



- ▶ dgim2017.de
- ▶ Mannheim
- ▶ Congress Center Rosengarten
- ▶ 29. April - 02. Mai 2017

123.

Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.





Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, liebe Gäste,

sehr herzlich lade ich Sie im Namen der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) zum 123. Kongress der DGIM vom 29. April bis 2. Mai 2017 nach Mannheim ein.

Das Leitthema der 123. Jahrestagung der DGIM 2017 „Versorgung der Zukunft: Patientenorientiert, integriert und ökonomisch zugleich“

setzt sich mit der für uns alle zentralen und entscheidenden Frage auseinander, inwieweit eine Werte-orientierte, individualisierte und fürsorgliche Medizin in unserem Gesundheitssystem zukünftig sichergestellt und bewahrt werden kann – sehr wohl auch unter angemessener Berücksichtigung ökonomischer Aspekte.

Stets muss der Mensch als Patient im Mittelpunkt stehen – seine Versor-

gung stellt eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar mit folgenden Zielen: Prävention zur Krankheitsvermeidung, Früherkennung von sich manifestierenden Erkrankungen und deren professionell effektive Behandlung nach dem aktuellen Stand des medizinischen Fortschritts, aber auch unter sorgfältiger Abwägung des wirtschaftlich Möglichen.

Die ethische Verpflichtung des Arztes, die Versorgung der Patienten in den Mittelpunkt seines ärztlichen Handelns zu stellen, ist von Hippokrates bis zur Genfer Konvention „...Die Gesundheit meines Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein...“ über Jahrtausende hinweg immer wieder dargestellt worden. Auch die aktuelle deutsche Gesetzgebung spiegelt, aus verschiedensten Blickwinkeln, dieses Bild des Arztes wider. Allerdings sind die Ziele der neueren Gesetzgebung - wegen der immens hohen Gesundheitskosten - immer häufiger mit umfangreichen und sehr

komplexen Regelwerken auf eine Kostenreduktion ausgerichtet. Damit ergibt sich eine nicht geringe Gefahr, dass das Wohl des Patienten aus dem Zentrum der medizinischen Versorgung verdrängt wird.

Die Veränderungen medizinischer Strukturen innerhalb der letzten Jahrzehnte gingen mit einer Zunahme von Spezialisierung und Emanzipation von Fachgebieten einher, die dem Patienten ein einzigartiges Maß an spezifischer Hochleistungs-Versorgung ermöglichten. Gleichzeitig entstand aber durch die Institutionalisierung dieser Entwicklung die Gefahr einer Abschottung der verschiedenen Fachgebiete gegeneinander. Insbesondere im stationären Bereich begann durch die Einführung des gesetzlich verordneten Fallpauschalen- / DRG-Systems ein Wettbewerb um Patienten bzw. „Hauptdiagnosen“. Damit erfolgte durch die DRGs eine in vielen Untersuchungen belegte „ökonomisch gesteuerte“ Neuausrichtung medizinischer Versorgung – mit der offensichtlichen Paradoxie, dass letztlich ökonomische Aspekte die Notwendigkeit medizinischer Interventionen zu diktieren vermochten. Als Konsequenz wurde bei den hoch-dotierten DRGs eine Überversorgung induziert,

während bei niedrig-dotierten DRGs sich schleichend eine Unterversorgung einstellte. Auch die gelegentliche Begriffsverschiebung vom Patient (= der etwas erduldet) zum Klient (= der (dem Arzt) zugehörig ist) vermag dies zu illustrieren.

Demnach sollte es ein Hauptanliegen für die Entwicklung zukünftiger medizinischer Versorgungsstrukturen sein, die kompetitive Koexistenz hochspezialisierter und nur bedingt kooperierender Versorgungseinheiten zu überwinden und an deren Stelle Patienten-fokussierte, fachübergreifende Organisationsstrukturen einzurichten. Existierende und bereits genutzte Synergien zwischen den unterschiedlichen Fachdisziplinen bedürfen einer gezielten Förderung, die Freilegung und Integration bisher noch nicht genutzter Synergien wird eine zentrale Herausforderung der nächsten Jahre sein. Mit der Einrichtung von solchen integrativen Organisationsformen, bei denen der Patient im Mittelpunkt steht, sollte es gelingen, sowohl die Qualität der Versorgung zu verbessern als auch die Kostenexplosion im Gesundheitswesen zu verringern.

Zusammenfassend: eine zukunftsweisende, Qualitäts- und ebenso Kostenorientierte, integrierte medizinische Versorgung benötigt selbstverständlich auch eine Spezialisierung – jedoch orientiert sich die Gesamtheit der Versorgungsmaßnahmen an einem Zentrum: **Dem Patienten.**

In dem Werk von Wassily Kandinsky „Ein Zentrum (One Centre)“ ordnete der Künstler Farben und bestimmte Formen durch die ihm eigene „Synästhesie“ in der Empfindung musikalischen Klängen und Sinneseindrücken zu. Dabei verfolgte er das übergeordnete Ziel eine „Harmonie von Farbe, Form und Klang zu einer Symphonie“ zu erzeugen.

Dies kann als symbolische Analogie zu der „zentralen“ Position des Patienten in einem vielschichtigen und verwirrenden Umfeld gesehen werden. Hier steht der Patient im Zentrum interdisziplinärer Zusammenarbeit aller Schwerpunkte der Inneren Medizin, weiterer Gebiete der Medizin und angrenzender (nichtärztlicher) Disziplinen in einem funktionierenden integrierten Versorgungsmodell.

Die Analogie zwischen Bild und gegenwärtiger medizinischer Versorgung drückt sich auf verschiedenen Ebenen aus:

Zum einen sollen alle Versorgungsstrukturen (analog dem Gleichgewichtsspiel verschiedener geometrischer Formen und Farben um ein Zentrum in Kandinsky's Bild) auf den im Zentrum stehenden kranken Menschen ausgerichtet und harmonisch an seinen Bedürfnissen orientiert tätig sein.

Zum anderen bedarf es im täglichen Handeln eines jeden Arztes der Synästhesie – einem gleichzeitigen Wahrnehmen des Patienten auf verschiedensten Ebenen. Die (Rück-)Bewusstseinsbildung des Arztes auf diese Fähigkeit des übergreifenden Wahrnehmens und Denkens und ihre Kombination mit integrierten Versorgungsstrukturen vermögen es, das Individuum in medizinisches Handeln zu übersetzen und im Sinne Kandinskys abzubilden. Und dieses Bild sollte Grundlage weiterer Versorgungsplanung, auch unter ökonomischen Aspekten werden.

Leitthema der DGIM 2017

Versorgung der Zukunft: Patientenorientiert, integriert und ökonomisch zugleich

Hauptthemen der DGIM 2017:

- Systemmedizin
- Versorgungsforschung in der Inneren Medizin: Gesundheitsökonomische Aspekte von interdisziplinärer Vernetzung/integrierter Versorgung
- Digital Health – Chancen und Herausforderungen für Diagnostik und Therapie
- Der Kardio-metabolische Patient
- Diabetologie als fächerübergreifende interdisziplinäre Herausforderung
- Endokrinologie – Schnittstelle in der Inneren Medizin und darüber hinaus
- Individuelle Pharmakotherapie
- Genderspezifische Aspekte in Diagnostik und Therapie
- Patientenorientierte Medizin im höheren Lebensalter
- Innere Medizin von Prävention bis Palliation
- Curriculum Innere Medizin für Europa

Alle Hauptthemen des Kongresses stehen in Zusammenhang mit dem Leitthema und behandeln dieses übergreifend im Rahmen der Themen **Systemmedizin und Versorgungsforschung**.

Der Schwerpunkt Endokrinologie / Diabetologie eignet sich in besonderem Maße, die Notwendigkeit einer sinnvollen interdisziplinär ausgerichteten Diagnostik und Therapie zu beleuchten und zahlreiche Schnittstellen zu anderen internistischen Schwerpunkten und Gebieten der Medizin aufzuzeigen. Vom „**Kristallisationspunkt Diabetologie**“ aus betrachtet bestehen vielfältige fächerübergreifenden medizinische Herausforderungen. Mit dem Thema des „**kardio-metabolischen Patienten**“ sei nur ein Beispiel der engen Verzahnung dieser in der Prävalenz dramatisch zunehmenden Grunderkrankung Diabetes mit anderen Schwerpunkten wie hier der Kardiologie dargestellt.

Die Digitalisierung in der Medizin – **Digital Health** – ist eine große Herausforderung, mit erheblichen, daraus resultierenden Veränderungen der medizinischen Versorgung. Gleichzeitig bietet diese Entwicklung große Chancen, wie zum Beispiel die Möglichkeiten der modernen

Kommunikationstechnologie in der Diabetestherapie zeigen (Telemedizin). Nicht zuletzt die kontinuierliche Blutzuckermessung hat erheblich zur Behandlungssicherheit und besseren Integration der Therapie in den „normalen“ Alltag der betroffenen Patienten beigetragen.

Vielmehr als bisher praktiziert sollten **genderspezifische Aspekte in Diagnostik und Therapie** einer patientenorientierten individuellen medizinischen Versorgung berücksichtigt werden, um eine effektivere Behandlung zu ermöglichen.

Eine wirklich patientenorientierte Versorgung muss darüber hinaus nicht nur den demographischen Wandel und dabei die Besonderheiten der **Medizin im höheren Lebensalter** berücksichtigen, sondern insbesondere einer **individuellen Pharmakotherapie** Rechnung tragen. Gerade beim alten Menschen muss eine Polypharmakotherapie soweit als möglich vermieden werden.

Der kranke Mensch steht im Zentrum – „One Centre“ bei Kandinsky – das ist verpflichtend von der **Prävention bis zur Palliation!**

Gerade in der Inneren Medizin mit allen Schwerpunkten bestimmt dieser Anspruch ärztliches Handeln und stellt gleichzeitig eine der größten Herausforderungen der gesamten Medizin dar.

Innere Medizin ist international – ein großes Anliegen ist es zunächst, ein gemeinsames **Curriculum der Inneren Medizin für Europa** zur Verfügung zu stellen, in einer gemeinsamen Initiative der European Federation of Internal Medicine (EFIM) und der European Union of Medical Specialists (UEMS) zusammen mit den Fachgesellschaften der Länder.

Mit dem 123. Internistenkongress in Mannheim erwartet Sie ein umfassendes Update für das gesamte Gebiet der Inneren Medizin durch hoch-aktuelle Fortbildung, klinisch relevant für Sie dargestellt und interessant präsentiert in unterschiedlichen Sitzungstypen, orientiert an Ihren Wünschen!

Sehr freue ich mich, Sie in Mannheim im April/Mai 2017 begrüßen zu dürfen und mit Ihnen die wichtigen Themen der Inneren Medizin zu diskutieren!

Mit herzlichen kollegialen Grüßen

Ihre
 Petra-Maria Schumm-Draeger

Struktur

Klare horizontale Gliederung mit unterschiedlichen Programmelementen wie:

• Hauptsitzungen

Ein im Programm deutlich hervorgehobener Sitzungstyp mit international ausgewiesenen Rednern zu den jeweiligen Hauptthemen des Kongresses. Verschiedentlich werden Live Cases demonstriert.

• Klinische Symposien

State-of-the-Art-Vorträge. Ein Symposium kann sich ausschließlich einem Schwerpunktthema widmen oder auch in einem Querschnitt mehreren Themen eines übergeordneten, z. B. interdisziplinären Problems.

• Refresher/ Intensivkurs Innere Medizin

Refresher-Kurse, welche die wesentlichen Themen der verschiedenen internistischen Schwerpunkte auf dem neuesten Wissensstand abhandeln. Dieser Kurstyp soll gleichzeitig als Repetitorium der Inneren Medizin dienen. Es wird zudem einen Ordner mit Handouts zu allen Vorträgen dieser Rubrik geben, der Ärzten in Vorbereitung auf die internistische Facharztprüfung als ergänzendes Lernmaterial dienen soll.

• Live Case-Sitzungen

Live (Live in a box) – Demonstrationen von interventionellen internistischen Eingriffen aus verschiedenen Schwerpunkten moderiert vom Interventionalisten. Begleitende Vorträge zur Vorbereitung der Patienten, Durchführung des Eingriffs und Nachsorge.

• Highlights – Was ist neu für die Praxis?

Hier werden die aktuellen Studienergebnisse und Leitlinien mit direktem Einfluss auf den klinischen Alltag aus den verschiedenen Schwerpunkten und Zusatzgebieten der Inneren Medizin vorgestellt.

• Pro und Contra-Symposien

Symposien zu kontrovers diskutierten Themen – jeweils mit zwei Referenten, welche die Pro- bzw. Contra-Position vertreten.

• Interaktive Falldiskussionen

Es werden differentialdiagnostisch interessante Fälle vorgestellt. Das Publikum wird interaktiv mit Unterstützung des TED-Systems aktiv einbezogen.

• Tutorium/Expertenforum

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

• Chances

Intensives fortlaufendes Programm für Medizinstudenten und Berufsanfänger während des gesamten Kongresses. Mentorenprogramm. Grundlagen der medizinischen Forschung: Workshop „Grundlagen der internistischen Systemmedizin“.

• Wunschprogramm

Programmpunkte, die auf der Basis einer Besucher- und Mitgliederumfrage des 122. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin 2016 ermittelt wurden.

• Young Investigator Award

Wettbewerb junger Wissenschaftlerinnen/ Wissenschaftler um den besten Vortrag

• Posterausstellung

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

Abstracteinreichung

Die Abstracteinreichung erfolgt elektronisch über www.dgim2017.de. Technische Hinweise finden Sie auf der Webseite. Aus den Abstracteinreichungen werden die Vortragenden für den Young Investigator Award (Autoren unter 35 Jahren) und die Beiträge für Kurzvorträge innerhalb der Klinischen Symposien und der Posterpräsentation ermittelt.

Deadline zur Abstracteinreichung ist der 01.12.2016

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

Abstractkategorien 2017

- Diabetologie
- Endokrinologie
- Schnittstelle Kardiologie/ Adipositas/ Diabetes
- Personalisierte Pharmakotherapie
- Digitale Medizin
- Versorgungsforschung
- Präventivmedizin
- Palliativmedizin
- Genderspezifische Aspekte der Inneren Medizin
- Innere Medizin im höheren Lebensalter

Kasuistiken sind willkommen!

Sie werden inhaltlich den oben genannten Kategorien zugeordnet.

**Deadline zur Abstracteinreichung
ist der 01.12.2016**

Forschungspreise und Deadlines zur Einreichung

| | |
|---------------------------------|------------|
| Theodor-Frerichs-Preis | 15.10.2016 |
| Präventionspreis Innere Medizin | 15.11.2016 |
| Paul-Martini-Preis | 30.11.2016 |
| Young Investigator Award | 01.12.2016 |
| Posterpreise | 01.12.2016 |

Kongressanmeldung

Ermäßigte Teilnehmergebühr 15.02.2017

DGIM-Fortbildungskurse

Begrenzte Teilnehmerzahl. Weitere Informationen zu Teilnehmergebühren sowie die Kongressanmeldung finden Sie online auf www.dgim2017.de.

Patiententag

Der Patiententag findet sowohl unverändert in Wiesbaden als auch erstmals am 29.04.2017 in Mannheim statt.

Zertifizierung

Der Kongress wird bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg zur Zertifizierung beantragt und voraussichtlich mit 6 CME-Punkten der Kategorie B pro Veranstaltungstag zertifiziert.

Wissenschaftliche Organisation

Kongress-Präsidentin
Prof. Dr. med.
Petra-Maria Schumm-Draeger

DGIM – Kongress-Team 2017

Dr. Alexandra Willms
Dr. Julia Waldmann
Anne-Kathrin Wevers
Angela Hess

Kongress-Sekretariat

Corinna Huttmann
Klinik für Endokrinologie,
Diabetologie und Angiologie
Städtisches Klinikum München
Bogenhausen
Engschalkinger Straße 77
81925 München

**Pressestelle der Deutschen
Gesellschaft für Innere Medizin e. V.**

Anne-Katrin Döbler
Anna Julia Voormann
Janina Wetzstein
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Telefon: +49 711 8931 457
Telefax: +49 711 8931-167
wetzstein@
medizinkommunikation.org

DGIM-Geschäftsstelle

Irenenstraße 1
65189 Wiesbaden

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

Geschäftsführung

RA Maximilian Broglio

Stellvertretende Geschäftsführerin

Dipl.-Kffr. Ourania Menelaou

Managementassistentin

Nicole Safenauer

Kongress-Sekretärin der DGIM

Katharina Wick

Verantwortlich für Patiententag

Dr. med. Norbert Schütz

Kongress-Agentur (PCO)

m:con – mannheim:congress GmbH
Rosengartenplatz 2 | 68161 Mannheim

Projektleitung

Thilo Hübner
Telefon: +49 621 4106-379
Telefax: +49 621 4106-80379
thilo.huebner@mcon-mannheim.de
www.mcon-mannheim.de



powered by
Deutsche Gesellschaft
für Innere Medizin e.V.
German Society
of Internal Medicine

Bahn Special



Reisen Sie auch 2017 wieder zu besonders günstigen Konditionen nach Mannheim und zurück. Preise und Buchungsmöglichkeiten finden online unter: www.dgim2017.de

Kinderbetreuung

Auf dem 123. Internistenkongress wird wieder eine kostenfreie Kinderbetreuung für Kinder von 1 bis 9 Jahren angeboten.

Facebook / Xing

Verfolgen Sie aktuelle Informationen über die DGIM und den DGIM Kongress 2017 online auch über unsere Facebook und Xing Seiten:

www.facebook.com/DGIM.Fanpage

www.xing.com/net/dgim



facebook



XING

Transparenzvorgabe

Die Tagung ist industriefinanziert. Wir informieren ab Januar 2017 unter www.dgim2017.de/industrie/transparenzvorgabe/ über die finanzielle Unterstützung der Industrie gemäß deren Mitgliedschaft im FSA e.V. (Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e.V.), im AKG e.V. (Arzneimittel und Kooperation im Gesundheitswesen) oder weil die Unternehmen die Veröffentlichung genehmigt haben.

WISSENSCHAFT TRIFFT MEDIZINTECHNIK

SAVE THE DATE!

14 - 17 NOVEMBER 2016
DÜSSELDORF GERMANY
www.medica.de/mec1



Messe
Düsseldorf

neu
VON BERLIN-CHEMIE

EIN STARKES KAPITEL IN DER THERAPIE DER HYPERCHOLESTERINÄMIE*

LDL-SENKUNG. JETZT. STÄRKER.¹

Duale Power.
Jetzt. Tiefer.^{1,2,3}



* Tioblis® ist indiziert bei Hypercholesterinämie: primärer (heterozygoter familiärer u. nicht familiärer) Hypercholesterinämie od. gemischter Hyperlipidämie, wenn eine Therapie mit einem Statin allein nicht ausreichend bzw. mit einem Statin u. Ezetimib vorbehandelt wurde; homozygoter familiärer Hypercholesterinämie.

1 vs. Monotherapie mit Atorvastatin; siehe Fachinformation Tioblis®.

2 Shepherd J. The role of the exogenous pathway in hypercholesterolaemia. Eur Heart J Suppl. 2001;3(suppl E):E2-E5.

3 Bays H. Ezetimibe. Expert Opin Investig Drugs. 2002;11:1587-1604.

TI↓BLIS®
Atorvastatin.Plus Ezetimib.

TIOBIS® 10 mg/10 mg, 10 mg/20 mg, 10 mg/40 mg, 10 mg/80 mg Filmtabletten.

Wirkstoff: Ezetimib und Atorvastatin. **Zus.: Arznei. wirts. Bestand.:** 1 Tbl. enth. 10 mg/10 mg, 10 mg/20 mg, 10 mg/40 mg od. 10 mg/80 mg Ezetimib/Atorvastatin (als Hemicomplex x 1,5 H₂O). **Sonst. Bestand.:** Tabl.-kern: Ezetimib-Schicht: Croscarmellose-Natrium, Lactose-Monohydrat, Magnesiumstearat (Ph.Eur.) [pflanzl.], mikrokristalline Cellulose, Povidon (K29/32), Natriumdozylsulfat; Atorvastatin-Schicht: mikrokristalline Cellulose, Lactose-Monohydrat, Hypromellose, Polysorbat 80, Calciumcarbonat, Magnesiumstearat (Ph.Eur.) [pflanzl.], hochdisperses Siliciumdioxid. **Filmüberzug:** Hypromellose, Macrogol 8000, Titandioxid (E 171), Talkum. **Anw.:** Hypercholesterinämie: Begleitend zu Diät b. erw. Pat. m. primärer (heterozygoter familiärer u. nicht familiärer) Hypercholesterinämie od. gemischter Hyperlipidämie, für die e. Ther. m. e. Komb.-präp. geeignet ist: Pat. bei denen eine Ther. m. einem Statin allein nicht ausreicht; Pat., die bereits m. einem Statin u. Ezetimib behandelt werden. **Homozygote familiäre Hypercholesterinämie:** Begleitend zu Diät b. erw. Pat. m. homozygoter familiärer Hypercholesterinämie, dazu weit. begleit. Ther. (wie LDL-Apherese) mögl. **Gegenanz:** Überempf.-keit gegen d. Wirkstoffe od. einen d. sonst. Bestand. Schwangersch.; Stillzeit; Frauen im gebärfähigen Alter ohne zuverlässige Verhütungsmethode; aktive Lebererkr. od. unklare u. anhalt. Erhö. der Transaminasen (> 3-faches ULN). **Vorsicht bei:** Kdr. u. Jugendl.; Pat. mit Risikofakt. f. e. Rhabdomyolyse (CPK Bestimmung vor Behand.-beginn); eingeschränkte Nierenfkt., Hypothyreose, anamn. bek. od. positive Familienanamn. f. hered. Muskelerkrank., anamn. bek. Muskelerkrank. unter Behandl. m. Statinen od. Fibraten, anamn. bek. Lebererkr. u./od. bei starkem Alkoholkonsum, ältere Pat. > 70 J. (CPK-Bestimmung, wenn noch nach Risikofakt. f. e. Rhabdomyolyse vorhanden), Umstände mit konsekutiv/möglicher. erhöhten Plasmaspiegeln (z. B. Wechselwsl., besondere Patientengruppen einschl. genet. Subpopulationen [z. B. SLCO1B1-Polymorphismus]); Risikofakt. f. Diabetes mell. (Nüchternblutzucker v. 5,6 - 6,9 mmol/l, BMI > 30 kg/m²; erhöh. Triglyzeride, Hypertonie); sorgf. Nutzen/Risiko-Abwägung v. 80 mg Atorvastatin bei Pat. mit vorausg. hamorrhagischen/akutem Schlaganfall; Langzeitther.; sorgf. Nutzen/Risiko-Abwägung bei Komb. mit: AM, die den Wirkstoffspiegel v. Atorvastatin erhöhen können wie potente CYP3A4-Inhibitoren od. Inhibitoren v. Transportproteinen (z. B. Ciclosporin, Itrihomycin, Clarithromycin, Delavirdin, Stripentol, Ketokonazol, Voriconazol, Itraconazol, Posaconazol u. HIV-Protease-Inhibitoren wie Ritonavir, Lopinavir, Atazanavir, Indinavir, Darunavir etc.), außerdem Gemfibrozil u. and. Fibrate, Boceprevir, Erythromycin, Niacin, Telaprevir od. Komb. aus Tipranavir/Ritonavir. INR überw. bei Anw. mit Warfarin, and. Cumarin-Antikoagulans od. Flutindion. **Nicht empf.:** CPK > 5-faches ULN; mäßige/schw. Leberinsuff. Komb. mit Fusidinsäure, Fibraten; Pat. m. hereditärer Galactose-Intoleranz, Lactase-Mangel od. Glucose-Galactose-Malabsorption. **Nebenw.:** TILOBIS®: Häufig: Diarrhö; Myalgie. Gelegentlich: Grippe (Influenza); Depression, Schlaflosigkeit, Schläfr. Stör.; Schwindelgefühl, Stör. d. Geschmackswahrnehmung, Kopfschm., Parästhesie; Sinusbradykardie; Hitzewallung; Dyspnoe; abdominale Beschw., aufgetriebener Bauch, Abdominalschm., Schmerzen im Unterbauch, Schmerzen im Oberbauch, Obstipation, Dyspepsie, Flatulenz, häufige Darmentleerungen, Gastritis, Übelkeit, Magenbeschw.; Akne, Urtikaria; Arthralgie; Rückenschm., Muskelermüdung, Muskelspasmen, Muskelschw., Schmerzen in d. Extremitäten; Asthenie, Ermüdung (Fatigue), Unwohlsein, Ödem; ALT u./od. AST erhöht, alkal. Phosphatase erhöht, CPK im Blut erhöht, GGT erhöht, Leberenzymen erhöhte, anormaler Leberfkt.-test, Gewichtszunahme. **Nach Markteinführung unter TILOBIS® bzw. in klin. Studien od. nach Markteinführung unter Ezetimib od. Atorvastatin:** Nasopharyngitis; Thrombozytopenie; Überempf.-keit einschl. Anaphylaxie, Angioödem, Ausschlag, Urtikaria; vermind. Appetit, anorekt. Stör., Hyper-/Hypoglykämie; Alpträume; Hypästhesie, Amnesie, periphere Neuropathie; verschwommenes Sehen, Sehstörung; Tinnitus, Hörverlust; Hypertonie; Husten, Kehlkopfschmerzen, Epistaxis, Pankreatitis, gastroösophag. Refluxerkrankung, Aufstoßen, Erbrechen, Mundtrockenheit; Hepatitis, Cholelithiasis, Cholezystitis, Cholelithiasis, Leberveragen mittels letalem Ausgang; Alopecie; Hautausschlag, Pruritus, Erythema multiforme, angioneurotisches Ödem, bullöse Dermatitis einschl. Erythema multiforme, SJS u. Lyell-Syndrom; Myopathie/Rhabdomyolyse, Nackenschmerzen, Schwellung an d. Gelenken, Myositis, immunvermittelte nekrotisierende Myopathie; Gynäkomastie; Schmerzen im Brustkorb, Schmerzen, peripheres Ödem, Fieber, Leukozyten im Urin positiv; Tendinopathie, gelegentlich bis hin zur Sehnenruptur. **Nebenw. bei Statinen:** Störungen d. Sexualfkt.; interstit. Lungenkrankheit (in Ausnahmefällen u. besonders bei Langzeitther.); Diabetes mellitus (in Abhängig. vom Vorhandensein/Fehlen v. Risikofakt.). **Warnhinw.:** Enthält Lactose. Bei gemeinsamer Anw. mit Gallensäure bindenden Präp.: Einnahme v. TILOBIS® mind. 2 Std. vor/mind. 4 Std. nach diesen. **Verschreibungs-pflichtig.** Stand: 04/2015 **Bitte lesen Sie vor Verordnung von TILOBIS® die Fachinformation!** Pharmazeutischer Unternehmer: Merck Sharp & Dohme Ltd, Hertford Road, Hoddesdon, Hertfordshire EN11 9BU, Vereinigtes Königreich. Mitvertrieb: BERLIN-CHEMIE AG, 12489 Berlin.

**UNSERE ZUKUNFT
WIRD ÄLTER.**
Zeit zu handeln.
EINE INITIATIVE DER BERLIN-CHEMIE AG

Tioblis® ist eine eingetragene Marke von Merck Sharp & Dohme Corp., Whitehouse Station, N.J., U.S.A. Vor der Verschreibung von Tioblis® lesen Sie bitte die zugehörige Fachinformation.

**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**