

50 JAHRE

Ein halbes Jahrhundert Allgemeinmedizin

1966–2016

Im Oktober 2016 feiert die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) in Frankfurt ihren 50. Geburtstag. Die Zeitschrift *Der Allgemeinarzt* nimmt dies zum Anlass, in loser Folge ihre Leser auf dieses historische Ereignis einzustimmen. Die Entwicklung von der allgemeinen Medizin zur Allgemeinmedizin wird anhand von Archivmaterial, Berichten von Zeitzeugen und Repräsentanten der DEGAM dokumentiert. Recherchiert und zusammengestellt hat die Serie der Herausgeber der Zeitschrift, Prof. Dr. Frank H. Mader.

AKADEMISCHE ALLGEMEINMEDIZIN

Lehrstühle für Allgemein- medizin sind ein Erfolgsmodell

Frank H. Mader



Zum 7. Mal Tag der Allgemeinmedizin (TdA) an der Technischen Universität München (TUM). Mit viel Prominenz veranstaltet durch den ersten „ordentlichen“ Lehrstuhlinhaber für Allgemeinmedizin in Bayern, Prof. Dr. med. Antonius Schneider. Ein ganz besonderer Tag.



Prof. Dr. med. Antonius Schneider

Um diesen „Glückstag“ (Schneider) nachzuvollziehen, muss man weit ausholen: 1977 hatte die TUM als einzige der damals 25 westdeutschen Medizinfakultäten keinen Lehrauftrag für Allgemeinmedizin. Dieser wurde als letzter der Medizinischen Fakultäten im wiedervereinigten Deutschland erst im SS 1995 errichtet. Die TUM war allerdings dann 2009 die erste der 5 Fakultäten in Bayern, die einen Stiftungslehrstuhl (AOK, KBV) für Allgemeinmedizin errichtete und mit dem in Heidelberg habilitierten Antonius Schneider besetzte.

„Ein wichtiges Element unseres Profils“

Nach intensiven Verhandlungen wurde 2015 der Stiftungslehrstuhl voll in den Haushalt der TUM übernommen. Ein großer Festakt im Münchener Maximilianeum würdigte gebührend die Verstetigung von Bayerns erstem ordentlichen Lehrstuhl: Landtagspräsidentin Barbara Stamm sowie Staatsministerin und Ärztin Melanie Huml, beide Schirmherrinnen des Abends, sprachen von einem „Erfolgsmodell für die Allgemeinmedizin in Bayern, mehr

junge Medizinstudierende für den Beruf des Hausarztes zu begeistern. Mit der Verstetigung an der TUM ist ein wichtiger Schritt getan.“ TUM-Dekan Prof. Dr. Peter Henningsen räumte ein, dass es 6 Jahre zuvor bei der Errichtung des Stiftungslehrstuhls auch viele Skeptiker in den eigenen Reihen gegeben habe: „Vielleicht sind wir damals ein bisschen zum Jagen getragen worden, aber die Lage hat sich dramatisch geändert. In der Fakultät gibt es niemanden mehr, der nicht hinter dem Lehrstuhl für Allgemeinmedizin steht. Dieser Lehrstuhl ist ein wichtiges Element unseres Profils.“

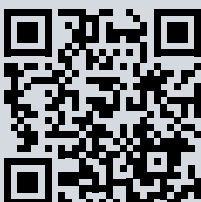


Die Früchte dieser Bemühungen konnte Schneider nun im März 2016 am 7. Tag der Allgemeinmedizin genießen: <https://www.youtube.com/watch?v=616-d2i7HmM>

Allein 45 Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW), 20 Medizinstudierende und über 160 Lehrpraktiker drängten sich in 18 Kursen, Seminaren und Praktika. Thematisch ging es dabei um Praktisches wie den Reanimationskurs am Simulator oder den Dauerbrenner „Tipps und Kniffe beim Routine-Abdomenson“ mit dem Gastroenterologen Prof. C. Lersch. Der federführende Autor der S3-Leitlinie, Prof. P. Henningsen, diskutierte Strategien zum Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden, während sich die ÄiW nebenan im „Prüfungskurs Allgemeinmedizin“ von Lehrarzt Dr. M. Lohnstein scharten. Ausgebucht das interaktive Seminar zum leidigen Thema „Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Arznei-, Heil- und Hilfsmittelverordnung“ mit dem Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin und Gesundheitsökonomie, Dr. B. Riedl. Brandaktuell die „Medizinische Versorgung von Flüchtlingen“ (Dres. S. Rakette und F. Leitner).

„Die Forschung muss für die Hausärzte da sein“

Höhepunkt des Tages war jedoch sicher die gemeinsame Feier des jetzt ordentlichen Lehrstuhls mit Grußworten des Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, Dr. M. Kaplan, dem leidenschaftli-



Meine 7 Punkte für den Hausarztberuf

In seiner Rede beim 7. Tag der Allgemeinmedizin in München wirbt Dr. Dieter Geis, Vorsitzender des Bayerischen Hausärzterverbands, für den Hausarztberuf und führt 7 Gründe auf, warum Medizinstudierende und angehende Fachärzte sich für eine Karriere als Hausarzt entscheiden sollten.

1. Sie sind nah am Patienten. Nur der Hausarzt hat immer den ganzen Menschen im Blick. Und viele unserer Patienten und deren Familien begleiten wir über Jahre oder gar Jahrzehnte. Wir versorgen unsere Patienten von der Wiege bis zur Bahre, teilen mit ihnen Freud und Leid.
2. Hausarztmedizin ist spannend. Wenn ich morgens in meine Praxis komme, weiß ich nie, was mich erwartet. Als Facharzt für Allgemeinmedizin haben Sie ein fundiertes Wissen über alle Bereiche der Medizin. Jeder Tag ist eine neue Herausforderung, man hört nie auf dazulernen.
3. Beruf und Familie sind für Hausärzte heute kein Widerspruch mehr. Sie entscheiden selbst, ob Sie sich freiberuflich mit einer eigenen Praxis niederlassen, ob Sie mit Kollegen eine Gemeinschaftspraxis führen oder ob Sie – zumindest eine Zeit lang – festangestellt oder in Teilzeit arbeiten wollen.
4. Sie werden dringend gebraucht. Jeder dritte Hausarzt in Bayern ist über 60 Jahre alt und wird bald in den Ruhestand gehen, jede Woche schließt in Bayern eine Hausarztpraxis für immer, weil sich kein Nachfolger findet. Der Freistaat unterstützt Niederlassungen auf dem Land mit bis zu 60.000 Euro und hat außerdem ein Stipendienprogramm für Studierende aufgelegt, die später für eine gewisse Zeit aufs Land gehen. Zudem stellen viele Gemeinden Räumlichkeiten für Praxisniederlassungen günstig zur Verfügung. Und natürlich helfen auch wir vom Bayerischen Hausärzterverband mit Rat und Tat. Sprich: Sie bekommen breite Unterstützung, um erfolgreich mit einer eigenen Hausarztpraxis starten zu können.
5. Uns Hausärzte zeichnet aus, dass wir Kollegen sind, nicht Konkurrenten. Der zunehmende Mangel an Hausärzten schweißt uns zusammen. Wir stehen für Teamgeist auch über die Grenzen der eigenen Praxis hinweg. So haben wir auch gemeinsam das Thema Bereitschaftsdienst geregelt. Die Zeiten, dass ein Hausarzt rund um die Uhr und auch am Wochenende im Einsatz war, sind mittlerweile Erinnerung – Gott sei Dank.
6. Auch finanziell lohnt es sich wieder, Hausarzt zu sein. Der Bayerische Hausärzterverband hat nach langem Kampf und zähen Verhandlungen Hausarztverträge mit allen gesetzlichen Krankenkassen durchgesetzt und nachhaltig gesichert. Wir Hausärzte stehen damit nicht nur wirtschaftlich auf 2 Beinen, sondern wir haben es selbst in der Hand, durch die von uns verhandelten Verträge unsere Arbeit wirtschaftlich und strukturell selbst zu bestimmen und zu definieren. Neben den Kollektivverträgen über die Kassenärztliche Vereinigung haben wir eigene Selektivverträge, also selbst verhandelte Hausarztverträge, die uns für unsere Arbeit ein gerechtes Honorar in Euro und Cent garantieren.
7. Hausarzt zu sein, ist der schönste Beruf der Welt. Auch wenn ich schon ein paar Berufsahre auf dem Buckel habe, so freue ich mich noch immer jeden Tag auf meine Praxis und auf meine Patienten. Meine Arbeit ist sehr erfüllend.

chen Bekenntnis zur Allgemeinmedizin von Dr. D. Geis (siehe Kasten) (<https://www.youtube.com/watch?v=NOSLLysdYXU>) sowie der Keynote-Lecture von Prof. Chris van Weel zum Thema „Academic development of primary care research“ (<https://www.youtube.com/watch?v=hguTb8gXs50>). Einmal einer der jüngsten Professoren für Allgemeinmedizin in Holland ist van Weel heute Emeritus der Universität Nijmegen. Im Unruhestand ist er weiterhin als Professor for Primary Health Care Research an der University of Australia, Canberra, tätig. Ehemals auch Section Editor im Lancet gilt er als einer der forschungstärksten Allgemeinärzte weltweit mit



Dr. med. Dieter Geis





Bayrischer Hausärzterverband

Tag der Allgemeinmedizin (TdA)

Die Bezeichnung „Tag der Allgemeinmedizin (TdA)“ hat sich die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Heidelberg als geschützte Marke im Jahr 2007 eintragen lassen, um die Besonderheit der hier geübten hausärztlichen Fortbildung vor Missbrauch durch entgegenlaufende Fortbildungsangebote zu bewahren. Vom Präsidium der DEGAM beauftragt, definierte die Sektion Fortbildung der DEGAM am 25.9.2008 während des DEGAM-Kongresses in Berlin und in nachfolgenden Abstimmungen per E-Mail, welchen Prinzipien das Label „Tag der Allgemeinmedizin“ folgen muss, um anerkannt zu werden.

Der TdA ist demgemäß ganz- oder zumindest halbtägigen Fortbildungsformaten vorbehalten und muss folgende Kriterien erfüllen:

- Selbstbestimmtes Lernen
- Hausarztorientierung
- Patientenorientierung
- Vermittlung von Werkzeugen und Inhalten, die einen souveränen Umgang mit Informationsmanagement (z. B. Leitlinien, Erlernen systematischer Recherche) ermöglichen
- Hausärzte statt Spezialisten als Referenten
- Interaktive Seminare mit viel Raum zur Diskussi-

- on und Reflexion
- Keine Frontalvorlesungen
- Industrieunabhängig

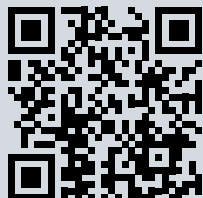
Quelle: Egidi G (2009) ZFA 4: 415

Tage der Allgemeinmedizin existieren bereits in Bonn, Bremen, Düsseldorf, Erlangen, Essen, Frankfurt, Freiburg, Göttingen, Hamburg, Heidelberg, Jena, Kassel, Lübeck, Marburg, Tübingen und Wittenherdecke. Im Jahr 2016 finden noch statt:

- 23.04.2016: TdA Düsseldorf
- 30.04.2016: TdA Heidelberg
- 28.05.2016: TdA Lübeck
- 18.06.2016: TdA Witten/Herdecke
- 02.07.2016: TdA Erlangen
- 09.07.2016: TdA Freiburg
- 08.10.2016: TdA Heidelberg
- 05.11.2016: TdA Hamburg
- 12.11.2016: Thüringer TdA, Jena
- 19.11.2016: TdA Tübingen

Die Tage der Allgemeinmedizin in Essen, Marburg, München und im Saarland fanden bereits im Februar und März 2016 statt.

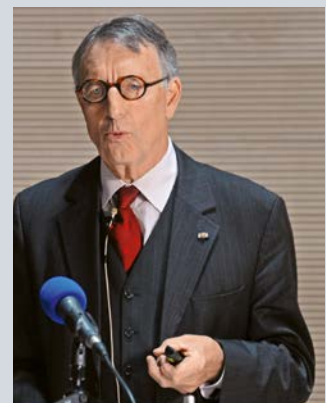
über 480 Medline-indexierten Publikationen. Als Präsident des Weltverbandes der Allgemeinmedizin (WONCA) von 2007 bis 2010 konnte er als Nestor der Allgemeinmedizin das Fach in zahlreichen Ländern wissenschaftspolitisch voranbringen, unter anderem auch in Deutschland. Das Resümee der Keynote-Lecture: „Es braucht konstante Energie auf wis-



senschaftlicher und politischer Ebene, um das Fach national zu stärken – in Holland wird bereits seit 1941 systematisch daran gearbeitet. Dabei muss die Forschung bzw. die Universität für die Hausärzte da sein, die Forschungskonzeption muss organisch wachsen – idealerweise als Bottom-up- und nicht als Top-down-Prozess.“
Literatur: Mader FH (2016) Von der allgemeinen Medizin zur Allgemeinmedizin. 50 Jahre DEGAM, z. Zt im Druck ■

Bisher erschienene Artikel der DEGAM-Reihe

www.allgemeinarzt-online.de/a/1762213



Bayrischer Hausärzterverband

Prof. Chris van Weel

JANUMET[®]: Wenn Metformin allein nicht ausreicht¹



- Starke **Wirksamkeit**¹
- Starke Daten zur **Langzeitsicherheit**^{2,a}
- Starke **Erfahrung**³

**Beste Nutzenbewertung
und wirtschaftlicher Preis^{b,c}**

1. Fachinformation JANUMET[®], Stand Februar 2016

2. Green JB et al. Effect of Sitagliptin on Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes; NEJM 2015, DOI: 10.1056/NEJMoa1501352

3. Data on file MSD.

a. Hinsichtlich des primären kombinierten Endpunkts definiert als Zeit bis zum ersten Auftreten eines bestätigten kardiovaskulären Ereignisses bestehend aus kardiovaskulärem Tod, nicht-tödlichem Myokardinfarkt, nicht-tödlichem Schlaganfall oder Hospitalisierung wegen instabiler Angina pectoris.

b. Drei Anwendungsgebiete mit Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen (Monotherapie mit Sitagliptin, Sitagliptin plus Metformin, Fixkombination Sitagliptin plus Metformin).

IQWiG-Empfehlung:

Sitagliptin plus Metformin [Sulfonylharnstoff (Glibenclamid, Glimperid) plus Metformin]; Therapieziel: normnahe Blutzuckereinstellung → Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen, anderes Therapieziel: Zusatznutzen nicht belegt; Sitagliptin plus Metformin (Glipizid plus Metformin); Therapieziel: normnahe Blutzuckereinstellung → Anhaltspunkt für einen erheblichen Zusatznutzen bei Männern und Anhaltspunkt für einen Zusatznutzen (Ausmaß nicht quantifizierbar, höchstens beträchtlich) bei Frauen, anderes Therapieziel: Zusatznutzen nicht belegt; Monotherapie mit Sitagliptin, Sitagliptin plus Sulfonylharnstoff, Sitagliptin plus Metformin plus Sulfonylharnstoff und Sitagliptin plus Insulin (mit oder ohne Metformin); Zusatznutzen nicht belegt; Sitagliptin/Metformin, Sitagliptin/Metformin plus Sulfonylharnstoff und Sitagliptin/Metformin plus Insulin: Zusatznutzen nicht belegt; Saxagliptin, Saxagliptin / Metformin: Zusatznutzen nicht belegt; Vildagliptin, Vildagliptin / Metformin: Zusatznutzen nicht belegt

G-BA-Beschluss:

Sitagliptin: – Monotherapie mit Sitagliptin: Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen (Befristung bis 01.07.2016)
– Sitagliptin plus Metformin: Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen (Befristung bis 01.07.2016)

Fixkombination Sitagliptin plus Metformin: – Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen (Befristung bis 01.07.2016)

Saxagliptin: – Saxagliptin plus Metformin: Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen (Befristung bis 01.07.2016)
– Monotherapie mit Saxagliptin: G-BA hat Bewertungsverfahren eingestellt

Fixkombination Saxagliptin plus Metformin: – Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen (Befristung bis 01.07.2016)

Vildagliptin: – Zusatznutzen nicht belegt

Fixkombination Vildagliptin plus Metformin: – Zusatznutzen nicht belegt

IQWiG: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss
Detaillierte Angaben entnehmen Sie bitte dem *IQWiG Bericht*, dem *G-BA Beschluss* bzw. den *Tragenden Gründen zum Beschluss* unter www.g-ba.de

c. Einheitlicher Erstattungsbetrag für alle zugelassenen Anwendungsgebiete gilt seit 01.04.2014.

MSD

JANUVIA[®]/JANUMET[®]

JANUVIA[®] Filmtabletten 25 mg/50 mg/100 mg

Wirkstoff: Sitagliptin.

JANUMET[®] 50 mg/850 mg Filmtabletten

JANUMET[®] 50 mg/1000 mg Filmtabletten

Wirkstoff: Sitagliptin und Metforminhydrochlorid.

Zus.: Arznei. wirks. Bestandt.: JANUVIA[®]: 1 Tbl. enth. Sitagliptinphosphat 1 H₂O, entspr. 25 mg, 50 mg od. 100 mg Sitagliptin. JANUMET[®] 50 mg/850 mg Filmtabletten bzw. JANUMET[®] 50 mg/1000 mg Filmtabletten: Jede Tbl. enth. Sitagliptinphosphat 1 H₂O, entspr. 50 mg Sitagliptin, u. 850 mg bzw. 1.000 mg Metforminhydrochlorid. **Sonst. Bestandt.:** JANUVIA[®]: Tbl.-kern: Mikrokristalline Cellulose (E 460), Calciumhydrogenphosphat (E 341), Croscarmellose-Natrium (E 468), Magnesiumstearat (Ph.Eur.) (E 470b), Natriumstearylfumarat (Ph.Eur.). Tbl.-überzug: Polyvinylalkohol, Macrogol (3350), Talkum (E 553b), Titandioxid (E 171), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E 172), Eisen(III)-oxid (E 172). JANUMET[®] 50 mg/850 mg Filmtabletten bzw. JANUMET[®] 50 mg/1000 mg Filmtabletten: Tbl.-kern: Mikrokristalline Cellulose (E 460), Povidon K29/32 (E 1201), Natriumdodecylsulfat, Natriumstearylfumarat. Tbl.-überzug: Polyvinylalkohol, Macrogol 3350, Talkum (E 553b), Titandioxid (E 171), Eisen(III)-oxid (E 172), Eisen(II,III)-oxid (E 172). **Anw.:** JANUVIA[®]: B. erw. Pat. mit Typ-2-Diabetes mellitus zur Verbes. d. Blutzuckerkontr. indiziert. **Als Monotherapie** b. Pat., bei denen Diät u. Beweg. allein d. Blutzucker nicht ausreichend senken u. für die Metformin aufgr. v. Gegenanz. od. Unverträglichk. nicht geeignet ist. **Als orale 2-Fachtherapie** in Komb. mit: Metformin, wenn Diät und Beweg. plus e. Monother. mit Metformin d. Blutzucker nicht ausreichend senken; e. Sulfonylharnstoff, wenn Diät u. Beweg. plus e. Monother. mit e. Sulfonylharnstoff in d. höchsten vertragenen Dosis d. Blutzucker nicht ausreichend senken u. wenn Metformin aufgr. v. Gegenanz. od. Unverträglichk. nicht geeignet ist; e. PPAR γ -Agonisten (d. h. e. Thiazolidindion), wenn d. Anw. e. PPAR γ -Agonisten angebracht ist u. Diät u. Beweg. plus Monother. mit e. PPAR γ -Agonisten d. Blutzucker nicht ausreichend senken. **Als orale 3-Fachtherapie** in Komb. mit: e. Sulfonylharnstoff u. Metformin, wenn Diät u. Bewegung plus e. 2-Fachtherapie mit diesen Arzneim. d. Blutzucker nicht ausreichend senken; e. PPAR γ -Agonisten u. Metformin, wenn die Anw. e. PPAR γ -Agonisten angebracht ist u. Diät u. Beweg. plus e. 2-Fachtherapie mit diesen Arzneim. d. Blutzucker nicht ausreichend senken. **Zusätzl. zu Insulin (mit/ohne Metformin)**, wenn Diät u. Beweg. sowie e. stabile Insulindosis d. Blutzucker nicht ausreichend senken. **JANUMET[®]:** Für erw. Pat. m. Typ-2-Diabetes mellitus zusätzl. zu Diät u. Beweg. in folg. Fällen indiziert: Zur Verbes. d. Blutzuckerkontr. b. Pat., b. denen e. Monother. m. Metformin in d. höchsten vertragenen Dosis d. Blutzucker nicht ausreichend senkt od. d. bereits m. d. Komb. v. Sitagliptin u. Metformin behandelt werden; in Komb. m. e. Sulfonylharnstoff (z. B. als 3-Fachther.) od. e. PPAR γ -Agonisten (d. h. e. Thiazolidindion) b. Pat., b. denen eine Komb. aus jeweils höchster vertragener Dosis Metformin u. e. Sulfonylharnstoffs bzw. PPAR γ -Agonisten nicht ausreichend senken; d. Blutzucker zu senken; in Komb. m. Insulin (d. h. als 3-Fachther.) bei Pat., b. denen e. stabile Insulindosis u. Metformin allein d. Blutzucker nicht ausreichend senken. **Gegenanz.:** Überempfk. gg. den/die Wirkstoff(e) od. e. d. sonst. Bestandt. **Zusätzl. für JANUMET[®]:** Diabet. Ketoazidose, diabet. Praktoma; mäßige od. schwere Nierenfunkt.-stör. (Kr-CI < 60 ml/min); akute Erkrank., welche d. Nierenfunkt. beeinflussen können (wie Dehydratation, schwere Infekt., Schock, intravasculäre Gabe v. jodhalt. Kontrastmitteln); akute od. chron. Erkrank., die e. Gewebekohleerzeugung verursachen können (wie Herz- od. Lungeneinsuff., kürzl. stattgef. Myokardinfarkt, Schock); Leberfunkt.-stör.; akute Alkoholvergiftung, Alkoholismus; Stillzeit. **Vors. bei:** Kdm. u. Jugendl. < 18 J. Pankreatitis in d. Vorgeschichte. Pat. m. (Verd. auf) Pankreatitis od. Überempf.-keitsreakt. Therapie mit JANUVIA[®] bzw. JANUMET[®] absetzen. Gleichz. Anw. von

Sulfonylharnst. od. Insulin. **Nicht anw.:** bei Typ-1-Diabetikern, Schwangersch. **Zusätzl. bei JANUVIA[®]:** Pat. m. schwerer Leberfunkt.-stör., Pat. m. mäßiger – schwerer Nierenfunkt.-stör., Pat. m. einer Nierenkrk. im Endstadium, d. Häm. od. Peritonealdialyse benötigen. **Nicht anw.:** diabet. Ketoazidose, Stillzeit. **Zusätzl. bei JANUMET[®]:** Älteren Pat. Pat. m. Risikofakt. f. Laktatazidose (wie z. B. schlecht eingest. Diabetes m., Ketose, langes Fasten, überm. Alkoholgenuß, Leberinsuff., m. Hypoxie assoziierten Erkrank.). Situationen mit mögl. Versch. d. Nierenfunkt. Chirurg. Eingriffen. **Nebenw.:** JANUVIA[®]: Häufig: Hypoglykämie. Kopfschm. Gelegentl.: Schwindel. Obstipation. Pruritus. Häufigkeit nicht bekannt: Überempf.-reakt. einschl. anaphylakt. Reakt. Interstit. Lungenkrankh. Erbr.; akute Pankreatitis; let./nicht let. hämorrhag. u. nekrotisierende Pankreatitis. Angioödem; Hautausschlag; Urtikaria; kut. Vaskulitis; exfoliat. Hauterkr. einschl. SJS; bullöses Pemphigoid. Arthralgie; Myalgie; Rückenschm.; Arthropathie. Nierenfunkt.-stör.; akutes Nierenversagen. **Zusätzl. ungeachtet e. Kausalzusammenh.:** Infekt. d. oberen Atemwege; Nasopharyngitis. Osteoarthritis. Schm. in d. Gliedmaßen. **Zusätzl. häufiger in Studien mit Kombinationsther.:** Hypoglykämien (sehr häufig mit Sulfonylharnstoffen u. Metformin); Influenza (häufig mit Insulin [mit od. ohne Metformin]); Übelk. u. Erbr (häufig mit Metformin); Flatulenz (häufig mit Metformin od. Pioglitazon); Obstipation (häufig mit Sulfonylharnstoffen u. Metformin); periph. Ödeme (häufig mit Pioglitazon od. d. Komb. v. Pioglitazon u. Metformin); Somnolenz u. Diarrhö (gelegentl. mit Metformin); Mundtrockenheit. (gelegentl. mit Insulin [mit od. ohne Metformin]). **JANUMET[®]:** Häufig: Hypoglykämie. Übelk.; Flatulenz; Erbr. Gelegentl.: Somnolenz. Diarrhö; Obstipation; Schm. im Oberbauch. Pruritus. Häufigkeit nicht bekannt: Überempf.-keitsreakt. einschl. anaphylaktischer Reakt. Interstitielle Lungenkrankheit. Akute Pankreatitis; letale u. nicht letale hämorrhagische u. nekrotisierende Pankreatitis. Angioödem; Hautausschlag; Urtikaria; kutane Vaskulitis; exfoliative Hauterkrankungen einschl. SJS; bullöses Pemphigoid. Arthralgie; Myalgie; Schm. in d. Extremitäten; Rückenschm.; Arthropathie. Nierenfunktionsstör.; akutes Nierenversagen. **Zusätzl. in Studien in Komb. m. anderen Antidiabetika:** Hypoglykämien (sehr häufig mit Sulfonylharnstoffen od. Insulin), Obstipation (häufig mit Sulfonylharnstoffen), periphere Ödeme (häufig mit Pioglitazon), Kopfschm. u. Mundtrockenheit (gelegentl. mit Insulin). **Zusätzl. in Klin. Studien mit Sitagliptin-Monother.:** Kopfschm., Hypoglykämie, Obstipation, Schwindel, ungeachtet eines Kausalzusammenh. Infekt. d. oberen Atemwege; Nasopharyngitis; Osteoarthritis, Schm. in d. Extremitäten. **Zusätzl. in Klin. Studien u. nach Markteinführung mit Metformin-Monother.:** Sehr häufig: Gastrointest. Symptome (wie Übelk., Erbr., Diarrhö, Schm. im Oberbauch, Appetitverlust). Häufig: metallischer Geschmack. **Sehr selten:** Laktatazidose; Leberfunkt.-stör.; Hepa-Stand: 02/2016 (JANUVIA[®]) bzw. 02/2016 (JANUMET[®])

Bitte lesen Sie vor Verordnung von JANUVIA[®] bzw. JANUMET[®] die Fachinformation!

Pharmazeutischer Unternehmer:
Merck Sharp & Dohme Ltd.
Hertford Road, Hoddesdon
Hertfordshire, EN11 9BU
Vereinigtes Königreich
Lokaler Ansprechpartner:
MSD SHARP & DOHME GMBH,
Lindenplatz 1,
85540 Haar

MSD
Infocenter

Tel. 0800 673 58 38
Fax 0800 673 673 329
E-Mail infocenter@msd.de