Arzneimittelengpässe

DGIM veröffentlicht Liste unverzichtbarer Wirkstoffe

Die Verfügbarkeit essenzieller Wirkstoffe ist für die Patientenversorgung grundlegend. In den vergangenen Jahren haben Lieferengpässe jedoch wiederholt zu Versorgungsproblemen geführt. Daher hat die DGIM gemeinsam mit ihren Schwerpunktgesellschaften eine Liste erstellt, die einen Überblick über unverzichtbare Wirkstoffe in der Inneren Medizin ermöglicht. Damit soll eine stabile Versorgung internistischer Erkrankungen unterstützt werden. Die Liste, die mehr als 600 Wirkstoffe, Arzneimittel und Medikamente umfasst, basiert auf aktuellen medizinischen Leitlinien und Einschätzungen der Schwerpunktgesellschaften. Sie wurde in Abstimmung mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und dem Institut für Pharmakologie der Medizinischen Hochschule Hannover erarbeitet und soll regelmäßig aktualisiert werden.

Mehr als 3 Millionen gesetzlich Versicherte waren Ende 2024 laut einer Auswertung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung von Lieferengpässen bei Medikamenten betroffen. „Auch in der Behandlung internistischer Erkrankungen kommt es immer wieder zu Versorgungsengpässen notwendiger Medikamente. Dies hat uns dazu veranlasst eine Liste der Wirkstoffe zu erstellen, die für die Innere Medizin unverzichtbar sind", erläutert Professor Dr. med. Tilman Sauerbruch, der die Aufstellung federführend begleitet hat. Darin wurden solche Stoffe aufgenommen, die in aktuellen Leitlinien empfohlen oder von den Schwerpunktgesellschaften als versorgungsrelevant klassifiziert werden, sofern sie bisher keinen Eingang in Leitlinien erfuhren. Die Ausgangsbasis stellte die Liste der versorgungsrelevanten Wirkstoffe des BfArM dar.

Mehr als 600 Wirkstoffe haben die Expertinnen und Experten der DGIM und der 11 Schwerpunktgesellschaften zusammengetragen. „Mit der Liste möchten wir eine datenbasierte Diskussionsgrundlage für Fachkreise, Gesundheitspolitik und Industrie und für gezielte Maßnahmen schaffen, um Lieferengpässen möglichst vorzubeugen", erklärt Professor Dr. med. Georg Ertl, Generalsekretär der DGIM. Seit über einem Jahr steht die DGIM dazu im Dialog mit dem BfArM. Anlass zur Erstellung der Auflistung gab auch das im Jahr 2023 verabschiedete Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz, das viele in der Inneren Medizin relevante Medikamente nicht primär adressiert.

Gemeinsame Verantwortung

„Die Identifizierung unverzichtbarer Wirkstoffe ist ein erster Schritt – nun müssen konkrete Maßnahmen folgen", betont Professor Dr. med. Jan Galle, Vorsitzender der DGIM. Eine verlässliche Medikamentenversorgung sei nur durch Kooperation aller Akteure – von den Fachgesellschaften über die Industrie bis zur Politik – zu gewährleisten. Die DGIM setzt sich daher für eine enge Zusammenarbeit ein, um die Versorgungssicherheit langfristig zu gewährleisten.

Die Liste unverzichtbarer Wirkstoffe steht ab sofort auf der Website der DGIM oder über den QR-Code zum Download zur Verfügung. Sie wird kontinuierlich in Abstimmung mit den internistischen Schwerpunktgesellschaften und dem BfArM aktualisiert.

Kommissionen & Arbeitsgruppen

Kommission Leitlinien

Update zur fachärztlichen Diagnostik und Therapie von Husten

Derzeit sind Delegierte der DGIM-Kommission „Leitlinien" an über 100 Leitlinien der internistischen Schwerpunktgesellschaften beteiligt. Anfang des Jahres erschien die Aktualisierung der S2k-Leitlinie „Fachärztliche Diagnostik und Therapie von erwachsenen Patienten mit Husten". Für die DGIM brachte Prof. Dr. Frederik Trinkmann, Geschäftsführender Oberarzt im Bereich Pneumologie und Beatmungsmedizin der Thoraxklinik am Universitätsklinikum Heidelberg, seine Expertise ein. Hier fasst er die wichtigsten Fakten zusammen.

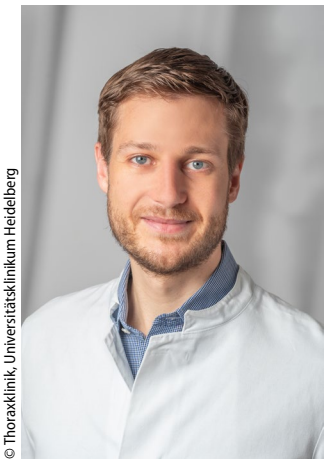
Die Key Facts zur Leitlinie

Die S2k-Leitlinie „Fachärztliche Diagnostik und Therapie von erwachsenen Patienten mit Husten" unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) bietet praxisorientierte Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie von Husten bei Erwachsenen. Sie richtet sich primär an Pneumologen, berücksichtigt aber auch relevante Aspekte für andere internistische Fachbereiche, HNO-Ärzte, Gastroenterologen und weitere Fachdisziplinen.

Die Leitlinie strukturiert sich entlang von 12 klinisch relevanten Schlüsselfragen und behandelt akuten, subakuten sowie chronischen Husten. Dabei wird Husten nicht nur als Symptom, sondern

Uncorrected Proof

JournalID:108 ArticleID:1904 Dispatch Date:29/04/2025 ProofNo: 1 PageNo: 6
A B



© Thoraxklinik, Universitätsklinikum Heidelberg

▲ Prof. Dr. Frederik Trinkmann

– im Fall des refraktären oder idiopathischen chronischen Hustens – auch als eigenständige Erkrankung anerkannt. Die Klassifikation des Hustens erfolgt nach Dauer (akut, subakut, chronisch) und Auswurfsymptomatik (produktiv vs. trocken). Die Leitlinie betont eine evidenzbasierte und differenzierte Herangehensweise an Diagnostik und Therapie, unter Einbeziehung von Warnzeichen („Red Flags") und personalisierten Maßnahmen.

Neu ist unter anderem die klare Strukturierung in Schlüsselfragen, die reduzierte Komplexität im Vergleich zu früheren Versionen und die digitale Verfügbarkeit über die Leila-App. Ziel ist eine effektive und zugleich patientenindividuelle Versorgung.

Key Facts zur Klassifikation des Hustens

Husten lässt sich nach Dauer und Auswurf sowie dessen Beschaffenheit näher klassifizieren:

Nach Dauer

- Akuter Husten: bis zu 3 Wochen
- Subakuter Husten: 3 bis 8 Wochen
- Chronischer Husten: länger als 8 Wochen

Dabei ist anzumerken, dass die Klassifikation nach Dauer willkürlich ist und die Übergänge fließend sind. Chronischer Husten sollte frühzeitig und gezielt diagnostisch abgeklärt werden.

Nach Auswurf

- Trockener Husten (Reizhusten): ohne Auswurf
- Produktiver Husten: mit Auswurf
  - ca. 5–30 ml/Tag (entspricht 1 TL bis 2 EL)

Produktiver und trockener Husten haben unterschiedliche Ursachen, Therapien und Prognosen. In diesem Zusammenhang ist es auch wichtig zu wissen, dass Patienten trockenen Reizhusten oft fälschlich als „Verschleimung" wahrnehmen.

Die Sputumqualität kann auf mögliche Ursachen hinweisen:

- Mukös: z. B. Raucherbronchitis
- Serös (schaumig): Lungenödem
- Purulent (gelb/grün): COPD, Asthma, Bronchiektasen
- Blutig (Hämoptyse): Tumor, Tuberkulose, schwere Infektion (Red Flag!)
- Bronchialausguss: ABPA, schwere Asthmaformen

Key Facts zur Diagnostik des Hustens

Grundsätzliches Vorgehen

Allgemein richtet sich die Diagnostik nach Hustendauer und dem klinischen Bild.

- Bei akutem und subakutem Husten genügen meist Anamnese und körperliche Untersuchung.
- Als Basisdiagnostik bei chronischem Husten (ab 8 Wochen) soll bei allen Patientinnen und Patienten ein Thorax-Röntgen (in zwei Ebenen) und eine Lungenfunktionsprüfung erfolgen.

Personalisierte (erweiterte) Diagnostik

Eine erweiterte Diagnostik ist nur bei Alarmzeichen („Red Flags") indiziert und ergänzt die Diagnostik – je nach klinischem Verdacht – um:

- HNO-ärztliche Untersuchung,
- CT-Thorax (bei unauffälligem Röntgen, aber weiter bestehendem Verdacht),
- Bronchoskopie,
- Schlafapnoe-Diagnostik,
- Refluxdiagnostik,
- Kardiologische Abklärung (inkl. EKG, Echokardiographie, NT-proBNP) oder
- Neurologische Diagnostik (z. B. bei Schluckstörungen)

Red Flags

Zu den Warnzeichen für eine sofortige Abklärung (z. B. bei akutem Husten mit schwerem Verlauf) gehören

- Hämoptyse (blutiger Auswurf)
- Dyspnoe, Zyanose, Tachykardie, $SpO_2 < 90\,\%$
- Stridor, Heiserkeit, Thoraxschmerz, hohes Fieber
- Gewichtsverlust, Nachtschweiß, Dysphagie

Key Facts zur Therapie des Hustens

Grundprinzip

Die Therapie des Hustens orientiert sich an der Ursache, sofern diese bekannt ist. Jeder Patient und jede Patientin erhält eine personalisierte Behandlung. Ist die Ursache unbekannt oder therapieresistent, ergreift man symptomatische Maßnahmen.

Dabei stehen verschiedene Optionen zur Verfügung:

Nicht-medikamentöse Therapie

- Atemphysiotherapie (bei produktiven Hustenformen: sekretmobilisierende Techniken, bei trockenem Reizhusten: Techniken zur Hustenhemmung)
- Logopädie, Insbesondere bei laryngealer/pharyngealer Hypersensitivität und bei Stimmbandfunktionsstörungen wie „Vocal Cord Dysfunction" (VCD)

Medikamentöse Therapie

- Bei bekannter Ursache
  - Ursachenbezogene Behandlung (z. B. Asthma, Reflux, Medikamentenwechsel), Beispiel: ACE-Hemmer ersetzen bei ACE-Hemmer-induziertem Husten
- Akuter/subakuter Husten

Uncorrected Proof

JournalID:108 ArticleID:1904 Dispatch Date:29/04/2025 ProofNo: 1 PageNo: 7
A B

- Keine Antibiotikatherapie, außer bei nachgewiesener bakterieller Infektion
- Optionale symptomatische Therapie mit Sekretolytika (z. B. Ambroxol, N-Acetylcystein) oder Antitussiva (z. B. Dextromethorphan, pflanzliche Präparate)

– Chronischer refraktärer oder idiopathischer Husten
- Refractory Chronic Cough (RCC): chronischer Husten trotz Behandlung einer vermuteten Ursache
- Unexplained Chronic Cough (UCC): chronischer Husten ohne erkennbare Ursache

Mögliche off-label-Therapieansätze

– Neuromodulatoren (z. B. Gabapentin, Amitriptylin)
– Inhalative Kortikosteroide (ICS) ggf. kombiniert mit LABA
– Retardiertes Morphin in niedriger Dosierung (v. a. bei palliativem Einsatz)

Zukunft & neue Medikamente

– Gefapixant (P2X3-Antagonist) ist der erste gezielt gegen RCC/UCC entwickelte Wirkstoff
  - Zugelassen in der EU für RCC/UCC
  - Aktuell in Deutschland jedoch nicht verfügbar (Stand: 2025)
– Weitere Wirkstoffe und Studien zu selektiveren P2X3-Hemmern in Entwicklung

Das Wichtigste auf einen Blick – Fazit

– **Klar strukturierte Klassifikation:** Einteilung nach Dauer (akut, subakut, chronisch) und Auswurf (trocken vs. produktiv)
– **Diagnostik nach Stufenschema:** Anamnese und körperliche Untersuchung bei akutem Husten, gezielte Basis- und erweiterte Diagnostik bei chronischem Husten
– **Therapie ursachenbezogen & personalisiert:** Behandlung richtet sich nach Grunderkrankung – bei unklarer Ursache symptomatisch
– **Chronischer Husten als eigenständige Erkrankung:** Refraktärer (RCC) und idiopathischer Husten (UCC) werden als Krankheitsbilder anerkannt
– **Neu & praxisnah:** Reduktion auf 12 zentrale Schlüsselfragen, konsensbasierte Empfehlungen, Update mit klarem Fokus auf Alltagstauglichkeit

Die vollständige Leitlinie findet sich im Register der AWMF unter der Nummer 020-003.

Kommission Struktur der Krankenversorgung

Versorgungslücken trotz steigender Zahl an Internistinnen und Internisten

Die Innere Medizin ist ein wachsendes Fach, zunehmend weiblich und in der hausärztlichen Versorgung immer wichtiger. Dabei stellt die demografische Entwicklung auch die internistische Versorgung vor neue Aufgaben, erreichen doch viele Kolleginnen und Kollegen in den kommenden Jahren das Rentenalter. Dies zeigt eine Analyse der DGIM in Kooperation mit der TU Berlin, die aktuell in der Deutsche Medizinischen Wochenschrift erschienen ist. Ein weiteres Ergebnis der Studie ist, dass die Versorgung in den einzelnen Fachbereichen der Inneren Medizin regional sehr unterschiedlich ausgeprägt ist. Aus Sicht der DGIM belegen die Ergebnisse: Vor jeder politischen Planung der Versorgungsstrukturen braucht es patientenzentrierte Analysen, die den tatsächlichen medizinischen Bedarf ermitteln.

Noch nie waren so viele Internistinnen und Internisten berufstätig wie heute. Von 2010 bis 2020 stieg ihre Zahl von fast 44.000 auf über 58.000 – ein Trend, der auch nach der Coronapandemie anhält: Ende 2023 waren laut Ärztestatistik der Bundesärztekammer 61.899 Internistinnen und Internisten im Beruf. „Dieser enorme Zuwachs an Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin – in nicht einmal 15 Jahren um 40 % – zeigt, wie attraktiv die Innere Medizin als Fach ist", erklärt Professor Dr. med. Dirk Müller-Wieland, Erstautor der Untersuchung und Co-Vorsitzender der DGIM-Kommission Struktur der Krankenversorgung. Besonders der Frauenanteil ist deutlich angestiegen: von 32 % im Jahr 2011 auf 40 % in 2020. Bis 2023 wuchs diese Zahl noch weiter auf 42 %.

Doch trotz der steigenden Zahl berufstätiger Internistinnen und Internisten hat sich die Summe der geleisteten Arbeitsstunden kaum verändert. „Ein Grund ist, dass sich die Teilzeit-Quote im Untersuchungszeitraum fast verdoppelt hat", sagt Professor Müller-Wieland. Damit komme die Innere Medizin dem Wunsch vor allem jüngerer Kolleginnen und Kollegen nach flexibleren Arbeitszeitmodellen bereits nach. „Um Ärztinnen und Ärzte im Beruf zu halten, müssen wir weiterhin mehr Anstrengungen für familienfreundliche Arbeitsbedingungen unternehmen", so der Experte. Beispiel dafür seien etwa verlässliche Kinderbetreuungsangebote.

Regionale Ungleichheiten in der Versorgung

Trotz eines grundsätzlich gut ausgebauten internistischen Versorgungsnetzes offenbart die aktuelle Trendanalyse erhebliche regionale Ungleichheiten. „Besonders auffällig ist, dass bei spezialisierten Disziplinen wie der Rheumatologie, Angiologie oder Endokrinologie das Angebot in manchen Regionen deutlich zurückgeht", sagt Professor Müller-Wieland. Solche Entwicklungen gefährden nicht nur die wohnortnahe Patientenversorgung, sondern auch die strukturelle Zukunft der Fachgebiete: „Wo Versorgungslücken entstehen, fehlen häufig auch die Voraussetzungen für ärztliche Weiterbildung

Uncorrected Proof

JournalID:108 ArticleID:1904 Dispatch Date:29/04/2025 ProofNo: 1 PageNo: 8
A B