prophylaxe von deren Rezidiven), Nierenfunktionseinschränkung, Fieber, periphere Ödeme, verminderte Leistungsfähigkeit, Transaminasenanstieg, postoperative Blutungen, Blutergeruss, Wundsekretion. **Gelegentlich:** Thrombozythämie, allergische Reaktion, allergische Dermatitis, zerebrale und intrakranielle Blutungen, Synkope, Tachykardie, trockener Mund, Leberfunktionsstörung, Urtikaria, Hüftarthros, Unwohlsein, Anstieg von: Bilirubin, alkalischer Phosphatase im Blut, LDH, Lipase, Amylase, GGT. **Selten:** Gelbsucht, Blutung in einen Muskel, lokale Ödeme, Anstieg von konjugiertem Bilirubin, vaskuläres Pseudoaneurysma. **Häufigkeit nicht bekannt:** Kompartmentsyndrom oder (akutes) Nierenversagen als Folge einer Blutung. **Erfahrungen seit der Marktzulassung (Häufigkeit nicht abschätzbar):** Angioedeme u. allergische Ödeme, Cholestase und Hepatitis (einschließlich hepatozelluläre Schädigung), Thrombozytopenie. Verschreibungspflichtig. Stand: FV/15; Juli 2015 Bayer Pharma AG, 13342 Berlin, Deutschland



innohep®
tinzaparin natrium

CATCH^{*}
Studie

Ergebnisse Originalpublikation¹

innohep® vs. Warfarin über 6 Monate:

- senkt das Risiko für VTE-Rezidive um **35%² ↓**
- signifikante Risikoreduktion symptomatischer TVT-Rezidive um **52%³ ↓**
und klinisch relevanter nicht schwerwiegender Blutungen um **42%⁴ ↓**

LEO®



www.innohep.de

* Comparison of Acute Treatments in Cancer Haemostasis

¹ Agnes Y. Y. Lee, MD, MSc; Pieter W. Kamphuisen, MD, PhD; Guy Meyer, MD; Rupert Bauersachs, MD; Mette S. Janas, MD, PhD; Mikala F. Jarner, MSc; Alok A. Khorana, MD; for the CATCH Investigators: Tinzaparin vs Warfarin for Treatment of Acute Venous Thromboembolism in Patients With Active Cancer: A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2015; 314(7):677-686. ² p = 0,07. ³ p = 0,04. ⁴ p = 0,004.

innohep® 20.000 Anti-Xa I.E./ml Fertigspritzen Inj.lsg., innohep® 20.000 Anti-Xa I.E./ml Durchstechfl. Inj.lsg. (Therapie) Wirkstoff: Tinzaparin-Natrium **Zus.:** 1 ml Inj.lsg. enth.: Tinzaparin-Natrium 20.000 Anti-Xa I.E. Sonst. Bestandt.: Natriummetabisulfit, Natriumhydroxid, Wasser f. Injzwecke. **-Durchstechfl. zusätzl.:** Benzylalkohol. **Anwend.:** Behandl. v. Venenthromb. u. thromboemb. Erkr. einsch. tiefer Venenthromb. u. Lungenemb. **-Fertigspritzen zusätzl.:** Langzeitbehandl. v. symptomatischen venösen Thromboembolien u. Rezidivprophylaxe b. Pat. m. aktiver Tumorerkrankung. **Gegenanz.:** Überempf. ggü. Tinzaparin/Heparin, sonst. Bestandt., akt. od. bek. Abnahme d. Blutplättchenzahl aufgr. Beh. mit Heparin (Hep.-induz. Thrombozytopenie), starke Blutung (z.B. Gehirn, Rückenmark, Auge oder Magen) od. Zustand, der schw. Blutungen begünstigt, Infekt. d. Herzzinnenhaut (sept. Endokarditis), Rückenmarks-/Epiduralanästh. od. Lumbalpunktion, i.m.-Injektion. Nicht b. Kindern u. Jugendl. Vorsicht b. bek. Blutungsneigung, gleichz. intramuskulärer Anw. anderer Arzneimittel, vermind. Blutplättchenzahl, erhöht. Kaliumspiegel im Blut (Hyperkaliämie), künstl. Herzklappe, stark eingeschr. Nierenfunkt. (Kr.-Cl. < 30 ml/min), gleichz. Anw. von d. Blutgerinnung beeinfluss. Arzneim., z.B. NSAIDs (ASS), thrombolyt. Arzneim., Vitamin-K-Antagonisten, aktiv. Protein C, direkte Faktor-Xa- u. IIa-Hemmer. **Schwangersch.:** Behandl. durch entspr. erfah. Arzt. Nur Fertigspritzen: Anw. während der gesamten Schwangerschaft mögl. Kontraindiziert: Schwangere m. künstl. Herzklappen, Epiduralanästh. (Zeitabstand mind. 24 h). **Stilz.:** Vorsicht: Nur begr. Erfahrung. **-Durchstechfl. zusätzl.:** Keine Anw. wg. Benzylalk. b. Früh- u. Neugeb. **Nebenw.:** Schwerw. Nebenw. insges. selten: ernsthafte allerg. Reakt. (mit plötzl. schw. Hautausschlag, Schwellungen von Rachen, Gesicht, Lippen, Mund, Atemproblemen) u. starke Blutungen (Sympt. beinh. roten od. braunen Urin, schwarze Teerstühle, ungewöhl. Blutergüsse u. jegliche nicht zu stoppende Blutung. **Häufig:** Blutungen (ggf. Anämie Blutergüsse), Reakt. an Inj.stelle (u.a. Blutungen, Blutergüsse, Schmerzen, Juckreiz, Rötung, Schwellung, Bild. harter Beule). **Gelegentl.:** Thrombozytopenie, Überempfindlichk., Blutergüsse u. Hautverfärbung, erh. Leberenzymwerte, Dermatitis, Hautausschlag, Juckreiz. **Selten:** Hep. induz. Thrombozytopenie, Thrombozytose, Angio-ödem, anaphylakt. Reakt., Hyperkaliämie, tox. Hautausschlag, Hautnekrosen, Nesselausschlag, Osteoporose, Priapismus. Verschreibungspflichtig. **Pharmazeutischer Unternehmer:** LEO Pharma A/S, Industriparken 55, DK-2750 Ballerup. Örtl. Vertreter: LEO Pharma GmbH, Frankfurter Straße 233, A3, D-63263 Neu-Isenburg, Telefon: 06102/201-0, Telefax: 06102/201-200, www.leo-pharma.de.

Darreichungsformen, Packungsgrößen:

innohep® 20.000 Anti-Xa I.E./ml Fertigspritzen Inj.lsg.: Packungen mit 6, 10, 30 (Bündelpackung 5 x 6) Fertigspritzen zu 0,4 ml (8.000 Anti-Xa I.E.), 0,5 ml (10.000 Anti-Xa I.E.), 0,6 ml (12.000 Anti-Xa I.E.), 0,7 ml (14.000 Anti-Xa I.E.), 0,8 ml (16.000 Anti-Xa I.E.), 0,9 ml (18.000 Anti-Xa I.E.). AP: 10 Fertigspritzen zu 0,4 ml/0,5 ml/0,6 ml/0,7 ml/0,8 ml/0,9 ml.

innohep® 20.000 Anti-Xa I.E./ml Durchstechflaschen Inj.lsg.: 1, 10 Durchstechflaschen zu 2 ml. AP: 10 Durchstechflaschen zu 2 ml.

Stand: September 2013 (innohep® 20.000 Anti-Xa I.E./ml Durchstechflaschen Inj.lsg.).

Stand: September 2014 (innohep® 20.000 Anti-Xa I.E./ml Fertigspritzen Inj.lsg.).

Besuchen und kontaktieren Sie uns auf **www.innohep.de**

