



Editorial



Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, liebe Mitglieder der DGIM,

ich freue mich wieder, Ihnen dieses Mal die fünfte Ausgabe der „DGIM aktuell“

2011 zur Lektüre vorstellen zu dürfen. In meinen Presidential News habe ich mich mit der Frage Nutzenbewertung von Arzneimitteln beschäftigt. Diese Nutzenbewertung schreibt das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz vor. Die Impfmüdigkeit in der Bevölkerung – noch dazu auch unter den in den Heilberufen Tätigen – ist, wenn man die Erfolge der Impfungen kennt, schwer verständlich. Hierbei ertappe ich mich selbst mit der faden-scheinigen Erklärung, „mich wird die Infektion schon nicht treffen“. Richtigen Spaß bereiten die neuen Wege des E-Learnings. Die DGIM wird Sie bezüglich neuer Leitlinien über Apps informieren, die Sie auf Ihrem Smart-Phone sehen. Werden Sie Freund der DGIM bei facebook. Es wird absehbar sein, dass die DGIM-Mitglieder über diese neuen Medien noch aktiver kommunizieren können. Das DGIM Logo garantiert Ihnen wissenschaftliche Seriosität und Produktneutralität.

Denken Sie an die Deadline 1. Dezember 2011 für die Einreichung von Abstracts für die Postersitzungen beim Kongress 2012! Auch im Zeitalter des interaktiven Lernens über neue Medien, auch wenn Sie die DMW oder Den Internisten bequem im Sessel zu Hause lesen: nichts ersetzt die lebendige Kommunikation bei einem Kongress. Nirgendwo anders bekommen Sie neue wissenschaftliche Erkenntnisse hautnäher und aktueller vermittelt als auf einem Kongress. Kommen Sie nach Wiesbaden! Für DGIM-Mitglieder ist der Kongressbesuch kostenfrei. Erst mit dem Internistenkongress in Wiesbaden beginnt der Frühling, wie der frühere Oberbürgermeister der Stadt bei seinem Grußwort zu sagen pflegte.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Ihr

Professor Dr. med. Joachim Mössner
Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft
für Innere Medizin (DGIM)

Inhalt

5/2011

Editorial

DGIM – Presidential News

Nutzenbewertung von Arzneimitteln

Am 12. Oktober 2011 diskutierte die DGIM mit ihren Korporativen Mitgliedern das Thema Nutzenbewertung und die Folgen des Arzneimittelmarktneuordnungs-

gesetzes. In diesen Presidential News erläutert Professor Mössner einige persönliche Gedanken zur Nutzenbewertung von Arzneimitteln.

DGIM – aktiv

Impfmüde Mediziner? DGIM aktuell im Gespräch mit dem Infektiologen Professor Winfried Kern

Die Bereitschaft zur Grippeimpfung ist nicht nur in der deutschen Bevölkerung gering, sondern auch unter Medizinern. Laut Professor Dr. med. Winfried V. Kern liegt die Impfquote bei Ärzten und Pflegepersonal seit Jahren un-

verändert bei 15 bis 30 Prozent. Weshalb es so wichtig ist, dass sich medizinisches Personal impfen lässt und welche Maßnahmen die Impfquote erhöhen können, erläutert Professor Kern im Gespräch mit DGIM aktuell.

Leitlinien-App der DGIM/E-Akademie

Im kommenden Jahr wird der schnelle und umfassende Zugriff auf aktuelle Leitlinien der Inneren Medizin noch leichter. Gemeinsam werden die Deutsche Gesellschaft

für Innere Medizin (DGIM) und Springer Medizin aktuelle Leitlinien als App umsetzen.

DGIM – Kongress

Internistenkongress 2012 mit Schwerpunkt auf drängenden Gesundheitsproblemen

Adipositas, Multimorbidität im Alter und Krebs sind drängende Probleme heutiger Industrienationen, mit welchen sich vor allem Internisten beschäftigen. Sie bilden das Rahmenthema „Krankheit, Gene und

Umwelt“ des 118. Internistenkongresses. Weitere Schwerpunkte sind Herzinsuffizienz und Fragen der genetischen Diagnostik.

DGIM – Korporative Mitglieder

Herbstsymposium 2011: Auswirkungen des AMNOG

Die Nutzenbewertung von Arzneimitteln an sich wird von Wissenschaftlern und Ärzten grundsätzlich begrüßt. Ob aber das seit 1. Januar 2011 gültige Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) im Sinne fortschrittlicher

Medizin zum Wohle des Patienten ist, wurde auf dem Herbstsymposium 2011 von Wissenschaftlern, Ärzten, einem Vertreter des IQWiG und der Industrie kritisch diskutiert.

Termine

Presseschau

Impressum

DGIM – Presidential News

Kontakt:

Professor Dr. med. Joachim Mössner
 Universitätsklinikum Leipzig A.ö.R.
 Department für Innere Medizin,
 Neurologie und Dermatologie
 Direktor der Klinik und Poliklinik
 für Gastroenterologie
 und Rheumatologie
 Liebigstr. 20
 04103 Leipzig
 Tel.: +49 (0)341 97-122 00
 Fax: +49 (0)341 97-122 09
 E-Mail: moej@medizin.uni-leipzig.de
 www.dgim2012.de

Nutzenbewertung von Arzneimitteln

Am 12. Oktober 2011 fand in Wiesbaden das Herbstsymposium der Korporativen Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin in Wiesbaden statt. Das Thema lautete „Volkskrankheiten wirksam behandeln – Nutzen von Arzneimitteln patientenbezogen bewerten“. Gestatten Sie mir einige persönliche Gedanken zum Thema Nutzenbewertung von Arzneimitteln.

Deutschland galt einmal als die „Apotheke der Welt“. Leider ist die Zahl der Arzneimittelinnovationen aus deutschen pharmazeutischen Unternehmen mittlerweile überschaubar geworden. Auch ist im Rahmen der Globalisierung und Fusionierung von Unternehmen kaum noch für den Außenstehenden nachvollziehbar, in welchem Land und in welchem Labor eine pharmazeutische Innovation entwickelt wurde. Es steht außer Zweifel, dass ein neues und erfolgreiches Medikament nur entwickelt werden kann, wenn die Ätiologie und Pathogenese der Erkrankung zumindest in wesentlichen Punkten verstanden wird. Die Entwicklungskosten eines

Medikaments bis zur Markteinführung sind hoch. Es gilt ja nicht nur eine Substanz zu finden, die pathogenetische Wege in der Zellbiologie der Erkrankung beeinflusst, sondern das Medikament muss auch ein akzeptables Nebenwirkungsprofil haben. Welches Verhältnis Entwicklungskosten des Medikaments zu Rücklagen für Neuinvestitionen, Ausgaben für Werbung und „Gewinnauszahlung“ haben sollten, will und kann ich nicht kommentieren.

Die Nutzenbewertung eines Medikaments muss aus zahlreichen Blickwinkeln betrachtet werden. In der Inneren Medizin unterscheiden wir akute, heilbare Erkrankungen von chronischen. Die überwiegende Mehrzahl der akuten Erkrankungen sind Infektionen. Das hat das Beispiel des peptischen Ulkusleidens wieder eindrücklich gezeigt. Es klingt banal festzustellen, dass ein neues Antibiotikum nicht nur für den Patienten, sondern auch für die Kostenträger und die Gesellschaft nützlich ist, wenn es den Erreger der Erkrankung effektiver und nebenwirkungsärmer als bereits eingeführte Antibiotika eliminiert. Sogenannte „Schrittinnovationen“ einer Medikation – zum Beispiel Verbesserungen in der Galenik, patientenfreundlichere Applikationsformen, nur in großen Studien nachweisbare statistische Unterschiede bezüglich Nebenwirkungen oder Arzneimittelinteraktionen etc. – bei aber gleichbleibendem Wirkprinzip sind weitaus schwieriger zu beurteilen und die Grenzen zum „Me-too-Nachahmerpräparat“ fließend.

Bei chronischen Erkrankungen ist die „Nutzenbewertung“ wesentlich komplexer. Primäres Zielkriterium – natürlich auch aus der Sicht des Patienten – bleibt es, den Tod an der chronischen Erkrankung zu verhindern oder zumindest das Leben zu verlängern; dies unter gleichzeitiger Aufrechterhaltung der Lebensqualität. Kurzzeitbewertungen des „Nutzens“ des Medikaments, zum Beispiel unter Berufung auf Messungen von Surrogatparametern, sind zweifelhaft. So kann aus Vergleichsmessungen mit bestehenden Pharmaka, wie etwa Ausmaß der Senkung des Blutdrucks, des Serum-Cholesterin-Wertes oder HbA_{1c}, nicht der wahre Nutzen beurteilt werden. Potenzielle Risiken neuer, erst im Verlauf erkennbarer Nebenwirkungen des Medikaments müssen im Verhältnis zur Bes-



Weitere Informationen zur Nutzenbewertung von Arzneimitteln:

Der Gemeinsame Bundesausschuss fasst die rechtliche Situation, die Aufgaben des G-BA und die Verfahren im Internet zusammen:

www.g-ba.de/Themenschwerpunkte/Arzneimittel/Nutzenbewertung

Einen ausführlichen Bericht

zum Herbstsymposium finden Sie auf Seite 7 dieser Ausgabe

serung der zu behandelnden Erkrankung gesehen werden. Das hat das Beispiel der bezüglich gastrointestinaler Nebenwirkungen günstigeren Coxibe, die aber ein erhöhtes Risiko kardiovaskulärer Komplikationen haben, eindrücklich gezeigt. Die Beispiele lassen sich fortsetzen. So ist die Stimulation der Insulinsekretion ohne Inkaufnahme des Risikos der Hypoglykämie mit Glucagon-like Peptid-1-Analoga eine sehr innovative Therapie. Das Thema des sehr fraglich erhöhten Pankreaskarzinomrisikos unter dieser Therapie ist aber noch nicht ausdiskutiert. Die Höhe des Leidensdrucks eines Patienten durch seine Erkrankung beeinflusst sicher auch seine Bereitschaft, das Risiko ernsterer Nebenwirkungen in Kauf zu nehmen. Hier sei das Beispiel der Therapie chronisch entzündlicher Darmkrankungen mit monoklonalen Antikörpern gegen TNF-alpha zu nennen. Die Adherence des Patienten zu einer Therapie dürfte bei einer Erkrankung ohne aktuelle Symptomatik, beispielsweise Hypertonus, deutlich niedriger lie-

gen. Die Sicht der „Kostenträger“ und letztlich der gesamten Gesellschaft mit ihren Krankenkassenbeiträgen bezüglich des „Nutzens“ einer Medikation wird künftig in schärferen Konflikt mit der Nutzenbewertung einer Therapie durch das Individuum, den Patienten selbst, treten. „Statistische“ mediane Lebenszeitverlängerung beim Pankreaskarzinom durch einen Multi-kinase-Inhibitor von zwei Wochen wäre hier ein Beispiel. Der Kostenträger wird unter „Nutzenbewertung“ die aktuellen Kosten einer innovativen Therapie in Relation zur möglichen Reduktion der Folgekosten einer Erkrankung durch diese neue Therapie stellen.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Ihr

*Professor Dr. med. Joachim Mössner
Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft
für Innere Medizin ■*

Jahresbroschüre der DGIM 2011 erschienen

Auf 68 Seiten stellt die DGIM ihre Struktur, ihre Aufgaben, aktuelle Mitgliederzahlen und Aktivitäten des vergangenen Jahres sowie Fortbildungsangebote vor. Die Jahresbroschüre 2011 enthält neben den Ergebnissen einer Online-Umfrage der DGIM zum E-Learning auch den zweiten Teil des „Suveys Innere Medizin“ und ein Positionspapier der DGIM zum Bachelor-Master-System in der Medizin. Außerdem finden sich darin die aktuellen Preisverleihungen und Ehrungen der Gesellschaft.

Mit der Eröffnungsrede zum 117. Internistenkongress und einem Kongressbericht gibt die Jahresbroschüre einen Rückblick auf die diesjährige Jahrestagung. Außerdem berichten die Korporativen Mitglieder und die Pressestelle jeweils über ihre Aktivitäten.

Daneben umfasst die Broschüre eine Zusammenfassung der Rede von Professor Jörg-Dietrich Hoppe auf dem 114. Ärztetag und aktuelle Arztzahlen. Neues aus der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften zur neugestalteten Webseite rundet den Inhalt ab.

Die Jahresbroschüre wurde der DGIM-Ausgabe der Fachzeitschrift „Deutsche Medizinische Wochenschrift“, Heft 40, beigelegt und erreichte auf diesem Wege alle Mitglieder. Interessierte können Exemplare bei der Geschäftsstelle der DGIM anfordern.



DGIM – aktiv

Impfmüde Mediziner? DGIM aktuell im Gespräch mit dem Infektiologen Professor Winfried Kern



Professor Kern

leitet die Sektion Klinische Infektiologie an der Medizinischen Universitätsklinik Freiburg und ist seit 2010 Sprecher des Freiburger Zentrums Infektionsmedizin. Außerdem ist er Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie und Mitglied im Ausschuss der DGIM.

Kontakt:

Professor Dr. med.
Winfried V. Kern
Infektiologie Freiburg
Universitätsklinikum Freiburg
Hugstetter Strasse 49
79106 Freiburg
Tel.: +49 (0)761 270-18190
Fax: +49 (0)761 270-18200
E-Mail: Winfried.Kern@uniklinik-freiburg.de

Aktuelle Impfeempfehlungen im Internet:

Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO):
www.rki.de

Der elektronische Impfbrief:
www.impfbrief.de

Weitere Informationen:

M. W. Pletz, P. Zanger, W. Jilg, W.V. Kern: Impfungen. **DMW Deutsche Medizinische Wochenschrift** 2011; 136 (40): S.2011–2015 (für Mitglieder im Internet über www.dgim.de einsehbar)

Die Bereitschaft zur Grippeimpfung ist nicht nur in der deutschen Bevölkerung, sondern auch unter Medizinern gering. Laut Professor Dr. med. Winfried V. Kern liegt die Impfquote bei Ärzten und Pflegepersonal seit Jahren unverändert bei 15 bis 30 Prozent. Weshalb es so wichtig ist, dass sich medizinisches Personal impfen lässt und welche Maßnahmen die Impfquote erhöhen, erläutert Professor Kern im Gespräch mit DGIM aktuell.

Weshalb sollte sich medizinisches Personal impfen lassen?

Prof. Kern: Ärzte und medizinisches Hilfspersonal sind in besonderem Maße exponiert gegenüber Influenzaviren, das heißt sie infizieren sich häufig bei ihrer Arbeit. Die Grippeimpfung verleiht eine gewisse Schutzrate – sowohl gegenüber der manifesten Erkrankung als auch gegenüber einer asymptomatischen oder oligosymptomatischen Infektion, bei der es ebenfalls noch zu einer gewissen Virusausscheidung kommt, und damit eine Ansteckung unserer Patienten durch uns selbst möglich ist. Regelmäßiges Impfen kann die Schutzrate verbessern.

Was sind die Folgen, wenn Ärzte und Pfleger nicht geimpft sind? Lässt sich dies quantifizieren?

Prof. Kern: Eine Quantifizierung ist schwierig. Viele Grippeerkrankungen werden nur klinisch diagnostiziert, und es gibt ja virale Atemwegserkrankungen, die klinisch nicht gut von einer milden Influenza zu unterscheiden sind. Schätzungen aus dem Pflegeheimbereich gehen von einer Reduktion der Sterblichkeit um 20 Prozent und von einer Reduktion der influenza bedingten Arbeitsunfähigkeitstage beim Personal um 30 bis 40 Prozent aus. Solche Schätzungen sind allerdings nicht einfach übertragbar. Die Impfquoten bei Personal und Patienten beziehungsweise Pflegeheimbewohnern beeinflussen das Ergebnis. Optimal ist eine hohe Durchimpfung beider Gruppen.

Was glauben Sie, sind die Gründe für die geringe Impfquote unter Medizinern – und auch in der deutschen Bevölkerung?

Prof. Kern: Häufig wird mangelhafte Information angeführt, oft sind es falsch eingeschätzte Nebenwirkungsraten und eine als nicht überzeugend angesehene Wirkung. Dass die Impfung beim medizinischen Personal nicht nur dem Selbstschutz dient, ist zum Teil gar nicht im Bewusstsein. „Einfach vergessen“ wird ebenfalls genannt, wenn man medizinisches Personal fragt, warum sie sich nicht haben impfen lassen. Ein weiterer Grund scheint im logistischen Aufwand zu liegen. Arbeitsplatznahe Impfung direkt auf Station oder in der Ambulanz ist meist mit höheren Impfquoten assoziiert.

Auch in der Bevölkerung ist mangelhafte Information einer der Hauptgründe für die geringen Impfquoten. Wir Ärzte können dies verändern, müssen aber natürlich für uns selbst und den Patienten eine überzeugende Argumentation anbieten.

Wie gut verträglich sind die Impfstoffe derzeit? Wie schätzen Sie die Risiken ein?

Prof. Kern: Die aktuellen Impfstoffe sind sehr gut verträglich und verursachen in der Regel nur milde Lokalsymptome, die nach wenigen Tagen abgeklungen sind. Schwere Nebenwirkungen sind sehr selten. Auch die Vermutungen zur Triggerung eines Guillain-Barré-Syndroms oder zur Begünstigung einer Narkolepsie durch Influenzaimpfung sind ja wissenschaftlich äußerst umstritten.

Welche neuen Entwicklungen gibt es bei der Herstellung der Impfstoffe?

Prof. Kern: Man hat aufgrund der veralteten und umständlichen Antigenproduktion in Hühnereiern lange in neue Adjuvanzen investiert und dazu alternative, schnellere Produktionstechnologien entwickelt, unter anderem mittels synthetischer Biologie und Genomsequenzierung zur Erzeugung von Grippeviren. Die Immunogenität der Influenzaimpfstoffe muss aber weiter verbessert werden – bezüglich der Breite als auch der Dauer der Immunantwort. Hier sind riesige Fortschritte gemacht worden, und es wird sicherlich einige in dieser Hinsicht verbesserte Impfstoffe in den nächsten Jahren geben. Dies könnte die Compliance mit den

Termine

Termine unter der Schirmherrschaft der DGIM:

15. Klinisch-Mikrobiologisch-Infektiologisches Symposium

1. bis 3. Dezember 2011
Berlin

DGIM-Seminar: 2. Teil Persönlichkeitsentwicklungen von Medizinerinnen – Aufbruch zum (eigenen) wissenschaftlichen Erfolg

2. und 3. Dezember 2011
Oestrich-Winkel

Jahrestagung der Gesellschaft für Innere Medizin Sachsen-Anhalt e. V. (IMSA)

2. und 3. Dezember 2011
Magdeburg

138. Tagung der Nordwestdeutschen Gesellschaft für Innere Medizin (NWGIM)

3. und 4. Februar 2012
Hamburg

4. Deutsche Kardiagnostiktage

9. bis 11. Februar 2012
Leipzig

Impfempfehlungen verbessern – bessere Impfstoffe sollten ja bessere Wirkung bei weniger Impfungen bedeuten.

Welche Maßnahmen empfehlen Sie, um die Impfrate hierzulande unter Ärzten zu verbessern?

Prof. Kern: Mehr Information über die Bedeutung der Impfung auch für die von uns betreuten Patienten (Reduktion der Übertragung von Influenza) ist notwendig. Die Leiter von Einrichtungen und Verbänden sollten eine starke Empfehlung herausgeben und auf die ethische Bedeutung hinweisen. Sie sollten sich im Sinne des Vorbilds selbst impfen lassen und dies auch demonstrieren. Eine Pflichtimpfung wird zum Beispiel in einigen (nordamerikanischen) Kliniken durchgeführt. Die Erfahrungen sind nicht so schlecht, wie von einigen angenommen. Es muss vermehrt über arbeitsplatznahe Impfkampagnen nachgedacht werden.

Schätzen Sie eine Impfpflicht hierzulande als durchsetzbar ein und halten Sie sie für sinnvoll?

Prof. Kern: Die Pflichtimpfung ist eine Option, über die man diskutieren sollte, wenn trotz Investition in Information und „kundenfreundliche“ innerbetriebliche Organisation der Impfung die Impfrate unterdurchschnittlich bleibt. Der Arbeitgeber sollte in dieser Situation eine schriftliche „Opt-Out-Stellungnahme“ verlangen, in der zugleich belegt ist, dass die Ablehnung der Impfung nicht mit mangelhafter Information begründet werden kann. Eine Veröffentlichung der klinikweiten Impfdaten im Sinne eines Qualitätsindikators könnte aber die Bereitschaft zur Impfung auch ohne Pflichtprogramm anheben. ■

Vielen Dank für das Gespräch!

DGIM und Springer Medizin erstellen Leitlinien-App „Diagnostik und Therapie der Venenthrombose“

Im kommenden Jahr wird der schnelle und umfassende Zugriff auf aktuelle Leitlinien der Inneren Medizin noch leichter. Gemeinsam werden die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und Springer Medizin aktuelle Leitlinien als App umsetzen.

„Wichtig dabei ist,“ so Professor Fölsch, Generalsekretär der DGIM, „dass eine solche App nicht nur den zeit- und ortsunabhängigen Zugriff auf die Volltexte der Leitlinien ermöglicht, sondern dass die Leitlinien konsequent für die Nutzung mittels iPhone aufbereitet werden.“ Interaktive Algorithmen für Diagnose und Therapie sowie zum Beispiel integrierte Score-Rechner werden in Kombination mit einer intuitiven Benutzerführung dazu beitragen, dass die Leitlinien direkt in die tägliche Patientenbetreuung Eingang finden.



In Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Angiologie wird mit dem Thema „Diagnostik und Therapie der Venenthrombose“ der Grundstein gelegt für ein mobiles Praxis-Kompendium unter der Schirmherrschaft der DGIM.

Dieses Kompendium wird in den kommenden Jahren kontinuierlich ausgebaut und um weitere leitlinienbasierte Empfehlungen ergänzt. Internisten erhalten somit die Möglichkeit, Diagnose- und Therapieempfehlungen übersichtlich und nach eigenen Interessengebieten für sich individuell und maßgeschneidert zusammenzustellen.

Nach dem erfolgreichen Start der App „Innere Medizin News“ bauen die DGIM und Springer Medizin mit dieser App ihr Angebot zur zeitgemäßen und arztorientierten medizinischen Informations- und Wissensvermittlung weiter aus. ■

DGIM – Kongress

Internistenkongress 2012 setzt Schwerpunkt auf drängende Gesundheitsprobleme

Die Jahrestagung der DGIM findet vom 14. bis 17. April 2012 in den Rhein-Main-Hallen in Wiesbaden statt. Weitere Kongress-Informationen finden Interessierte im Internet unter www.dgim2012.de

Leitthema: Krankheit, Gene und Umwelt

Die Hauptthemen:

- Adipositas
- Genetische Diagnostik
- Herzinsuffizienz
- Multimorbidität im Alter
- Onkologie des Verdauungstraktes

Abstracteinreichung

bis zum 1.12.2011

Kongresspräsident:

Professor Dr. med. Joachim Mössner, Leipzig

Neuen Berechnungen zufolge werden etwa acht Millionen der heute in Deutschland lebenden Menschen mindestens hundert Jahre alt. Jeder fünfte Bundesbürger hat laut Nationaler Verzehrsstudie einen Body-Mass-Index von über 30, ist also stark übergewichtig – mit steigender Tendenz, insbesondere bei den Jüngeren. Jedem vierten Todesfall in Deutschland liegt eine Krebserkrankung zugrunde. Adipositas, Multimorbidität im Alter und Krebs sind drängende Probleme heutiger Industrienationen, mit welchen sich vor allem Internisten beschäftigen. Sie bilden das Rahmenthema „Krankheit, Gene und Umwelt“ des 118. Internistenkongresses. Weitere Schwerpunkte sind Herzinsuffizienz und Fragen der genetischen Diagnostik.

„Die große Aufgabe des Internisten bleibt es, eine Gewichtung der Erkrankungen vorzunehmen, ihre Interaktionen und die Wechselwirkungen der Therapie zu kennen und dann zum Wohle des Patienten zu entscheiden“, betont Kongresspräsident Professor Dr. med. Joachim Mössner, Leipzig. Der Internistenkongress bietet Ärzten die perfekte Möglichkeit, sich über das eigene Schwerpunktfach hinaus weiterzubilden. Neben der thematischen Breite aus der gesamten Inneren Medizin können sich die Teilnehmer auf den aktuellen Behandlungsstandard bringen, aber sich auch über die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse informieren. „Wir wissen teils noch so wenig über

bestimmte Erkrankungen, sodass ich mich freuen würde, wenn sich viele Besucher nicht nur für das Fortbildungsangebot interessieren, sondern auch für die vielen faszinierenden Entdeckungen“, so Mössner, der als Direktor die Klinik für Gastroenterologie und Rheumatologie am Universitätsklinikum Leipzig leitet.

Ein weiteres Hauptthema der Jahrestagung der DGIM in 2012 widmet sich der genetischen Diagnostik: Forscher entwickeln immer gezieltere Therapien, um anhand der Genetik eines Menschen zu erkennen, ob er von einer Therapie profitiert. „Bald wird die gesamte genetische Entschlüsselung einer Person finanzierbar sein. Daraus ergeben sich Folgen, über die wir heute diskutieren müssen“, sagt Mössner. Zu klären wäre etwa Fragen, wie mit den Daten umzugehen ist oder wie sie überhaupt zu interpretieren sind.

Das Programm an den vier Kongresstagen ist wie in den vergangenen Jahren nach Sitzungstypen gegliedert. Um die Brücke zwischen Forschung und Praxis auszubauen, werden erstmals Sprecher ausgewählter Sonderforschungsbereiche der Deutschen Forschungsgemeinschaft Ergebnisse ihrer Arbeiten vorstellen, die auch für praktisch tätige Internisten interessant sind. Mit ihren Abstracts können die Teilnehmer den Kongress inhaltlich ebenfalls mitgestalten. Autoren können diese noch bis zum 1. Dezember 2011 einreichen. ■



DGIM – Korporative Mitglieder

Herbstsymposium 2011: Auswirkungen des AMNOG DGIM sieht frühe Nutzenbewertung von Medikamenten kritisch

Die Nutzenbewertung von Arzneimitteln wird von Wissenschaftlern und Ärzten grundsätzlich begrüßt. Ob das seit 1. Januar 2011 gültige Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG), das die Bewertung des Nutzens von Medikamenten gesetzlich zementiert, im Sinne fortschrittlicher Medizin zum Wohle des Patienten ist, diskutierten Wissenschaftler, Ärzte, Vertreter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und der Industrie auf dem diesjährigen Herbstsymposium der Korporativen Mitglieder der DGIM.

Seit Inkrafttreten des AMNOG entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) – ein Gremium aus Vertretern von Krankenkassen und Kassenärztlicher Bundesvereinigung – ob neue Medikamente künftig von der Krankenkasse erstattet werden. Um zu sehen, ob ein neues Arzneimittel einen Zusatznutzen gegenüber dem bisherigen medizinischen Standard hat, bestimmt ein Unterausschuss des G-BA Vergleichstherapien. Im nächsten Schritt bewertet das IQWiG im Auftrag des G-BA, ob ein relevanter Zusatznutzen für Patienten vorliegt oder nicht. Dafür muss die entsprechende Pharmafirma innerhalb eines Jahres ein umfangreiches Dossier erarbeiten und einreichen.

Bei der medikamentösen Behandlung von akuten Erkrankungen wie etwa Sodbrennen, Bauchschmerzen oder Infektionen ist der Nutzen eines Arzneimittels schnell erkennbar. Darauf machte Professor Dr. med. Joachim Mössner, Vorsitzender der DGIM, aufmerksam. Gerade in der Inneren Medizin werden aber vielfach chronisch erkrankte oder multimorbide Patienten behandelt. Ob eine Therapie „nützlich“ ist, könne daher meist nur langfristig beurteilt werden. Zudem sind Nebenwirkungen erst nach vielen Jahren sichtbar. Bei der Behandlung von multimorbiden Patienten, die unterschiedliche Medikamente erhalten, kommt hinzu, dass die Interaktionen der verschiedenen Mittel sehr kompliziert sind. All das zeige, dass eine frühzeitige Bewertung schwierig ist, um den Zusatznutzen eines neuen Medikaments zu beurteilen.

Für die Behandlung der Volkskrankheit Nr. 1 – Diabetes – gebe es etablierte Therapieprinzipien, erläuterte Professor Dr. med. Hendrik Lehnert, stellvertretender Vorsitzender der DGIM weiter. Diese genügten für die Mehrheit der Patienten. Für 20 bis 30 Prozent der Diabetiker jedoch reichten die zur Verfügung stehenden Arzneimittel nicht aus. Aus ärztlicher Sicht wichtig sind Parameter wie Vermeidung von Gewichtszunahme, Unterzucker und Niereninsuffizienz. Da jeder Diabetiker unterschiedlich reagiert, sollte die Evaluation neuer Medikamente – und auch deren Zusatznutzen – von ärztlich wissenschaftlicher Seite mit begleitet werden, forderte Professor Lehnert.

Insgesamt äußerten die Wissenschaftler und Ärzte auf dem DGIM-Herbstsymposium Zweifel, ob bei Bewertungsentscheidungen der Zusatznutzen für den Patienten oder eher rein ökonomische Gesichtspunkte im Vordergrund stehen.

Aktuell hat die frühe Nutzenbewertung schon dazu geführt, dass Firmen neue Medikamente in Deutschland nicht auf den Markt bringen. Dem ersten durch das IQWiG beurteilten Medikament, Ticagrelor, bescheinigte das Institut immerhin einen beträchtlichen Zusatznutzen. Allerdings für ein eingeschränktes Indikationsgebiet. Während das IQWiG den Zusatznutzen nur für die Behandlung leichter Herzinfarkte sieht, sprach Professor Dr. med. Christoph Bode, Ärztlicher Direktor der Abteilung Kardiologie und Angiologie, Universitätsklinikum Freiburg, beim Herbstsymposium von einem echten Durchbruch im Vergleich zur Behandlung mit Clopidogrel. Der Zusatznutzen sei in viel breiterer Indikation für die Patienten vorhanden, als vom IQWiG zugestanden.

Auf den Hinweis der Experten stärker das Fachwissen mit zu nutzen, betonte Dr. med. Thomas Kaiser, Ressortleiter Arzneimittelbewertung im IQWiG, dass die Fachgesellschaften bei den Bewertungsentscheidungen durch Ärzte verschiedenster Fachrichtungen im G-BA vertreten seien. Zudem müssten die Fachgesellschaften lernen, so Kaiser weiter, dass die Bewertung im Rahmen der Zulassung im sozialrechtlichen Zusammenhang zu sehen sei. ■

Das Herbstsymposium 2011 der Korporativen Mitglieder der DGIM

„Patientenbezogene Nutzenbewertung von Arzneimitteln“ fand am Mittwoch, 12. Oktober 2011 im Kurhaus in Wiesbaden statt. Im Anschluss informierten die Referenten bei einer Pressekonferenz über ihre Standpunkte.

Termine

Updates unter der Schirmherrschaft der DGIM:

Onko Update

27. und 28. Januar 2012
Berlin
www.onko-update.com

Cardio Update

3. und 4. Februar 2012
Wiesbaden
www.cardio-update.com

Allergo Update

3. und 4. Februar 2012
Wuppertal
www.allergo-update.com

Onko Update

3. und 4. Februar 2012
Wiesbaden
www.onko-update.com

Presseschau

Termine

Intensivkurse Innere Medizin

23. bis 26. Januar 2012
Stuttgart

6. bis 16. Februar 2012
Wuppertal

15. bis 18. Februar 2012
Lüneburg

27. Februar bis 3. März 2012
München-Innenstadt

5. bis 14. März 2012
Mainz

12. bis 16. März 2012
Würzburg

Weitere Termine und Informationen zu den Intensivkursen finden Interessierte auf der Homepage der DGIM
www.dgim.de

Impressum

Herausgeber:

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

Geschäftsstelle:

Hausanschrift:
Irenenstraße 1, 65189 Wiesbaden

Postfachadresse:
Postfach 2170, 65011 Wiesbaden

Tel.: +49 (0)6 11 2 05 80 40 - 0
Fax: +49 (0)6 11 2 05 80 40 - 46
E-Mail: info@dgim.de

Redaktion:

Pressestelle DGIM
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: +49 (0)7 11 89 31 - 115
Fax: +49 (0)7 11 89 31 - 167
E-Mail:
info@medizinkommunikation.org

Ärzte wünschen sich mehr Zeit für Patienten

Die Qualität der Versorgung leidet an zu wenig Zeit und zu wenig guter Information. Das hat Peter Sawicki, Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln, am 13. Oktober 2011 auf dem 10. Europäischen Gesundheitskongress in München erklärt.

Sawicki zufolge sind 83 Prozent der deutschen Hausärzte der Ansicht, die Bedingungen im deutschen Gesundheitswesen und die der eigenen beruflichen Situation hätten sich in den letzten fünf Jahren verschlechtert. (...) Er bezog sich auf die Ergebnisse zweier Studien des US-amerikanischen Commonwealth Fund aus den Jahren 2006 und 2009, die etwa 10.000 Primärärzte und Patienten aus elf Ländern nach Einstellungen und Meinungen zu ihren Gesundheitssystemen befragten.

Den wichtigsten Grund für die Unzufriedenheit der deutschen Hausärzte sieht Sawicki in der hohen Arbeitsbelastung. Im Vergleich zu den Befragten der anderen Länder gaben die deutschen Hausärzte mit 243 Patientenkontakten pro Woche die mit Abstand höchste Zahl an.

Mit gerade einmal 7,8 Minuten pro Patientenkontakt führe dies zu den kürzesten Gesprächszeiten. Die meisten deutschen Hausärzte (75 Prozent) wünschten sich demzufolge vor allem mehr Zeit für die Patientenberatung. (...)

Quelle: *Deutsches Ärzteblatt Online* ■

Psychologin kommt, Chirurg bleibt?

Eine Studie des dänischen Ärztesbundes untersuchte die Folgen des massiven Einzugs von Frauen in einen traditionell von Männern dominierten und prestigeträchtigen Arztberuf. (...) Seit 1984 beginnen in Dänemark mehr junge Frauen als Männer ein Medizinstudium. Aktuell sind es sogar zwei Drittel Studentinnen.

Wie wird diese Entwicklung den Beruf und das Gesundheitswesen insgesamt beeinflussen, fragte sich eine Gruppe von Wissenschaftlern

und präsentierte unlängst in der Wochenzeitschrift des dänischen Ärztesbundes die Ergebnisse der Studie. Sie untersuchte auch die Vorbehalte: etwa, dass Ärztinnen sich mehr für lange, einfühlsame Patientengespräche interessieren als für medizinische Behandlungen nach neuestem wissenschaftlichen Standard.

Die Studie zeigt nun, dass Medizinstudentinnen tatsächlich eher Spezialisierungen wählen, in denen sie Patientenkontakt haben werden. Ihre männlichen Kollegen streben eher eine krankheitsbezogene Tätigkeit an. Überspitzt gefolgt: Es könnte in Zukunft also vor allem Psychologinnen geben, während die Chirurgie weiter in männlicher Hand bliebe. Die Studie fand allerdings auch heraus, dass diese Wahl nicht ausschließlich geschlechtsspezifisch ist. Sie hängt auch mit Arbeitszeiten rund um die Uhr zusammen, wird also von sozialen Faktoren bestimmt. (...)

Ein weiterer Einwand gegen den Vormarsch der Frauen im Arztfach ist die Befürchtung, die Gehälter könnten sinken. Erfahrungen aus den USA und Schweden legen dies nahe. In Dänemark scheint sich das der Untersuchung zufolge aber nicht zu bestätigen. (...)

Letztlich gelangt die Studie zu dem Schluss, dass nicht das Geschlecht für die weitere Entwicklung entscheidend ist, sondern die gesellschaftlichen Strukturen. Sie entscheiden darüber, welche fachliche Richtung Medizinstudierende eingeschlagen und wie ihre Karriere verläuft.

Quelle: *Neues Deutschland Online* ■

