

DGIM aktuell

Newsletter der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin



Editorial



Liebe Mitglieder,
liebe Kolleginnen
und Kollegen,

mit dieser Aus-
gabe von DGIM
aktuell freuen wir
uns sehr, Ihnen
weitere neue und
im besten Sinne
des Wortes zeit-

gemäße Entwicklungen der DGIM mitzu-
teilen. Eine Aufgabe, die für uns im
Vordergrund steht und höchste Priorität
besitzt, ist die Sichtbarmachung der
geriatrischen Medizin als Schwerpunkt-
bezeichnung in der Inneren Medizin. In
dem Leitartikel wird die hohe Bedeutung
der Geriatrie in Klinik, Forschung und
Lehre und ihre Nähe zur Inneren Medizin
dargestellt. Dieses Thema passt natürlich
auch vorzüglich zum Leitthema der kom-
menden Jahrestagung: „Lebensphasen“.

Im Rahmen des Herbstsymposiums der
DGIM haben wir die Bedeutung von
Lebens- und auch Übergangsphasen
deutlich gemacht: Innere Medizin ent-
wickelt sich auch in ihrem ureigenen
Verständnis zunehmend hin zu einem
aktiven Dialog und einer engen Inter-
aktion mit Gebieten wie beispielsweise
der Pädiatrie oder eben auch der Geria-
trie. Physiologische Veränderungen in
unterschiedlichen Lebensphasen haben
für die Diagnostik, vor allem aber für
die Therapie eine erhebliche Bedeutung.
Dies haben wir auch in der anschlie-
ßenden Pressekonferenz am Beispiel
klinisch-pharmakologischer Maßnahmen
ausgeführt.

Hoffentlich nur ein „phasenhaftes“
Problem ist der Ärztemangel; uns alle
beschäftigt diese Thematik sehr. Wir sind
dankbar für die intensive Beschäftigung
und Erarbeitung von Lösungsvorschlägen
durch den Medizinischen Fakultätentag.
Die Stellungnahmen von Herrn Professor
Bitter-Suermann in dieser Newsletter-
ausgabe unterstützen wir auf das Nach-
drücklichste.

Beim Lesen wünsche ich Ihnen wie immer
viel Vergnügen, Erkenntnisgewinn und
bin mit den besten Grüßen

Ihr

Prof. Dr. med. Hendrik Lehnert
Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft
für Innere Medizin (DGIM)

Inhalt

5/2010

Editorial

DGIM – Presidential News

Coming of Age

In den vergangenen Monaten hat eine zunehmende und ausgesprochen erfreuliche Annäherung der DGIM und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) stattgefunden. Für die DGIM besteht die besondere Bedeutung neben der Sichtbarmachung der konzeptuellen Nähe beider Gesell-

schaften auch darin, die Geriatrie als Teildisziplin der Inneren Medizin zu verstehen und den Status der Zusatzbezeichnung in den einer Schwerpunktbezeichnung zu verändern.

DGIM – aktiv

Im Gespräch mit Professor Bitter-Suermann: Ärztemangel ja oder nein – und was ist zu tun?

Vieleorts ist von Ärztemangel die Rede. Fakt ist jedoch, dass die Gesamtzahl der Ärzte stetig steigt. Im Interview mit DGIM aktuell gibt Professor Dr. med. Dieter Bitter-

Suermann, Präsident des Medizinischen Fakultätentages (MFT), sein Bild der Lage und skizziert einige Lösungsansätze.

DGIM – Kongress

Internistenkongress 2011 mit Leitthema Lebensphasen

Vorgeburtliche Prägungen oder auch der Übergang vom Jugendlichen zum Erwachsenen beeinflussen maßgeblich Entstehung und Verlauf innerer Krankheiten. Der 117. Internistenkongress steht daher erstmals unter

einem Leitthema, den Lebensphasen. Zu den vier Hauptthemen gehören Stoffwechselmedizin, personalisierte Therapie in der Onkologie, Immunität und Entzündung sowie klinische Epidemiologie.

DGIM – Korporative Mitglieder

Herbstsymposium: Experten fordern Evidenz für Kinder, Jugendliche und Senioren

Kinderärzte behandeln ihre Patienten vielfach mit Medikamenten, die nie an Kindern getestet wurden. Auch für ältere Patienten gibt es zu wenige Studienergebnisse hinsichtlich Verstoffwechslung, Dosierung und Wechselwirkungen.

Zum Thema „Altersgerechte Medikation“ diskutierten Ärzte und Wissenschaftler unter anderem altersbedingte physiologische Veränderungen, Wechselwirkungen bei Multimedikation und neue Ansätze wie etwa die Telemedizin.

DGIM – Aktuelles aus der Forschung

Pioglitazone, Vitamin E oder Placebo zur Behandlung einer nicht-alkoholischen Steatohepatitis?

Eine Studie im New England Journal of Medicine untersuchte vergleichend die medikamentöse Behandlung der nicht-

alkoholischen Fettleber (NASH). Gegenübergestellt wurden Vitamin E, Pioglitazone oder Placebo.

Termine

Impressum

Coming of Age

Kontakt:

Professor Dr. med. Hendrik Lehnert
Direktor der 1. Medizinischen Klinik
Universitätsklinikum Schleswig-
Holstein
Campus Lübeck
Ratzeburger Allee 160
23562 Lübeck
Tel.: +49 (0)451 500-2306
Fax: +49 (0)451 500-3339
E-Mail: hendrik.lehnert@uk-sh.de
Internet: www.dgim2011.de

In den vergangenen Monaten hat eine zunehmende und ausgesprochen erfreuliche Annäherung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) stattgefunden. Für die DGIM besteht die besondere Bedeutung neben der Sichtbarmachung der konzeptuellen Nähe bei den Gesellschaften auch darin, die Geriatrie als Teildisziplin der Inneren Medizin zu verstehen und den Status der Zusatzbezeichnung in den einer Schwerpunktbezeichnung zu verändern.

Jedem klinisch tätigen Internisten ist – nicht zuletzt auch aufgrund der demografischen Entwicklung – die hohe Bedeutung der Geriatrie in der ambulanten und stationären Krankenversorgung vertraut. Auch dürfte es allen von uns sehr klar geworden sein, dass sich die Geriatrie über die Betreuung einer spezifischen Patientengruppe definiert. „Geriatrische Patienten“ sind gekennzeichnet durch

- ein höheres (biologisches) Lebensalter
- Multimorbidität, das heißt durch das Vorliegen mehrerer chronischer behandlungsbedürftiger Erkrankungen
- eingeschränkte Funktionsreserven
- ein erhöhtes Risiko, die Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung zu verlieren

Beim Kriterium „Lebensalter“ gehen die aktuellen Definitionen derzeit von einem Alter über 70 oder 80 Jahre aus, je nachdem, in welchem Umfang Multimorbidität und Einschränkung der Funktionsreserven vorliegen.

Das Wesentliche geriatrischer Erkrankungen ist, dass sie nicht ein Organsystem betreffen. Außerdem sind sie weder über eine Gruppe von Erkrankungen, die über ihre Pathogenese verknüpft sind, noch über eine diagnostische oder therapeutische Methode definiert. Wichtig ist vielmehr, dass Erkrankungen mehrerer Organsysteme vorliegen, von denen einige mit vergleichbar hoher Priorität gleichzeitig behandelt werden müssen. Des Weiteren kann bei dieser Patientengruppe eine vergleichsweise geringfügige Verschlechterung einer chronischen Erkrankung einen akuten Behandlungsbedarf auslösen. Die für die akute Verschlechterung verantwortliche Erkrankung steht dabei oft nicht im Fokus der erforderlichen Behandlung. Zu beachten ist schließlich auch, dass die Zuordnung des Krankheitsbildes zu einem klinischen Fachgebiet unklar bleibt. Darüber hinaus gibt es eine Reihe von Erkrankungen, die spezifisch im höheren Lebensalter auftreten und in der Erwachsenenmedizin jüngerer Lebensstufen kaum bekannt sind.

Ein typischer Fall eines geriatrischen Patienten wäre zum Beispiel die Auslösung einer Hyponatriämie durch Thiaziddiuretika, eine daraus resultierende Gangunsicherheit mit konsekutivem Sturz und Oberschenkelfraktur, schließlich mittelbar hierdurch bedingt eine Pneumonie mit verzögertem Heilungsverlauf und Durchgangssymptomatik.

Wir gehen davon aus, dass etwa 30 Prozent der Patienten über 65 Jahre in einem Krankenhaus der Maximalversorgung die Kriterien eines geriatrischen Patienten erfüllen. Leider werden diese Patienten derzeit häufig in klinischen Bereichen ohne spezielles geriatrisches Profil betreut. Dies bewirkt unmittelbar Probleme wie:

- Häufung medizinischer Komplikationen mit konsekutiv erhöhter Mortalität
- schlechtere Planbarkeit und längere Dauer des Krankenhausaufenthaltes





Jahresbroschüre der DGIM 2010 erschienen

Auf 60 Seiten stellt die DGIM ihre Struktur, ihre Aufgaben und Aktivitäten des vergangenen Jahres vor. Die Jahresbroschüre enthält neben Vorstandsbeschlüssen und Positionspapieren der DGIM auch die aktuellen Preisverleihungen und Ehrungen der Gesellschaft. Mit der Eröffnungsrede zum 116. Internistenkongress und einem Kongressbericht gibt sie einen Rückblick zur diesjährigen Jahrestagung. Außerdem berichten die korporativen Mitglieder und die Pressestelle jeweils über ihre Aktivitäten. Daneben umfasst die Broschüre eine Zusammenfassung der Bundesärztekammer zu den Ergebnissen der Evaluation der Weiterbildung und gibt einen Ausblick auf die Befragung 2011. Aktuelles aus der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften rundet den Inhalt ab. Die Jahresbroschüre wurde an alle Mitglieder versandt. Interessierte können Exemplare bei der Geschäftsstelle der DGIM anfordern.

Internisten mit einer Schwerpunktbezeichnung Geriatrie wären – das ist die Hoffnung der DGIM – in der Lage, gerade unter den Bedingungen der Multimorbidität eine adäquate und zielgerichtete Versorgung geriatrischer Patienten zu gewährleisten. Systematisches geriatrisches Wissen ist unerlässlich, um eine Problemsichtung der zumeist internistischen Komplikationen vorzunehmen. Zusätzlich gilt es mit neurologischem und gerontopsychiatrischem Basiswissen die Patienten zu versorgen. Dies wird derzeit auch in der Lehre zu wenig vermittelt.

Auch die Finanzierung dieser Patientenversorgung muss ja über das DRG-System erfolgen. Für die Geriatrie besteht hier das

Gerade Internisten mit Schwerpunkt Geriatrie könnten multimorbide ältere Patienten adäquat und zielgerichtet versorgen.

Problem, dass das DRG-System eine besondere Gewichtung zugunsten aufwendiger diagnostischer und therapeutischer Prozeduren einführt; diese wiederum sind in der Geriatrie oft nicht indiziert. Der erhöhte Versorgungsaufwand ergibt sich aus der eingeschränkten Selbsthilfefähigkeit des Patienten mit der Folge, dass der pflegerische Versorgungsbedarf bei Aktivitäten des täglichen Lebens hoch ist. Dies betrifft bei Weitem nicht nur die Pflege: Praktisch alle ärztlichen und therapeutischen Tätigkeiten, beginnend mit der Erhebung des körperlichen Status, erfordern mehr Zeit. Im DRG-System wird dies nicht abgebildet; umso wichtiger ist für eine kostendeckende Versorgung, dass geriatrische Komplexziffern genutzt werden können.

Schließlich – und auch hier sind sich DGIM und DGG einig – besteht ein außerordentlich hoher Forschungsbedarf. In den meisten klinischen Studien – selbst wenn es sich um Erkrankungen handelt, die mit zunehmendem Alter häufiger werden – werden systematisch geriatrische und multimorbide Patienten von der Studienteil-

nahme ausgeschlossen. Die Behandlung geriatrischer Patienten basiert daher fast ausschließlich auf Expertenmeinungen, pathophysiologischen Erwägungen, klinischen Erfahrungen und natürlich der Extrapolation von Studienergebnissen an nicht geriatrischen Patienten. In fast allen medizinischen Bereichen wurden daher auch die Leitlinien ausschließlich für nicht geriatrische Patienten erstellt. Mit anderen Worten: Es besteht ein immenser Studienbedarf zur Evaluation von therapeutischen Maßnahmen an geriatrischen Patienten. Der Bezug geriatrischer Forschung zur inneren Medizin ist naturgemäß

hoch; insbesondere kardiovaskuläre Probleme und Stoffwechselerkrankungen (Stichwort: sarcopenic obesity) sind vor-

dringliche Forschungsgebiete, aber natürlich auch Ausmaß und Sinnhaftigkeit intensivmedizinischer Verfahren oder auch Chemotherapie im Alter. Die Geriatrie als Schwerpunkt der inneren Medizin bietet hier eindeutig die Möglichkeit, Forschungskonzepte deutlich besser als bisher umzusetzen.

Auf dem letzten Ärztetag in Dresden wurde dieses Anliegen zwar in seiner Bedeutung erkannt und auch gewürdigt, aber (erwartungsgemäß) noch nicht umgesetzt. Die Bundesärztekammer ist inzwischen ebenso wie die DGIM und der Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) von der Bedeutung dieser Maßnahme und Anerkennung der Geriatrie als Schwerpunktbezeichnung überzeugt, sodass wir hier gute Aussichten auf einen Erfolg sehen. Für die Krankenversorgung, Forschung und Lehre in der Geriatrie wäre dies ohne Frage von allergrößter Bedeutung. ■

*Professor Dr. med. Hendrik Lehnert
Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft
für Innere Medizin, Lübeck*

Im Gespräch mit Professor Dieter Bitter-Suermann: Ärztmangel ja oder nein – und was ist zu tun?

Professor Bitter-Suermann

ist seit 2003 Präsident der Medizinischen Hochschule Hannover. Als Präsidiumsmitglied ist er dort außerdem für das Ressort Forschung und Lehre verantwortlich. In seinem Amt als Präsident des Medizinischen Fakultätentages vertritt der medizinische Mikrobiologe seit 2009 die Interessen der deutschen Hochschulmedizin.

Kontakt:

Prof. Dr. med.
Dieter Bitter-Suermann
Präsident und Vorstand
Forschung und Lehre der
Medizinischen Hochschule
Hannover
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover
Tel.: +49 (0)511 532-6002
Fax: +49 (0)511 532-6003
E-Mail: Bitter-Suermann.Dieter@
mh-hannover.de

Ergebnisse der bundesweiten Befragung von Medizinstudenten:

„Berufsmonitoring von Medizinstudenten“, Frühjahr 2010, durch die Universität Trier, Privatdozent Dr. Rüdiger Jakob, im Internet veröffentlicht: www.mft-online.de

Zusammenfassung der Ergebnisse im Deutschen Ärzteblatt: Dtsch Arztebl 2010; 107(39): A-1837 / B-1613 / C-1589 www.aerzteblatt.de



Laut Schätzungen der KBV und BÄK gehen bis 2020 etwa 71 600 Ärzte in Rente. Die Verbände sehen darin ernste Versorgungsprobleme, da sie zukünftig einen Ärztemangel vermuten. Fakt heute

ist jedoch, dass die Gesamtzahl der Ärzte stetig steigt. In DGIM aktuell gibt Professor Dr. med. Dieter Bitter-Suermann, Präsident des Medizinischen Fakultätentages (MFT), sein Bild der Lage und skizziert einige Lösungsansätze.

Im letzten Jahr haben die Kammern erneut mehr Ärzte zugelassen. Die Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzte steigt weiter an. Noch nie gab es so viele aktiv tätige Ärztinnen und Ärzte wie jetzt. Dennoch ist allerseits von Ärztemangel die Rede. Wie erklärt sich das?

Prof. Bitter-Suermann:

Für die Gründe des Ärztemangels gibt es zurzeit ein sehr durchsichtiges Schwarze-Peter-Spiel: Die Zahl der Studienanfänger des humanmedizinischen Studienganges (ob Modell- oder Regelstudiengang) ist seit 1995 mit etwas über 17 000 Anfängern unverändert hoch und könnte den Bedarf auf allen Ebenen abdecken. Die Zahl der Abbrecher ist minimal und liegt unter fünf Prozent. Die Rahmenbedingungen und Attraktivität der zukünftigen Arbeitsplätze führen zu einer ungleichmäßigen Umverteilung. Es findet eine Abstimmung mit den Füßen statt (siehe „Befragung von Medizinstudenten“ der Universität Trier). Diesen Schwarzen Peter schieben sich die Politik, Bund und Länder, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, Bundesärztekammer, Deutsche Krankenhausgesellschaft und so weiter zu.

Gibt es Unterschiede zwischen den Versorgungsbereichen (Universitäten, Lehrkrankenhäuser, Krankenhäuser, Facharztpraxis, Hausarztpraxis)? Besteht Ärztemangel möglicherweise nur in einzelnen Bereichen?

Prof. Bitter-Suermann:

Ärztmangel gibt es sehr unterschiedlich in Regionen, Disziplinen, ambulanten und stationären Tätigkeitsfeldern (siehe vorgenannte Umfrage).

Gibt es gravierende Unterschiede zwischen den Fächern? Besteht Ärztemangel möglicherweise nur in einzelnen Fächern und nicht generell?

Prof. Bitter-Suermann:

Unterschiede in der Wahl der Fächer gibt es zahlreiche: In der Universitätsmedizin und den Krankenhäusern sind die Arbeitsbelastung, Stress, die Familienfreundlichkeit (Kindergarten- und Krippenplätze) wichtige Faktoren. Die „Work-Life-Balance“ hat insgesamt eine stark wachsende Bedeutung für den medizinischen Nachwuchs bekommen. Die Ärzte-Tarife des Marburger Bundes sind weitere Einflussfaktoren, zum Beispiel sind Ärzte in den klinisch-theoretischen und theoretischen Fächern im ÖTV-Tarif erheblich benachteiligt gegenüber klinisch tätigen Ärzten. Dies gilt auch für Ärzte in der Forschung in den klinischen Disziplinen.

Wie ist die Situation speziell an den Universitäten?

Prof. Bitter-Suermann:

Die Universitätsmedizin hat den geringsten Ärztemangel, weil sie über Forschung, Weiterbildung und Ansehen auf einen stetigen Zustrom der Absolventen des Studiums zurückgreifen kann. Familienfreundlichkeit bei 70 Prozent Studentinnen zu Beginn des Studiums und über 60 Prozent zum Staatsexamen wird zunehmend zu einem Erfolgskriterium der Personalrekrutierung.

Falls es einen Ärztemangel gibt: Wären mehr Studienplätze eine Lösung? – Oder eine zielgerichtete Ausbildung?

Prof. Bitter-Suermann:

Nein! Solange wir auf einen Studienplatz vier bis fünf Bewerbungen haben und damit die Studienplatzkapazitäten voll ausschöpfen, würden sich zusätzliche Studierende genauso ungleich auf die Fächer verteilen wie bisher.

Termine

Termine unter der Schirmherrschaft der DGIM

58. Ärztekongress Berlin/Charité Fortbildungsforum

4. bis 6. November 2010
Berlin

Jahrestagung der Gesellschaft für Innere Medizin Thüringens

5. und 6. November 2010
Jena

Kurs: Was tun bei Vorwurf eines Behandlungsfehlers?

13. November 2010
Wiesbaden

Jahrestagung der Gesellschaft für Innere Medizin Sachsen-Anhalt

19. und 20. November 2010
Halle/Saale

Jahrestagung der Sächsischen Gesellschaft für Innere Medizin

26. November 2010
Chemnitz

Intensivkurse Innere Medizin unter der Schirmherrschaft der DGIM

Vorbereitung auf die Facharztprüfung und Refreshing

15. bis 20. November 2010
Wiesbaden

22. bis 27. November 2010
Bad Nauheim

9. bis 14. Januar 2011
Leipzig

Weitere Informationen zu den Intensivkursen finden Sie im Internet unter: [www.dgim.de/Veranstaltungen & Termine](http://www.dgim.de/Veranstaltungen%20&%20Termine).

Für die Qualität der Weiterbildung haben die Ergebnisse der BÄK-Befragung Defizite offen gelegt: Kein strukturierter Weiterbildungsplan, keine Weiterbildungsziele, unzureichende Betreuung und mangelnde Kommunikation sind die häufigsten Gesichtspunkte vonseiten der Assistenten. Was können Universitäten und Lehrkrankenhäuser dagegen tun?

Prof. Bitter-Suermann:

An einer Optimierung arbeiten, um nicht vom Ärztemangel getroffen zu werden.

Sehen Sie eine Auswirkung personeller Engpässe auf die klinische Forschung?

Prof. Bitter-Suermann:

Ja, wenn der Dr. med. im Studium abgeschafft wird. Dies ist die im Regelfall einzige Gelegenheit, einen Einblick ins wissenschaftliche Arbeiten zu bekommen und sich damit nach dem Staatsexamen für eine wissenschaftliche Weiterbildung bis hin zur akademischen Karriere zu entscheiden. Eine dem Dr. rer. nat./PhD äquivalente dreijährige Promotionsphase nach dem Staatsexamen, sechs Jahre Weiterbildung und volles Gehalt vor Augen wird dann kaum noch ein Arzt attraktiv finden.

Die DGIM hat vor Kurzem ein Positionspapier vorgelegt, in dem vor allem die Situation des weiblichen medizinischen Nachwuchses analy-

siert wurde. Danach gehen in der Zeit zwischen Staatsexamen und Facharztanerkennung – die meist mit der Familiengründung zusammenfällt – sehr viele Ärztinnen dem Medizinbetrieb verloren. Wie schätzen Sie die zukünftige Rolle von Ärztinnen ein?

Prof. Bitter-Suermann:

Ohne unseren weiblichen Nachwuchs wird es einen echten und dramatischen Ärztemangel geben, der nicht mehr nur auf Umverteilung beruht. Familienfreundlichkeit und Gleichstellung sind Forderungen, die jetzt erkannt und befolgt in fünf bis zehn Jahren das Schlimmste noch verhindern können.

Welche Rolle spielt in Ihrer Arbeit als Präsident des MFT der Austausch mit medizinischen Fachgesellschaften wie der DGIM?

Prof. Bitter-Suermann:

Der Austausch mit der besonders aktiven DGIM, was allgemeine Problemfelder wie klinische Forschung, Weiterbildung, Studieninhalte et cetera angeht, ist hoch willkommen und wichtig. Spezielle, das Fachgebiet betreffende Fragen sind nicht Aufgabe des MFT, der immer das Gesamtgefüge einer Fakultät und deren Verantwortlichkeiten im Auge haben muss, nie das einzelne Fach, vor allem wenn noch Konkurrenzsituationen der Fächer eine Rolle spielen. ■

Vielen Dank für das Gespräch!

Freifahrt für Studenten zum Internistenkongress 2011



Auch im Jahr 2011 möchte die DGIM den Kongressbesuch von jungen Medizinerinnen fördern. Der Eintritt zum Kongress ist für alle Studenten kostenlos. Die DGIM vergibt darüber hinaus erneut Reisestipendien an Medizinstudenten im praktischen Jahr. Aufgrund der großen Nachfrage hat die DGIM Anzahl und Umfang der Stipendien erhöht: 20 Stipendien in Höhe von jeweils 200 Euro, verbunden mit einem freien Eintritt zur Get-together-Party, warten auf die Studenten. Interessierte können sich bis zum **15. März 2011** bewerben. Dafür genügt ein Kurzlebenslauf und eine einseitige Ausführung, was Sie zum Kongressbesuch motiviert. Das Schreiben richten Sie bitte an die Geschäftsstelle der DGIM, Stichwort „Reisestipendien“, Irenenstraße 1, 65189 Wiesbaden.

DGIM – Kongress

Internistenkongress 2011 mit Leitthema Lebensphasen: Innere Erkrankungen nicht isoliert betrachten

Die Jahrestagung der DGIM findet vom 30. April bis 3. Mai 2011 in den Rhein-Main-Hallen in Wiesbaden statt.

Weitere Informationen zum Kongress finden Interessierte auf der Kongresshomepage www.dgim2011.de.

Diese bietet Autoren auch die Möglichkeit, Abstracts zum Kongress einzureichen – bis zum 15. Dezember 2010.

Klare Kongress-Gliederung nach Pfaden:

- Case Management
- Chances
- Meet-the-Expert
- Plenarvorträge
- Symposien
- Tutorials
- Year in Review

Vorgeburtliche Prägungen oder auch der Übergang vom Jugendlichen zum Erwachsenen beeinflussen maßgeblich Entstehung und Verlauf innerer Krankheiten. Deshalb müsse gerade auch ungeborenen Kindern, Heranwachsenden und Hochbetagten umfassendes ärztlich-internistisches Interesse gelten, betont Professor Dr. med. Hendrik Lehnert, DGIM-Vorsitzender, Lübeck. Der 117. Internistenkongress steht daher erstmals unter einem Leitthema, den Lebensphasen. Zu den vier Hauptthemen gehören Stoffwechselmedizin, personalisierte Therapie in der Onkologie, Immunität und Entzündung sowie klinische Epidemiologie.

Der Kongress macht Verbindungen zwischen den verschiedenen Fächern sichtbar. „In der Stoffwechselmedizin beispielsweise wissen wir immer mehr über die metabolische Kommunikation zwischen den Organen“, so Kongresspräsident Lehnert. „Und gerade Volkskrankungen wie Diabetes, Adipositas und auch

Essstörungen gewinnen aufgrund ihrer Häufigkeit und möglicher Folgeerkrankungen immer mehr an Bedeutung für benachbarte internistische Schwerpunkte“, begründet Lehnert seine Wahl dieses Hauptthemas.

Auch die personalisierte Therapie bei Tumoren sowie Immunität und Entzündung weisen diesen fachübergreifenden Ansatz des Kongresses auf. Beispielsweise beeinflussen sich Entzündungs- und Tumorzellen durch Botenstoffe gegenseitig und prägen damit entscheidend die Krankheitsentstehung.

Wie alltagstauglich ärztliche Leitlinien sind und von welcher Art der Vorbeugung Patienten profitieren, dies herauszufinden ist Aufgabe der klinischen Epidemiologie. Dieses häufig vernachlässigte Forschungsgebiet bildet ein weiteres Hauptthema. Experten werden in Wiesbaden außerdem über Krankheitshäufigkeiten, Mehrfacherkrankungen und zukünftige Krankheitsentwicklungen diskutieren. ■

DGIM – Korporative Mitglieder

Gesicherte Therapie für Patienten jeden Alters? Experten fordern Evidenz für Kinder, Jugendliche und Senioren

Kinderärzte behandeln ihre Patienten vielfach mit Medikamenten, die nie an Kindern getestet wurden: In etwa 50 Prozent der stationären Fälle therapieren die Pädiater somit „Off-Label“. Bei Senioren zeigt sich ein ähnliches Bild: Weniger als fünf Prozent der Arzneimittelstudien beziehen über 65-Jährige mit ein. Und das, obwohl diese Patientengruppe etwa 66 Prozent der verschriebenen Medikamente erhält. Altersbedingte physiologische Veränderungen, Wechselwirkungen und neue Ansätze wie etwa Telemedizin waren die Themen des diesjährigen Herbstsymposiums „Altersgerechte Medikation“ der Korporativen Mitglieder der DGIM.

Einführend wies Professor Dr. med. Dr. med. dent. Wilhelm Kirch, Dresden, auf die physiologischen Veränderungen beim Erwachsenwerden wie auch bei älteren Patienten hin. „Kindsein bedeutet nicht, dass in allen Fällen eine niedrigere Dosierung notwendig ist, sie kann sogar bisweilen höher sein als beim Erwachsenen“, betont der Pharmakologe. Auch bei älteren Patienten sei die Dosierung anzupassen, etwa wenn Niere oder Leber nicht mehr ausreichend arbeiten. Hinzu kommt Multimedikation: „Würde bei Multimorbiden jede Erkrankung leitliniengemäß therapiert, käme der Patient bald auf über zehn Medikamente pro Tag“, sagt Kirch. Welche Medikamente für Senioren ungeeignet sind, erfasste seit August 2010 die PRISCUS-Liste.

■ Fortsetzung auf Seite 7



Das Herbstsymposium der Korporativen Mitglieder der DGIM

fand unter dem Titel „Altersgerechte Medikation“ am Mittwoch, 13. Oktober 2010, im Dorint Hotel Pallas in Wiesbaden statt.

Weitere Informationen zum Thema:

PRISCUS-Liste im Internet: www.priscus.net

Literaturhinweis:

H.K. Berthold, E. Steinhagen-Thiessen: Arzneimitteltherapie im Alter; Der Internist 2009; 50 (12), S. 1415-1423

Termine

Updates unter der Schirmherrschaft der DGIM

Rhythmo Update

18. November 2010
Wiesbaden

PCI Update

19. November 2010
Wiesbaden

Pneumo Update

19. und 20. November 2010
Wiesbaden

ICU Beginner Kurs

22. bis 28. November 2010
Freiburg

Internisten-Update

26. und 27. November 2010
Berlin
www.internisten-update.com

Als begrenzt zielführend bewertet **Professor Dr. med. Heiner Berthold**, Berlin, derartige Negativ- Arznelisten wie PRISCUS. Der leitende Oberarzt am Evangelischen Geriatriezentrum Berlin spricht sich hingegen für sogenannte geriatrische Assessments aus. „Unsere Patienten sind bezüglich des biologischen Alters oft sehr heterogen, sodass das kalendarische Alter für die Arzneimitteltherapie eher sekundär ist“, argumentiert Berthold. Daher müssten auch die Mobilität, kognitiver Status, soziale Situation und Ernährungszustand des Patienten berücksichtigt werden.

Medikamentengabe und Dosierung bei Kindern sind bislang in erster Linie der Erfahrung des Arztes überlassen. „Kinder sind keine kleinen Erwachsenen“, so **Dr. med. Birka Lehmann** vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in Bonn. In der ethischen Abwägung zwischen einer nicht fundierten medikamentösen Therapie und der Problematik der Teilnahme von Kindern an Arzneimittelstudien überwiege Ersteres, so begründete Dr. Lehmann die Einführung der Kinderarzneimittel-Verordnung der Europäischen Union im Jahr 2007. Seither müssen Hersteller bei der Zulassung neuer Arzneimittel klinische Studien an Kindern durchführen, wenn diese an Kinder verabreicht werden sollen. Bisher gebe es 20 zusätzliche Arzneimittel auf dem Markt, die dezidiert angeben, wie das Mittel bei Kindern und Jugendlichen anzuwenden ist. Doch mehr klinische Studien wären wünschenswert. „Ein Problem ist sicherlich, Kinder und ihre Eltern für eine Teilnahme zu gewinnen“, gibt Lehmann zu bedenken.

Ein weiterer Beitrag des Herbstsymposiums skizzierte ein zunehmendes Problem: Übergewicht im Kindesalter. **Privatdozentin Dr. med. Dr. Sportwiss. Christine Graf** von der Sporthochschule Köln geht von 1,9 Millionen übergewichtigen und adipösen Kindern in Deutschland aus – so viele wie noch nie. Damit sind wie auch bei adipösen Erwachsenen die typischen Erkrankungen wie Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörung und schließlich Diabetes Typ 2 assoziiert. Ärztinnen und Ärzte sieht sie in einer Schlüsselposition. „Je intensiver die Arzt-Patienten-Gespräche, desto erfolgreicher war die Gewichtsreduktion“, erläutert Graf. Sie appellierte an die anwesenden Internisten: „Das motivierende Interview ist in jeder internistischen und hausärztlichen Praxis machbar.“

Für Kinder, Jugendliche und ältere Menschen müssen mehr Studienergebnisse vorgelegt werden, hierin waren sich die Referenten einig. Die Kinderarzneimittel-Verordnung ist dabei ein wichtiger Schritt, auch wenn die Entwicklungen hier noch zögerlich sind. DGIM-Vorsitzender **Professor Dr. med. Hendrik Lehnert**, Lübeck, wies auf die besondere Herausforderung der Transition vom Jugendlichen ins Erwachsenenalter und schließlich zum geriatrischen Patienten hin. Kinder mit chronischen Erkrankungen, wozu immer häufiger auch Bluthochdruck oder Asthma gehören, benötigen eine strukturierte Übergabe vom Pädiater an den Internisten, so Lehnert. Sinnvoll sei demnach eine gemeinsame Übergangssprechstunde. Lebensphasen sind deshalb auch Leitthema seines bevorstehenden 117. Internistenkongresses. ■

Was bei Heranwachsenden zu beachten ist:

Neugeborene und Kleinkinder

- weisen einen höheren Körperwasseranteil und weniger Körperfett (80% zu 15%) auf als Erwachsene. Das kann zu einer längeren Wirkdauer von wasserlöslichen Arzneien führen.
- haben einen Magen, der weniger Säure produziert, was die Löslichkeit und Stabilität der Arzneistoffe beeinflusst. Zudem umfasst die Passagezeit der Medikamente bis zu einer Woche, sodass eine Wirkung verzögert eintreten kann. Der passive und aktive Wirkstofftransport im Dünndarm ist verzögert.
- haben ein unausgereiftes Enzymsystem der Leber (CYP450-System), was eine geringere metabolische Clearance zur Folge hat. Damit verbunden sind etwaige längere Dosierungsintervalle beziehungsweise eine geringere Dosis.

Zwei- bis Sechsjährige

- verfügen über eine relativ hohe Lebermasse und eine erhöhte metabolische Clearance. Sie bauen Medikamente somit teils schneller ab, was gegebenenfalls verkürzte Dosierungsintervalle beziehungsweise eine höhere Dosis erfordert.

Quelle: Professor W. Kirch, Dresden

Pioglitazone, Vitamin E oder Placebo zur Behandlung einer nicht alkoholischen Steatohepatitis

Literaturquelle:

Sanyal AJ, et al.: Pioglitazone, Vitamin E, or Placebo for Nonalcoholic Steatohepatitis *N Engl J Med.* 2010 May 6; 362(18): S. 1675-1685
www.nejm.org

Spendenauftrag der Gastroenterology Foundation e.V. (GF)

zum Aufbau eines neuen medizinischen Trainingszentrums für Ärzte und Pflegenden in Daressalaam/Tansania, wo es bislang keine Gastroenterologen gibt. Die GF engagiert sich unter Vorsitz von Professor Classen für die Weiterbildung von Ärzten und Pflegepersonal in Afrika. Informationen zur Stiftung und deren Projekte finden Sie im Internet: www.gastro-foundation.org. Spenden werden erbeten an: Kto. 4410 2196 33, BLZ: 700 202 70

Impressum

Herausgeber:

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

Geschäftsstelle:

Hausanschrift:
Irenenstraße 1, 65189 Wiesbaden

Postfachadresse:
Postfach 2170, 65011 Wiesbaden

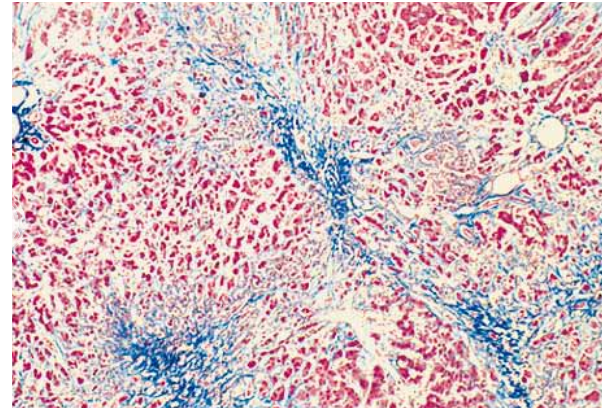
Tel.: +49 (0)611 2 05 80 40 - 0
Fax: +49 (0)611 2 05 80 40 - 46
E-Mail: info@dgim.de

Redaktion:

Pressestelle DGIM
Postfach 301120, 70451 Stuttgart
Tel.: +49 (0)711 89 31 - 115
Fax: +49 (0)711 89 31 - 167
E-Mail: info@medizinkommunikation.org

Die nicht alkoholische Steatohepatitis (NASH) ist eine weitverbreitete, vor allem in der westlichen Welt zunehmende Erkrankung mit dem Risiko einer Progression zur Leberzirrhose (bis 15 Prozent) und den damit verbundenen Komplikationen und Risiken. Typische histologische Charakteristika der hepatischen Steatosis sind lobuläre Entzündung und ein Ballooning der Hepatozyten. Des Weiteren besteht eine Assoziation mit Insulinresistenz und Merkmalen des metabolischen Syndroms. Als zusätzlicher pathophysiologischer Schlüsselfaktor neben der Insulinresistenz wird oxidativer Stress angegeben. Eine effektive medikamentöse Behandlung der NASH ist bisher nicht etabliert. Basierend auf den zwei angenommenen pathophysiologischen Schlüsselfaktoren ergibt sich die Arbeitshypothese der vorliegenden Studie. Die Arbeitsgruppe um Sanyal untersuchte randomisiert, Placebo kontrolliert, doppelblind bei 247 nicht diabetischen Patienten mit nicht alkoholischer Steatohepatitis die Wirksamkeit des Insulinsensitizer Pioglitazone (30 mg/d) und des Antioxidans Vitamin E (800 IU/d) im Vergleich zu Placebo über einen Zeitraum von 96 Wochen (PIVENS). Als primärer Endpunkt wurde das histologische Ansprechen in der Leber durch Benutzung eines standardisierten Scores (Hepatozytenverfettung, lobuläre Entzündung, Ballooning der Hepatozyten und Fibrosegrad) bei diesen Patienten untersucht.

In der statistischen Auswertung hinsichtlich des primären Endpunktes zeigt sich in der Behandlung der nicht alkoholischen Steatohepatitis nach 96 Wochen für Vitamin E im Vergleich zu Placebo ein signifikant besseres histologisches Ansprechen (43 Prozent versus 19 Prozent, $P=0,001$), während sich das histologische Ansprechen für Pioglitazone im Vergleich mit Placebo als nicht signifikant erweist (34 Prozent versus 19 Prozent, $P=0,04$). Sowohl für Vitamin E und Pioglitazone zeigt sich ein Benefit gegenüber Placebo hinsichtlich Normalisierungstendenz der Serumaminotransferasen ($P>0,001$), Reduktion der Hepatozytenverfettung ($P=0,005$ für Vitamin E und $P<0,001$ für Pioglitazone) und Verminderung der lobulären Entzündung ($P=0,02$ und $0,04$). Eine signifikante Verbesserung des Fibrosegrades konnte sowohl für Vitamin E und Pioglitazone nicht erreicht



werden ($P=0,24$ und $0,12$). Das Nebenwirkungsprofil stellte sich idem in allen Gruppen dar, beispielhaft kardiovaskuläre AEs jeweils zwölf Mal in der Placebo- und Vitamin-E- und zehn Mal in der Pioglitazone-Gruppe.

Zusammenfassend zeigt sich in der medikamentösen Behandlung der NASH eine signifikante Überlegenheit von Vitamin E, aber nicht von Pioglitazone gegenüber Placebo bei nicht diabetischen Patienten hinsichtlich des primären Endpunktes des histologischen Ansprechens. Für eine Reihe von sekundären Endpunkten, wie zum Beispiel Normalisierungstendenz der Serumaminotransferasen, Senkung der Hepatozytenverfettung und lobuläre Entzündung, konnte ein signifikanter Benefit für Pioglitazone gezeigt werden. Insgesamt zeigt sich aber bei beiden Substanzen lediglich in weniger als 50 Prozent ein histologisches Ansprechen im Sinne des primären Endpunktes und keine signifikante Verbesserung der Fibrosierung. Einen direkten Vergleich von Pioglitazone und Vitamin E lässt das Studiendesign nicht zu, des Weiteren können Fragen zum realen kardiovaskulären Risiko nicht hinreichend beantwortet werden.

Ausblickend sollte anhand dieser Studienergebnisse keine definitive Empfehlung für die medikamentöse Behandlung der NASH mit dem Antioxidans Vitamin E oder dem Insulinsensitizer Pioglitazone ausgesprochen werden, eine weitere Evaluierung des jeweiligen Nutzens und Risikos erscheint notwendig. ■

Dr. med. Klaus-Jürgen Schmidt, Lübeck