

Eröffnungs-Presskonferenz

anlässlich des 130. Kongresses der DGIM

Termin: Samstag, 13. April 2024, 12.00 bis 13.00 Uhr

Vor Ort: Pressekonferenzraum, 2. OG, RMCC Wiesbaden

Online-Teilnahme unter: <https://events.teams.microsoft.com/event/ed667ff3-9068-4d0e-a7b4-d929734d7a6b@1495922a-4378-45e9-a32a-422448450fb1>

Themen und Referierende:

Präzisionsmedizin in der Onkologie – Wünsche und Wirklichkeiten

Professor Dr. med. Andreas Neubauer

Vorsitzender der DGIM 2023/2024 und Präsident des 130. Internistenkongresses, Direktor der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Immunologie am UKGM Marburg

Paradigmenwechsel beim tödlichsten Karzinom: wie Präzisionsonkologie die Therapie des Lungenkrebses grundlegend verändert

Univ.-Prof. Dr. med. Jürgen Wolf

Facharzt für Innere Medizin, Hämatonkologie Ärztlicher Leiter des Centrums für Integrierte Onkologie (CIO), Universitätsklinik Köln

Zu oft, zu selten oder beim falschen Patienten? – Präzisionsmedizin in der Versorgungsrealität. Wem Tumorboards tatsächlich helfen, und worauf Patienten bei der Wahl der Klinik achten sollten

PD Dr. med. Elisabeth Mack

Oberärztin Klinik für Hämatologie und Onkologie und Immunologie am UKGM Marburg, Leiterin Zentrum für Personalisierte Medizin-Onkologie am CCC Marburg, Chefärztin der Klinik für Hämatologie, Medizinische Onkologie und Palliativmedizin am St. Marienkrankenhaus Siegen

Wissenschaft als Kostenbremse - über Kosten und Nutzen im Gesundheitswesen

Prof. Dr. med. Georg Ertl

Internist und Kardiologe am Universitätsklinikum Würzburg, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Moderation: Anne-Katrin Döbler, Pressestelle DGIM

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Pressekontakt für Rückfragen:

Juliane Pfeiffer

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V., Pressestelle

Fon +49[0]711/8931-693/-442

wetzstein@medizinkommunikation.org / schoeffmann@medizinkommunikation.org

www.dgim.de / www.kongress.dgim.de

www.linkedin.com/company/dgim-ev/ / www.facebook.com/DGIM.Fanpage/

www.instagram.com/dgim_ev/ / www.twitter.com/dgimev

#dgimkongress

Eröffnungs-Pressekonferenz

anlässlich des 130. Kongresses der DGIM vom 13. bis 16. April 2024 - Hybridkongress

Termin: Samstag, 13. April 2024, 12.00 bis 12.45 Uhr

Ort: Hybrid (Pressekonferenzraum im RMCC (2.OG) und online über die Kongressplattform)

Inhalt:

Pressemitteilungen

Expertenstatements der Referierenden

Informationen zur Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)

Programme der Kongress-Pressekonferenzen

Die Statements in dieser Pressemappe sind jeweils nach den Vorgaben der Referierenden gegendert.

Bei etwaigen Fragen zur DGIM, dem Wunsch, mit einem der Referenten oder einer der Referentinnen ein Interview zu führen oder ein Foto von ihnen per E-Mail zugeschickt zu bekommen, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Bitte schicken Sie Ihre Anfrage an pfeiffer@medizinkommunikation.org

Ihr Kontakt für Rückfragen:

DGIM Pressestelle

Juliane Pfeiffer

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: +49 711 8931-693

Fax: +49 711 8931-167

E-Mail: pfeiffer@medizinkommunikation.org

www.kongress.dgim.de

Pressemitteilung

130. Kongress der DGIM vom 13. bis 16. April 2024 – Hybridkongress Wiesbaden/Online

Präzisionsmedizin zwischen großen Chancen und kleinem Nutzen: Warum innovative Behandlungen oft in der Versorgungsrealität steckenbleiben

Wiesbaden, 13. April 2024 – Jeder Tumor ist individuell. Und er kann häufig mittels modernster Analysemethoden innerhalb kurzer Zeit in all seinen Eigenschaften „ausgelesen“ werden. So offenbart er präzise, individuelle Zielpunkte für Medikamente, die ihn ausschalten – das ist das Prinzip der Präzisionsonkologie. In der Versorgungsrealität aber kommen – nach Auswahl geeigneter Patientinnen und Patienten und aufwändiger Diagnostik – neue Behandlungsansätze dann oft nicht zum Einsatz. Wo steht die Präzisionsmedizin also aktuell – in der Forschung, aber auch in der Versorgung? Wie kann Präzisionsmedizin angesichts hoher Kosten und Aufwände im Versorgungsalltag etabliert werden, und wie viele Menschen profitieren schon heute von den innovativen Methoden? Das diskutieren Expertinnen und Experten auf dem diesjährigen Internistenkongress mit dem Schwerpunkt „Präzisionsmedizin – Wünsche und Wirklichkeiten“ sowie auf der heutigen Eröffnungs-Presskonferenz.

Jeder Mensch ist einzigartig. Das gilt auch, wenn er erkrankt – etwa an Krebs. So können Tumoren derselben Krebsart ganz unterschiedliche zelluläre und genetische Eigenschaften, etwa bestimmte Mutationen, aufweisen. Sie sorgen dafür, dass bei gleicher Therapie die Behandlung bei unterschiedlichen Betroffenen unterschiedlich gut anschlägt. „Diese Erkenntnisse – zusammen mit der rasanten Entwicklung technischer Verfahren der Hochdurchsatzdiagnostik – eröffnen nie dagewesene Möglichkeiten einer hochpräzisen, maßgeschneiderten Medizin der Zukunft“, sagt Professor Dr. med. Andreas Neubauer, Onkologe und Kongresspräsident des 130. Internistenkongresses.

Wo Präzisionsmedizin die Behandlung bereits grundlegend verändert hat

Präzisionstherapie ist aktuell noch nicht überall in der Krebsmedizin anwendbar. Aber bei einzelnen Krebsarten hat sie die Behandlung bereits grundlegend verändert: So weisen etwa 30 bis 50 Prozent der Patienten mit nicht-kleinzelligem Lungenkrebs bestimmte Mutationen auf, die mit einer zielgerichteten Therapie angesteuert werden können. Selbst Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittenem Krebs können so heute viele Jahre und mit weniger Nebenwirkungen leben, während die Überlebenszeit bei der Behandlung mit einer klassischen Chemotherapie nur wenige Monate beträgt. Ein spektakuläres Beispiel für zielgerichtete Therapie zeigte sich 2022 auch beim Rektumkarzinom: US-Amerikanische Wissenschaftler hatten in einer Studie bei zwölf Betroffenen mit fortgeschrittenem

Mastdarmkrebs, bei denen eine bestimmte Veränderung (Mikrosatelliteninstabilität) im Tumor entdeckt wurde, eine zielgerichtete Immuntherapie angewandt. Daraufhin bildete sich der Tumor bei allen vollständig zurück – ohne weitere Chemotherapie, Bestrahlung oder OP. Allerdings: Nur etwa 5 bis 10 Prozent der Mastdarmkrebs-Erkrankten weisen diese Veränderung als Zielstruktur auf.

Molekulare Tumorboards: Brücke zwischen Technologie und Klinik

Bei vielen Krebsarten muss die Wirksamkeit präzisionsmedizinischer Ansätze in Studien erst noch nachgewiesen werden. „Präzisionsonkologie kommt aktuell vor allem für Betroffene in Frage, bei denen die Standard-Krebstherapie ausgeschöpft ist, die aber dennoch eine ausreichende Lebenserwartung haben. Typischerweise sind das junge Patientinnen und Patienten, oder solche mit seltenen Krebsarten“, sagt PD Dr. med. Elisabeth Mack, Oberärztin an der Klinik für Hämatologie und Onkologie des Universitätsklinikums Marburg und Leiterin des dortigen Zentrums für personalisierte Medizin-Onkologie. Am Anfang steht dann die Analyse der Tumoren mit modernen technischen Verfahren. „Das Next Generation Sequencing etwa – eine verbesserte Technologie zur DNA-Sequenzierung – macht es heute möglich, alle diagnostisch oder therapeutisch relevanten Varianten einer (Tumor)-DNA einschließlich einiger komplexer Biomarker innerhalb weniger Tage auszulesen.“ Diese Genomsequenzierungen und die sich aus ihnen ableitenden Möglichkeiten der Therapie werden dann in sogenannten molekularen Tumorboards (MTB), die in Zentren für personalisierte Medizin angesiedelt sind, besprochen. Hier wird das genomische, biologische und klinische Wissen von Expertinnen und Experten unterschiedlicher Qualifikationen zusammengeführt – eine aufwändige und ressourcenintensive Tätigkeit.

Empfohlene Behandlung wird oft nicht umgesetzt

„Umso bedauerlicher ist es, dass die von Molekularen Tumorboards empfohlenen Therapien dann nur in etwa ein Drittel der Fälle durchgeführt wird – weil es an klinischen Studien mangelt, in die die Betroffenen eingeschlossen werden könnten, und Krankenkassen die Bezahlung der noch nicht zugelassenen Therapien oft ablehnen“, so Mack. „Im Ergebnis zeigt sich dann in den Daten, dass aktuell nur etwa 3 bis 10 Prozent aller Krebspatienten einen klinischen Nutzen von der Präzisionsmedizin haben. Würden jedoch tatsächlich alle Patientinnen und Patienten nach den Empfehlungen der Molekularen Tumorboards behandelt, profitierten sie in etwa 30 Prozent der Fälle.“

Welche Lösungen gibt es und was sollten Betroffene beachten?

„Wenn die hochspezialisierte und aufwändige Tätigkeit, die molekulare Tumorboards erbringen, viel zu oft nur ins Leere läuft, stellt das eine gigantische Verschwendung von Ressourcen dar – hier brauchen wir unbedingt bessere Konzepte“, sagt Neubauer. „Ein Ansatz etwa könnte sein, dass Behandlungskosten unter der Voraussetzung übernommen werden, dass sie an zertifizierten Zentren stattfinden, und die Patienten in Registerstudien

eingeschlossen werden – so wäre sichergestellt, dass vielversprechende Ansätze der Präzisionsmedizin im Sinne einer akademisch-klinischen Wissenschaft tatsächlich erforscht werden.“ An Krebs erkrankten Patientinnen und Patienten rät Neubauer: „Gehen Sie für Ihre Behandlung an ein von der DKG zertifiziertes Krebszentrum – an diesen Zentren liegen die besten Qualifikationen und Erfahrungen vor, welche Therapie für Sie persönlich die beste ist“.

Kosten ohne Ende?

Die Kosten im Gesundheitssystem steigen bisher unaufhaltsam, was seit längerem in bisher unwirksamen gesundheitspolitischen Initiativen mündet. Präzisionsmedizin kann sehr teuer sein, auch wenn sie bisher nur einen geringen Anteil an den gesamten Gesundheitskosten hat. „Statt sich über die hohen Kosten wirksamer Behandlungsmaßnahmen den Kopf zu zerbrechen, sollten wir auf alles verzichten, was nachweislich für unsere Patientinnen und Patienten keinen Vorteil bringt. In USA schätzen die Autoren einer Metaanalyse die Verschwendung im Gesundheitssystem auf circa 25 Prozent der Gesamtkosten“, sagt Professor Dr. med. Georg Ertl, Generalsekretär der DGIM und Kardiologe aus Würzburg.

Bei Veröffentlichung, Beleg erbeten.

Quellen

- Redemanuskript PD Dr. Mack, Pressemappe
- Mack, E. Präzisionsmedizin in der Onkologie. *Innere Medizin* **65**, 194–201 (2024).
<https://doi.org/10.1007/s00108-023-01614-x>
- Podcast DGIM, „wie individuell ist die Krebstherapie heute schon?“, März 2024,
<https://www.springermedizin.de/zielgerichtete-therapie/zielgerichtete-therapie/wie-individuell-ist-die-krebstherapie-heute-schon-/26676782>
- JAMA. 2019;322(15):1501-1509. doi:10.1001/jama.2019.13978

Pressekontakt für Rückfragen:

Juliane Pfeiffer

Pressestelle DGIM

Tel.: +49 711 8931-693/-457

pfeiffer@medizinkommunikation.org

REFERENTENSTATEMENT

Paradigmenwechsel beim tödlichsten Karzinom: wie Präzisionsonkologie die Therapie des Lungenkrebses grundlegend verändert

Univ.-Prof. Dr. med. Jürgen Wolf

Facharzt für Innere Medizin, Hämatonkologie Ärztlicher Leiter des Centrums für Integrierte Onkologie (CIO), Universitätsklinik Köln

Lungenkrebs ist noch immer die häufigste Krebstodesursache in Deutschland und weltweit – und für jeden 5. Krebstodesfall verantwortlich. Über Jahrzehnte war die Chemotherapie die einzige wirksame medikamentöse Therapie – mit starken Nebenwirkungen und einem desaströsen medianen Überleben von nur 10 bis 12 Monaten bei fortgeschrittener Erkrankung.

Mit der Einführung der Präzisionsonkologie findet hier seit circa 15 Jahren ein fundamentaler Paradigmenwechsel statt. Ein direktes Resultat der Genomforschung ist die Entdeckung, dass Lungenkrebs aus vielen, oft sehr kleinen molekularen Untergruppen besteht. Diese sind durch das Vorhandensein sogenannter Treibermutationen im Tumor gekennzeichnet, die für die maligne Entartung der Krebszelle verantwortlich sind und zunehmend mit sogenannten zielgerichteten Therapien behandelt werden können. Diese personalisierten Therapien verlängern das Überleben teilweise um viele Jahre bei zumeist guter Lebensqualität und erhaltener Leistungsfähigkeit. Für immer mehr Patienten wird Lungenkrebs so zu einer chronischen Erkrankung. Voraussetzung ist allerdings, dass der Tumor des Patienten schon vor der Therapieentscheidung mittels modernster Gensequenzierungstechnologien (sogenanntes *next-generation sequencing*; NGS) untersucht wird. Aktuell existieren für circa ein Drittel der Patienten mit nicht kleinzelligem Lungenkrebs (NSCLC), zumeist Patienten mit Adenokarzinomen, solche personalisierten Therapien. Trotz dieser beeindruckenden Fortschritte können die Patienten aber noch nicht geheilt werden. Grund dafür ist die mit der Therapie zunehmende genomische Komplexität der Tumorzellen, resultierend im Auftreten von Resistenzen. Hier werden zurzeit verschiedene Strategien wie die Kombination mit Chemotherapie, die Einführung neuer Antikörper-Wirkstoff-Konjugate oder neue immuntherapeutische Verfahren (bispezifische Antikörper, Tumorstimmungsaktivierung) klinisch getestet. Eine weitere Herausforderung war und ist die Implementierung personalisierter Therapien in der Breite der Versorgung in einem dezentralen und sektorengetrenten Gesundheitssystem. Die Einführung von Testung und zielgerichteter Therapie verlief in Deutschland zunächst eher schleppend, sodass anfangs vor allem Patienten getestet wurden, die Zugang zu einem spezialisierten Zentrum hatten. Mit dem nationalen Netzwerk Genomische Medizin Lungenkrebs (nNGM) wurde seit 2018 mit

Unterstützung der Deutschen Krebshilfe (DKH) und der gesetzlichen Krankenkassen ein Netzwerkmodell bundesweit etabliert, in dem 28 spezialisierte Zentren zentral eine harmonisierte NGS-Diagnostik, eine harmonisierte Interpretation der zunehmend komplexer werdenden molekularen Befunde, eine einheitliche Therapieempfehlung und eine zentrale Evaluation durchführen, während die Mehrzahl der Patienten heimatnah in über 500 kommunalen Krankenhäusern und onkologischen Praxen behandelt werden kann. Aktuell werden circa 17 000 Patienten mit fortgeschrittenem Lungenkrebs in diesem Netzwerk erfasst. In einer unabhängigen Evaluation, die von der AOK beauftragt wurde, konnte gezeigt werden, dass die Teilnahme an diesem nationalen Programm zur Präzisionsonkologie das Überleben der Patienten signifikant verlängert. Diese Ergebnisse unterstreichen eindrucksvoll und paradigmatisch für die Versorgung von Krebspatienten in Deutschland, wie auch in einem dezentralen und sektoral getrennten Gesundheitssystem durch eine neu gestaltete Arbeitsteilung zwischen spezialisierten Zentren und Versorgern in der Breite lebensverlängernde Innovation allen Patienten zugänglich gemacht werden kann.

Es gilt das gesprochene Wort!
Wiesbaden, April 2024

Literatur:

Nationales Netzwerk Genomische Medizin: www.nngm.de

Kästner A et al. Evaluation of the effectiveness of a nationwide precision medicine program for patients with advanced non-small cell lung cancer in Germany: a historical cohort analysis. *Lancet Reg Health Eur.* 2023 Nov 22;36:100788. doi: 10.1016/j.lanepe.2023.100788. PMID: 38034041; PMCID: PMC10687333.

Wolf J et al. GEOMETRY mono-1 Investigators. Capmatinib in *MET* Exon 14-Mutated or *MET*-Amplified Non-Small-Cell Lung Cancer. *N Engl J Med.* 2020 Sep 3;383(10):944-957. doi: 10.1056/NEJMoa2002787. PMID: 32877583.

REFERENTENSTATEMENT

Zu oft, zu selten oder beim falschen Patienten? – Präzisionsmedizin in der Versorgungsrealität. Wem molekulare Tumorboards tatsächlich helfen, und worauf Patienten bei der Wahl der Klinik achten sollten

PD Dr. med. Elisabeth Mack

Oberärztin Klinik für Hämatologie und Onkologie und Immunologie am UKGM Marburg, Leiterin Zentrum für Personalisierte Medizin-Onkologie am CCC Marburg, Chefärztin der Klinik für Hämatologie, Medizinische Onkologie und Palliativmedizin am St. Marienkrankenhaus Siegen

Molekulare Tumorboards (MTB) sind die zentrale Schnittstelle zwischen Diagnostik und Klinik im Bereich der Präzisionsonkologie. Sie sind wie alle Organtumorboards interdisziplinär besetzt, umfassen jedoch zusätzliche Experten aus Fächern, die bisher keine unmittelbaren Patientenbezüge hatten, konkret Bioinformatik und Molekularpathologie. Molekulare Tumorboards können damit wesentlich komplexere diagnostische Informationen in eine Therapieempfehlung überführen als andere Tumorkonferenzen, nämlich umfangreiche biologische Daten. Die Technik der Genomsequenzierung ist die aktuell am weitesten fortgeschrittene molekulare Untersuchungsmethode und steht in vielen Pathologien zur Verfügung, obgleich sie dort überwiegend für gezielte Untersuchungen „interessanter“ Veränderungen in bekannten Onkogenen oder Tumorsuppressoren verwendet wird. Andere „Omics“-Analysen wie Proteom-Untersuchungen werden vermutlich in den nächsten Jahren routinetauglich. Molekulare Tumorboards möchten mit ihren Empfehlungen über leitliniengerechte beziehungsweise allgemein etablierte Therapien einschließlich der zugehörigen Biomarker hinausgehen und daher umfangreichere Untersuchungen anwenden, die den geschilderten Personalaufwand tatsächlich erfordern. Daher muss man die Präzisionsonkologie nicht nur als innovatives, sondern auch als ein experimentelles Spezialgebiet des Faches bezeichnen. Daraus ergibt sich insgesamt, dass die Präzisionsonkologie bisher überwiegend an Universitätskliniken angesiedelt ist.

Außerhalb spezifischer Projektförderungen sieht das Gesundheitssystem in den meisten Bundesländern bisher keine Vergütungsmöglichkeiten für die Leistung molekularer Tumorboards vor, die daher von peripheren Standorten nicht angeboten werden können. Darüber hinaus unterstreicht die Zentrierung an universitären Zentren den Anspruch des Feldes, trotz des experimentellen Charakters wissenschaftlich fundiert zu arbeiten. Das Deutsche Netzwerk für personalisierte Medizin (DNPM) mit 26 Universitätskliniken, die einheitliche Verfahrensregeln für die molekulare Diagnostik, die Evidenzbewertung und die Erstellung und Therapie erarbeitet haben, bildet eine Grundstruktur für einen flächendeckenden Zugang zur Präzisionsonkologie in Deutschland. Außeruniversitäre

Partner können über regionale Kooperationen in die präzisionsonkologische Versorgung integriert werden. Bezüglich des Angebots an molekularer Diagnostik und qualitativ hochwertiger Befundinterpretation durch molekulare Tumorboards ist die Präzisionsonkologie in Deutschland strukturell somit schon sehr gut entwickelt.

Indikationen zur Vorstellung im MTB

Die Präzisionsonkologie sollte heute als Ergänzung zu etablierten onkologischen Therapien genutzt werden. Jenseits der Standards ergeben sich zwei prinzipielle Behandlungsansätze, nämlich (1) klinische Studien und (2) Off-Label-Therapien. Bei Anmeldung in einem Zentrum für personalisierte Onkologie sollten daher alle leitliniengerechten Therapien ausgeschöpft beziehungsweise absehbar ausgeschöpft sein und die Patientin/der Patient sollte mindestens einer der beiden experimentellen Therapieoptionen grundsätzlich zustimmen. Zudem sollte – unter Berücksichtigung aktueller Prozessgeschwindigkeiten bei molekularen Tumorboards, Studieneinschlüssen oder Kostenübernahmeanträgen – die Lebenserwartung noch mindestens sechs Monate betragen. Die „typischen“ MTB-Patientinnen beziehungsweise Patienten sind also junge Patientinnen oder Patienten und/oder solche mit seltenen Tumorerkrankungen oder CUP-Syndrom. Sowohl für seltene Tumoren als auch beim CUP wurden in prospektiven Studien Verbesserungen des progressionsfreien Überlebens unter molekular zielgerichteten Therapien gegenüber nicht molekular stratifizierten Therapien beobachtet.

Wird die Präzisionsonkologie zu oft oder zu selten angewendet?

An Zentren für personalisierte Medizin betragen die Fallzahlen 2022 pro Standort circa 250 bis 800 Fälle bei insgesamt 480 000 neuen Krebserkrankungen pro Jahr und 15 000 Neudiagnosen bei jungen Erwachsenen (Onkopedia). Bezogen auf die theoretischen Zahlen von Patientinnen und Patienten, die die genannten Kriterien für eine Vorstellung im MTB erfüllen, wird die Präzisionsonkologie also noch zu selten angewendet. Betrachtet man jedoch bisher veröffentlichte Berichte von molekularen Tumorboards, denen zur Folge nur 3 bis 10 Prozent aller Patientinnen und Patienten einen klinischen Nutzen davon haben, muss man schlussfolgern, dass zu viele Patientinnen und Patienten in einem molekularen Tumorboard vorgestellt werden und/oder die vorgestellten Fälle besser selektioniert werden sollten. Patientinnen und Patienten, die nach den Empfehlungen eines molekularen Tumorboards behandelt werden, profitieren nämlich in etwa 30 Prozent der Fälle. Offenbar erhalten nicht alle Patientinnen und Patienten eine solche Therapie, was die Frage aufwirft, warum die teure und aufwendige Diagnostik häufig ohne Konsequenz bleibt. Klinische Verschlechterungen der Patientinnen und Patienten während der Bearbeitungszeit ihrer Fälle im molekularen Tumorboard

sind diesbezüglich zunehmend weniger relevant. Vielmehr ist noch eine andere, bisher unerwähnte Seite der eingangs angesprochenen Versorgungsrealität der Präzisionsonkologie in Deutschland zu beachten, nämlich die eingeschränkte Umsetzbarkeit molekularer Therapieempfehlungen durch ein zu geringes Angebot an klinischen Studien und die einzelfallbezogene Finanzierung von Off-Label-Therapien. Aus Sicht der Präzisionsonkologie werden Kostenübernahmeanträge zu oft von den Kostenträgern abgelehnt, was in erster Linie auf unterschiedlichen Auffassungen molekularer Evidenz beruht. Die molekularen Evidenzlevel entsprechen nicht den bekannten Abstufungen der evidenzbasierten Medizin und werden daher auch häufig als nicht ausreichend zur Erfüllung der gesetzlichen Bedingungen für Kostenübernahmen bei individuellen Heilversuchen interpretiert. Eine Ausweitung der Präzisionsonkologie basierend auf den theoretisch erreichbaren Fallzahlen erscheint ohne ein unbürokratisches Konzept zur besseren Umsetzbarkeit von Therapieempfehlungen nicht sinnvoll, auch unter Berücksichtigung personeller Ressourcen (die knapper sind als technische Kapazitäten) und der wie erwähnt ebenfalls nicht geklärten Finanzierung der ärztlichen Leistung von MTBs.

Worauf sollten Patientinnen und Patienten, für die eine präzisionsonkologische Behandlung infrage kommt, bei der Wahl der Klinik achten?

Trotz der guten technischen Voraussetzungen kann die Präzisionsonkologie derzeit noch nicht als neuer Standard in der Onkologie gelten. Die Rahmenbedingungen ermöglichen es jedoch, dass die Präzisionsonkologie den formal noch ausstehenden Beweis für ihre Wirksamkeit im Sinne eines verbesserten Outcomes für Patientinnen und Patienten noch erbringt. Alle Patientinnen und Patienten und deren Behandlerinnen und Behandler können einen Beitrag leisten, die Präzisionsonkologie weiterzuentwickeln, wenn sie dafür ein Zentrum wählen, das sein Angebot wissenschaftlich begleitet, beispielsweise in Form einer Registerstudie. Nur dann werden wir in einigen Jahren wissen, ob der Ansatz hält, was er verspricht oder eben nicht. Darüber hinaus ist zu empfehlen, dass das gewählte Zentrum Teil eines präzisionsonkologischen Netzwerkes ist, was für die Patientinnen und Patienten gewisse Standards der verwendeten Diagnostikmethoden und der Interpretation molekularer Befunde garantiert.

Es gilt das gesprochene Wort!
Wiesbaden, April 2024

Literatur:

Mack E. Präzisionsmedizin in der Onkologie [Precision medicine in oncology]. *Inn Med (Heidelb)*. 2023 Nov 3; German. doi: 10.1007/s00108-023-01614-x. Epub ahead of print. PMID: 37921995.

Illert AL, Stenzinger A, Bitzer M, Horak P, Gaidzik VI, Möller Y, Beha J, Öner Ö, Schmitt F, Laßmann S, Ossowski S, Schaaf CP, Hallek M, Brümmendorf TH, Albers P, Fehm T, Brossart P, Glimm H, Schadendorf D, Bleckmann A, Brandts CH, Esposito I, Mack E, Peters C, Bokemeyer C, Fröhling S, Kindler T, Algül H, Heinemann V, Döhner H, Bargou R, Ellenrieder V, Hillemanns P, Lordick F, Hochhaus A, Beckmann MW, Pukrop T, Trepel M, Sundmacher L, Wesselmann S, Nettekoven G, Kohlhuber F, Heinze O, Budczies J, Werner M, Nikolaou K, Beer AJ, Tabatabai G, Weichert W, Keilholz U, Boerries M, Kohlbacher O, Duyster J, Thimme R, Seufferlein T, Schirmacher P, Malek NP. The German Network for Personalized Medicine to enhance patient care and translational research. *Nat Med*. 2023 Jun; 29(6):1298-1301. doi: 10.1038/s41591-023-02354-z. PMID: 37280276.

Horak P, Heining C, Kreuzfeldt S, Hutter B, Mock A, Hüllein J, Fröhlich M, Uhrig S, Jahn A, Rump A, Geldon L, Möhrmann L, Hanf D, Teleanu V, Heilig CE, Lipka DB, Allgäuer M, Ruhnke L, Laßmann A, Endris V, Neumann O, Penzel R, Beck K, Richter D, Winter U, Wolf S, Pfütze K, Geörg C, Meißburger B, Buchhalter I, Augustin M, Aulitzky WE, Hohenberger P, Kroiss M, Schirmacher P, Schlenk RF, Keilholz U, Klauschen F, Folprecht G, Bauer S, Siveke JT, Brandts CH, Kindler T, Boerries M, Illert AL, von Bubnoff N, Jost PJ, Spiekermann K, Bitzer M, Schulze-Osthoff K, von Kalle C, Klink B, Brors B, Stenzinger A, Schröck E, Hübschmann D, Weichert W, Glimm H, Fröhling S. Comprehensive Genomic and Transcriptomic Analysis for Guiding Therapeutic Decisions in Patients with Rare Cancers. *Cancer Discov*. 2021 Nov;11(11):2780-2795. doi: 10.1158/2159-8290.CD-21-0126. Epub 2021 Jun 10. PMID: 34112699.

REFERENTENSTATEMENT

Wissenschaft als Kostenbremse - über Kosten und Nutzen im Gesundheitswesen

Prof. Dr. med. Georg Ertl

Internist und Kardiologe am Universitätsklinikum Würzburg, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Unser Gesundheitssystem steht am Pranger, die Kosten steigen stetig, trotz aller politischen Bemühungen, offenbar unaufhaltsam an. Aber immerhin, unsere persönlichen Erlebnisse mit der medizinischen Versorgung sind, insbesondere, wenn wir ernsthaft krank sind, doch überwiegend positiv. Auch teure Therapien werden, wenn ihr Nutzen erwiesen ist, von den Krankenkassen finanziert. Im Notfall werde ich immer schnellstmöglich versorgt. Aber, ist alles notwendig in der Medizin, was heute landauf, landab getan wird? Was brauchen wir wirklich an Diagnostik und Therapie, um länger und besser zu leben?

Es gibt eine Hochrechnung für die USA¹⁾, dass die Kosten für Verschwendung, also Aufwendungen, die nicht in besserer Patientenversorgung münden, sich auf 760 bis 935 Milliarden Dollar belaufen, das wären circa 25 Prozent der gesamten Ausgaben im Gesundheitssystem. Es werden sechs Domänen für Verschwendung identifiziert: Ineffizienz der Kliniken und Praxen (1), unnötige Arztkontakte und Klinikaufenthalte (2), Überversorgung mit nicht evidenzbasierter Diagnostik und Therapie und Unterversorgung mit präventiven Maßnahmen (3), zu hohe Preise (4), Betrug und Missbrauch (5), Verschwendung in der Administration durch Bürokratie (6). Die Studie ist sicher nicht auf die deutschen Verhältnisse zu übertragen, aber die Punkte 1 bis 3 und wahrscheinlich auch 6 dürften auch in unserem Gesundheitssystem eine gewichtige Rolle spielen. Es werden eine Reihe von konkreten Maßnahmen vorgeschlagen, die in der Summe 191 bis 286 Milliarden Dollar einsparen sollen.

Dies ist auch Ansatzpunkt für die geplanten gesetzgeberischen Maßnahmen, die eine ökonomisch getriebene Inflation medizinischer Leistungen abbauen will. Ein Schwerpunkt der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und der internistischen Schwerpunktgesellschaften liegt daher in der Kampagne für „Klug Entscheiden“ (*Choosing Wisely*[®]) die sich medizinisch-wissenschaftlich gegen Überversorgung mit nicht evidenzbasierter Diagnostik und Therapie und Unterversorgung mit präventiven Maßnahmen (3) richtet. Und, unnötige Diagnostik und Therapie kann letztlich auch schädlich für Patientinnen und Patienten sein. Hier handelt es sich um eine Kernaufgabe für die DGIM als eine wissenschaftliche Fachgesellschaft, Umsetzung von Wissenschaft in die praktische Versorgung. Die zuständige Kommission der DGIM schreibt Listen von Prozeduren fort, bei deren Indikation Ärztinnen und Ärzte „zweimal nachdenken“ sollten, bevor sie diese durchführen oder

verordnen. *Choosing Wisely*[®] und die Veröffentlichung und Propagierung solcher Listen (demnächst wieder im Deutschen Ärzteblatt) hat allerdings weltweit bisher nicht zu wesentlichen Einsparungen an medizinischen Leistungen geführt, da sie nicht verpflichtend in die Gesundheitssysteme eingeführt sind.²⁾ Eine beispielhafte Ausnahme ist die kanadische „Using Blood Wisely“ Kampagne, an der sich 159 Kliniken und Klinikonsortien beteiligen³⁾. Vielleicht braucht es auch eine „Choosing Wisely Stewardship“. Die Antibiotic Stewardship hat am Universitätsklinikum Würzburg innerhalb von 5 Jahren zu einer Reduktion des Antibiotikaverbrauchs um 17 Prozent geführt.

Digitale Lösungen sind vielversprechend, allerdings derzeit nicht sehr wirkungsvoll bei der Umsetzung empfohlener medizinischer Versorgung.⁴⁾ In der Primär und Sekundärprävention der Manifestation oder Verschlimmerung von Krankheiten, aber auch in der Vermeidung unnötiger Arztkontakte und Krankenhausaufenthalte können sie allerdings wesentlich unterstützen. Ein gutes Beispiel ist die Herzinsuffizienz, einer der häufigsten Gründe für eine Krankenhausaufnahme in Deutschland. Eine kürzlich publizierte Metaanalyse, in die auch unsere eigenen Studien eingegangen sind, hat gezeigt, dass ein häusliches Monitoring, mit unterschiedlichen, heute ideal digital zu unterstützenden Methoden, die Krankenhauseinweisungen um im Mittel 15 Prozent reduzieren kann.^{5,6,7)}

Die Reform unseres Gesundheitssystems braucht vielfältige Maßnahmen, um bei gleicher oder besserer Qualität der medizinischen Versorgung die Kosten im Rahmen zu halten. Rein ökonomische Überlegungen und Maßnahmen greifen zu kurz und versuchen den Teufel mit dem Beelzebub auszutreiben. Das Primat der Steuerung muss bei der medizinischen Wissenschaft und deren Stuelementen liegen, wissenschaftliche Evidenz und Versorgungsforschung kann Ressourcen sparen, wenn wir gutes Geld für „Klug Entscheiden“ ausgeben.

Es gilt das gesprochene Wort!
Wiesbaden, April 2024

Literatur:

¹⁾ JAMA 2019;322(15):1501-1509. DOI: 10.1001/jama.2019.13978

²⁾ J Hosp Med 2023;18:78–81. DOI: 10.1002/jhm.12969

³⁾ BMJ Open Qual. 2024 3;13(2):e002660. DOI: 10.1136/bmjopen-2023-002660

⁴⁾ BMJ 2020; 17:370:m3216. DOI: 10.1136/bmj.m3216

⁵⁾ Eur Heart J 2023; 44: 2911–2926. DOI: org/10.1093/eurheartj/ehad280

⁶⁾ Eur J Heart Fail 2020; 22: 1891–1901. DOI: org/10.1002/ejhf.1943

⁷⁾ Circ Heart Fail 2012; 5: 25-35. DOI: org/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.111.962969

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

Die DGIM vertritt die Interessen der gesamten Inneren Medizin. Die Fachgesellschaft besteht bereits seit 1882 und hat sich zur Aufgabe gemacht, die damit verbundene langjährige Erfahrung und Tradition mit den heutigen Ansprüchen an eine moderne Medizin zu verbinden. Aktuelle Themen der Wissenschaft und des Gesundheitswesens diskutieren Expertinnen und Experten der Fachgesellschaft daher regelmäßig in Kommissionen, Task Forces und Arbeitsgruppen. Zudem vertritt die Gesellschaft die Belange der Inneren Medizin als Wissenschaft gegenüber staatlichen und kommunalen Behörden und Organisationen der Selbstverwaltung.

Die DGIM vereint als größte medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft Europas sämtliche internistische Schwerpunkte: Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Geriatrie, Hämatonkologie, Infektiologie, Intensivmedizin, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie und Rheumatologie. Angesichts notwendiger Spezialisierung sieht sich die DGIM als integrierendes Band für die Einheit der Inneren Medizin in Forschung, Lehre und Versorgung. Neueste Erkenntnisse aus der Forschung sowohl Ärztinnen und Ärzten als auch Patientinnen und Patienten zugänglich zu machen, nimmt sie als ihren zentralen Auftrag wahr.

Die DGIM sieht sich dafür verantwortlich, jedem Internisten und jeder Internistin das dafür notwendige Wissen für die Ausübung ihres Berufs zu vermitteln und richtet sich damit auch explizit an niedergelassene Internistinnen und Internisten, ebenso wie an Ärztinnen und Ärzte in Aus- und Weiterbildung. Ein dementsprechend vielfältiges Angebot erwartet daher Mitglieder der DGIM. Für Studierende hat die Fachgesellschaft eigens einen kostenfreien Gastzugang eingerichtet.

Mehr über die Fachgesellschaft finden Interessierte hier: www.dgim.de

DGIM Futur – Rundgang für Medienvertreter:innen

anlässlich des 130. Kongresses der DGIM

Termin: Samstag, 13. April 2024, 14.30 bis 15.30 Uhr

Treffpunkt: Halle Nord, DGIM Futur, RheinMain CongressCenter

Impulsvorträge:

KI im medizinischen Alltag – Chancen, Risiken und Vertrauenswürdigkeit einer „schönen neuen Welt“

Professor Dr. Martin C. Hirsch

Professor und Leiter des Instituts für Künstliche Intelligenz in der Medizin, Philipps-Universität Marburg

Virtual Reality in der Lehre und Patientenaufklärung: Aktueller Stand und Perspektiven

Professor Dr. med. Ivica Grgic

Klinik für Innere Medizin und Nephrologie Transplantationszentrum Marburg & Institut für Künstliche Intelligenz in der Medizin, Leiter des XR-Lab in Medicine Universitätsklinikum der Philipps-Universität

Im Anschluss: Hands-On

Forschungs-Prototypen aus den Bereichen Künstliche Intelligenz und Extended Reality

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Pressekontakt für Rückfragen:

Janina Wetzstein / Juliane Pfeiffer

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Pressestelle

Fon +49[0]711/8931-457/-693/-442

Fax +49[0]711/8931-167

wetzstein@medizinkommunikation.org / pfeiffer@medizinkommunikation.org /

schoeffmann@medizinkommunikation.org

www.dgim.de / www.kongress.dgim.de

www.linkedin.com/company/dgim-ev/ / www.facebook.com/DGIM.Fanpage/

www.instagram.com/dgim_ev/ / www.twitter.com/dgimev

#dgimkongress

Montags-Pressekonferenz

anlässlich des 130. Kongresses der DGIM

Termin: Montag, 15. April 2024, 12.00 bis 13.00 Uhr

Vor Ort: Pressekonferenzraum, 2. OG, RMCC Wiesbaden

Online-Teilnahme unter: <https://events.teams.microsoft.com/event/91391e63-692a-4080-9ae3-4d16ca654714@1495922a-4378-45e9-a32a-422448450fb1>

Themen und Referierende:

Klima, Feinstaub, Krebs: Was sagen die neuesten Daten?

Professor Dr. med. Andreas Neubauer

Vorsitzender der DGIM 2023/2024 und Präsident des 130. Internistenkongresses, Direktor der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Immunologie am UKGM Marburg

Wie schaffen wir die Wende zu einer gesunden, klimafreundlichen, gerechten Ernährung?

Professor Dr. Hermann Lotze-Campen

Agrarökonom und Leiter des Forschungsbereichs 2 „Klimaresilienz“ am Potsdam-Institut für Klimafolgenforschung PIK

Medizin und Klima im Dilemma: wie der Klimawandel die Gesundheit von Organen beeinträchtigt, deren Behandlung aber die Klimakrise befeuert – das Beispiel Nierenleiden

Prof. Dr. med. Jan Galle

nächster DGIM-Präsident und DGIM-Kongresspräsident 2025

Klimakrise als Gesundheitskrise: Ärztinnen und Ärzte übernehmen Verantwortung.

Wie der Gesundheitssektor die Klimakrise verschärft und mit welchen konkreten Maßnahmen wir umsteuern können

Dr. med. Susanne Balzer

Hausarztpraxis Dres. Metz & Balzer, Köln, Sprecherin des Ressorts Klimaschutz und Gesundheit der AG Hausärztliche Internistinnen und Internisten der DGIM

Abschluss und Ankündigung DGIM 2025

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Pressekontakt für Rückfragen:

Juliane Pfeiffer

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V., Pressestelle

Fon +49[0]711/8931-693/-442

wetzstein@medizinkommunikation.org / schoeffmann@medizinkommunikation.org

www.dgim.de / www.kongress.dgim.de

www.linkedin.com/company/dgim-ev/ / www.facebook.com/DGIM.Fanpage/

www.instagram.com/dgim_ev/ / www.twitter.com/dgimev

#dgimkongress

Pressekonferenz der Korporativen Mitglieder der DGIM

anlässlich des 130. Kongresses der DGIM

Termin: Montag, 15. April 2024, 14.00 bis 15.00 Uhr

Ort: online

Teilnahme unter: <https://events.teams.microsoft.com/event/27e006e9-fd24-4724-b4a6-314aff7cf39e@1495922a-4378-45e9-a32a-422448450fb1>

Zwischen Hausarzt, Facharzt und Klinik – Wie kann die Versorgung für chronisch kranke Menschen verbessert werden?

Themen und Referierende:

Realitätscheck: Prävention in der täglichen Praxis bei chronisch kranken Patienten – wie viel Zeit darf sie kosten? Und reicht das aus?

Dr. med. Petra Sandow, Allgemeinmedizinerin und Hausärztin aus Berlin

Die Rolle der hausärztlichen Versorgung in interdisziplinären Netzwerken

Dr. med. Marcel Schorrlepp, hausärztlicher Internist aus Mainz und Sprecher der DGIM-Arbeitsgruppe Hausärztliche Internisten

Sektorengrenzen in der Inneren Medizin überwinden – was ist erreicht, was noch zu tun?

Professor Dr. med. Georg Ertl, Generalsekretär der DGIM, Internist und Kardiologe aus Würzburg

Als Redemanuskript der Pressemappe beigelegt:

Praxis- & präzisionsorientierte Konzepte zur Verbesserung der Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten am Beispiel der chronischen Nierenkrankheit (CKD)

Professor Dr. med. Jörg Latus, Ärztlicher Leiter der Abteilung für Allgemeine Innere Medizin und Nierenerkrankungen am Robert Bosch Krankenhaus, Stuttgart

Moderation: Dr. Andreas Mehdorn, Pressestelle DGIM

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Janina Wetzstein

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Pressestelle

Fon +49[0]711/8931-457/-442

wetzstein@medizinkommunikation.org / schoeffmann@medizinkommunikation.org

www.dgim.de / www.kongress.dgim.de

www.linkedin.com/company/dgim-ev/ / www.facebook.com/DGIM.Fanpage/

www.instagram.com/dgim_ev/ / www.twitter.com/dgimev