Konzepten, wie zum Beispiel junge Menschen angesprochen werden sollen.

Dr. Oliver Kornhoff: Ideen haben wir viele! Im ersten Jahr der Eröffnung hoffen wir, dass viele Kongressteilnehmende das neue Museum besuchen. Wir sind gespannt, mit welchen Wünschen sie an uns herantreten. Nach dieser Evaluation wollen wir gemeinsam mit den DGIM-Verantwortlichen über neue Formate nachdenken.

Welche Rolle kann Kunst aus Ihrer Sicht in der Medizin spielen – sei es als Inspirationsquelle, als Mittel der Kommunikation oder in der Gesundheitsförderung?

Prof. Galle: Die Beantwortung dieser Frage sprengt fast den Rahmen dieses Interviews. Wenn man im engeren Sinne zurückkommt zum Thema des Kongresses: Kunst in allen seinen Varianten kann resilientes Verhalten fördern. Das trifft für gesunde Menschen genauso zu wie für Erkrankte, und das Spektrum der Erkrankungen ist sicherlich weit, deswegen will ich hier gar nicht auf Einzelpunkte eingehen. Nur so viel: ein Schwerpunkt des Kongresses ist beispielsweise „Musik, Medizin und Resilienz", und ich kann Ihnen nur empfehlen, die Sitzungen zu besuchen.

Oliver Kornhoff: Die Kunstwerke im mre und in der Sammlung Reinhard Ernst sind nach 1945 entstanden, somit ist keine der Arbeiten älter als 80 Jahre. Das bedeutet, dass sie sich mit einer Gegenwart auseinandersetzen, die uns bestens vertraut ist – entweder aus eigener Anschauung oder weil Zeitzeuginnen und -zeugen uns darüber berichtet haben. Diese Vergegenwärtigung der jüngeren und jüngsten Zeitgeschichte mit Mitteln der Kunst gibt uns neue Denkanstöße – das finde ich ganz besonders reizvoll.

Einladung

Ordentliche Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V.

Montag, 05. Mai 2025, 14.45–16.45 Uhr,
RheinMain CongressCenter RMCC Wiesbaden, Kursraum A

Tagesordnung

1. Bericht des Vorsitzenden
2. Bericht des Generalsekretärs
3. Bericht der Geschäftsführung
4. Kassenbericht
5. Entlastung des Vorstandes und des Generalsekretärs sowie des Kassenführers und der Geschäftsführung
6. Wahlen zum Vorstand
7. Wahlen zum Ausschuss
8. Wahlen von Ehrenmitgliedern
9. Wahlen der Mitglieder für die Vorschlagskommission zur Wahl von Vorstand und Ausschuss
10. Verschiedenes
11. Amtsübergabe

Prof. Dr. med. Jan Galle
Vorsitzender 2024/2025

Kommissionen & Arbeitsgruppen

Kommission Leitlinien

S3-Leitlinie zur supportiven Therapie bei Krebspatientinnen und -patienten

Derzeit sind Delegierte der DGIM-Kommission „Leitlinien" an über 100 Leitlinien der internistischen Schwerpunktgesellschaften beteiligt. PD Dr. med. Karin Hohloch (Klinik für Hämatologie und Onkologie Hirslanden, Zürich) und Prof. Dr. med. Lorenz Trümper, vertreten durch Dr. med. Christoph Szuszies (beide Klinik für Hämatologie und medizinische Onkologie, Universitätsmedizin Göttingen), arbeiteten an der im September 2024 vorerst als Konsultationsfassung veröffentlichten Langversion der S3-Leitlinie „Supportive Therapie bei onkologischen PatientInnen" mit. Hier haben Sie die Keyfacts zusammengetragen.

Eine patientenorientierte, individualisierte Supportivtherapie ist die Grundlage einer effektiven und verträglichen Tumortherapie und verbessert die Patienten-Compliance erheblich. Zum einen ist durch die demografische Entwicklung mit einem weiteren Anstieg der Krebsneuerkrankungen und somit einem Anstieg an benötigten Tumortherapien zu rechnen, zum anderen wird das Spektrum potentieller unerwünschter Nebenwirkungen durch neue, hochwirksame Therapeutika vielfältiger und damit in Erkennung und Therapie komplexer. Nach Erstveröffentlichung der interdisziplinären Querschnittsleitlinie im November 2016 mit jährlichen Anpassungen in den Versionen 1.0 bis 1.3, wurde die Leitlinie in einem Prozess von zweieinhalb Jahren vollständig aktualisiert und um vier Themen/-komplexe erweitert, um der sich wandelnden Therapielandschaft Rechnung zu tragen. Die Konsultationsfassung stand bis zum 21.10.2024 der (Fach-) Öffentlichkeit zur Kommentierung offen und ist somit noch nicht die endgültige autorisierte Fassung der Leitlinie (hier ist noch auf die Version 1.3 von Februar 2020 zu verweisen).

Die Keyfacts zur Leitlinie

Allgemeines

Herausgeber der Leitlinie (LL) sind das Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), die Deutsche Krebsgesellschaft e. V. (DKG) und die Stiftung Deutsche Krebshilfe (DKH). Die LL entstand unter der Federführung der Fachgesellschaften

© Das Bild – Judith Stadler und André Uster

▲ PD Dr. Karin Hohloch

© UMG/Kimmel

▲ Prof. Dr. Lorenz Trümper

© UMG

▲ Dr. Christoph Szuszies

Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO), Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO) und Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) vertreten durch die Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie (AGSMO). Gefördert wurde die LL von der Deutschen Krebshilfe im Rahmen des Leitlinienprogramms Onkologie. Die Koordination des gesamten Leitlinienprozesses und des Leitliniensekretariats erfolgt am Klinikum Ernst von Bergmann in Potsdam und an der Universitätsklinik Halle, Klinik für Innere Medizin IV. Dort erfolgte auch die Evidenzrecherche, Zusammenstellung der Literatur und Texterstellung.

Diese organunabhängige Querschnittsleitlinie enthält auf 998 Seiten u. a. in 157 Tabellen, 26 Abbildungen und mit 2863 Literaturverweisen 481 klar verständliche, konsentierte Empfehlungen und Statements nach aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen zur standardisierten Therapie.

Aufgrund des Umfangs der Gesamtleitlinie sind im Folgenden zu jedem der 12 Themenkomplexe nur die wesentlichen Neuerungen aufgeführt.

Tumor-assoziierte Anämie

Bei Chemotherapie-induzierter Anämie reduziert die Substitution von Eisen die Transfusionshäufigkeit und erhöht das hämatologische Ansprechen.

Prophylaxe der Tumortherapie-induzierten Neutropenie mit Granulozyten

Die Gabe koloniestimulierender Faktoren (G-CSF) aufgrund des alleinigen Auftretens einer afebrilen Neutropenie nach Tumortherapie soll nicht erfolgen. Die Risikoklassifizierung der febrilen Neutropenie wurde von fünf auf vier Risikoklassen angepasst. Für den Einsatz von G-CSF bei AML-Patientinnen und -Patienten wurde auf Verweis der Studienprotokolle eine „kann"-Empfehlung formuliert und somit von der „sollte-nicht"- Empfehlung abgewichen. Gleiches gilt für den Einsatz von G-CSF bei Vorliegen definierter Risikofaktoren für einen komplizierten Verlauf. Außerhalb von etablierten Therapieprotokollen ist die G-CSF-Anwendung unter Radiatio nicht mehr empfohlen.

Tumortherapie-induzierte Nausea und Emesis

Die Risikoklassifizierung der seit 2017 zugelassenen Substanzen wurde aktualisiert. Zusätzlich ist für die orale Tumortherapie das Risiko für Emesis in zwei statt vier Emetogenitätsklassen zusammengefasst. Die Bedeutung von Olanzapin als zusätzliches Antiemetikum zu 5-HT_3-Rezeptoragonisten, NK1-Rezeptorantagonisten und Dexamethason im Off-lable-Use wurde als „kann"-Empfehlung bei hoch emetogenen Therapien, wie auch Melphalan-Hochdosischemotherapie und mehrtägiger Cisplatintherapie, unterstrichen. Bei Carboplatinhaltiger Therapie wurde die Empfehlung der antiemetischen Therapie um NK1-Rezeptorantagonisten ergänzt. Für die Entscheidungsfindung der antiemetischen Prophylaxe bei mehrtägigen oralen Therapien wurde ein Therapiealgorithmus mit Berücksichtigung der Therapeutika sowie individueller Risikofaktoren entwickelt.

Tumortherapie-induzierte Diarrhoe

Zur Verhinderung starker Diarrhoe sowie weiterer relevanter Toxizitäten unter 5-FU-haltiger Therapie durch verzögerten Abbau, aufgrund von Varianten der Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPYD) als Abbauenzym des 5-FU, ist die genetische DPYD-Variantentestung zur Dosisanpassung obligat vor Einleitung einer entsprechenden Therapie. Ebenso ist der Einsatz von Atropin zur Prophylaxe sowie Therapie des cholinergen Syndroms als Empfehlung konsentiert. Zum Einsatz von Probiotika, Präbiotika und Synbiotika zur Prophylaxe der Tumortherapie-induzierten Diarrhoe konnte bei heterogener Datenlage hingegen keine Empfehlung formuliert werden.

Orale Mukositis

Zur Prophylaxe der oralen Mukositis unter systemischer Tumortherapie ist bei fehlender Evidenz anderer Inhaltsstoffe die regelmäßige Spülung mit Wasser oder NaCl 0,9 % empfohlen. Während Glutamin angewendet werden kann, wurde der Stellenwert von Sucralfat abgewertet. Zudem wurde die Liste weiterer für diese Indikation untersuchter Substanzen ohne nachgewiesenen Nutzen aktualisiert und erweitert. Für die Therapie mit Hochdosis-Melphalan im Rahmen der hämatopoetischen Stammzelltransplantation sollte während der Applikation die orale Kryotherapie durch Lutschen von Eiswürfeln erfolgen.

Tumortherapie-induzierte Hauttoxizität

Die Therapie mit topischen Glukokortikoiden ist als Option in der Prophylaxe des akneiformen Exanthems genannt. Eine Empfehlung für Vitamin-K-haltige Externa zur Prophylaxe des EGFRi-induzierten Exanthems kann nicht ausgesprochen werden. Zur Therapie des Hand-Fuß-Syndroms sollte eine topische Therapie mit Sildenafil oder Pyridoxin bei fehlender Evidenz nicht erfolgen, eine Aussage über den Nutzen einer Therapie mit Heparin ist nicht möglich. Zum Schutz vor Nagelveränderung kann die Kühlung unter Applikation von Docetaxel erfolgen.

Ein neues Unterkapitel wurde dem Umgang mit Arzneimittelexanthemen gewidmet. Neben dem charakteristischen klinischen Bild ist die medikamentenbezogene Anamnese zur Diagnosestellung wegweisend. Zum Ausschluss einer Infekt-assoziierten Genese und näheren Eingrenzung kann eine Hautbiopsie erforderlich sein, bei speziellen Arzneimittelexanthemen sollte die dermatologische Mitbeurteilung erfolgen. Therapeutisch sollte das Absetzen des auslösenden Medikamentes bei klassischem makulopapulösem Exanthem erfolgen. Neben forcierter Körperpflege sind topische Glukokortikoide bis zum Abklingen der Effloreszenzen anzuwenden. Bei schweren Verläufen ist die Anwendung systemischer Glukokortikoide empfohlen.

Neurotoxizität

Neu hinzugekommen ist ein Unterkapitel zur zentralen Neurotoxizität.

Zur Beurteilung einer Ototoxizität ist die Durchführung einer Tonaudiometrie bei geplanter Cisplatin-basierter Therapie dringend empfohlen. Eine prophylaktische Therapie ist nicht bekannt, ebenso sind keine validierten pharmakogenomischen Tests zur Identifikation potentieller Risikopatientinnen und -patienten bekannt.

Zur Prophylaxe und Therapie einer Ifosfamid-induzierten Enzephalopathie sollen Methylenblau, Thiamin und Glukose 5 % nicht eingesetzt werden. Bei Auftreten ist die Behandlung rein symptomatisch und beinhaltet das Absetzen des Ifosfamids und die Korrektur des ggf. derangierten Elektrolythaushaltes.

Die Methotrexat-induzierte Neurotoxizität ist mit klinischem Bild, Verlauf und möglichen Risikofaktoren beschrieben, aufgrund fehlender Evidenz konnte kein Statement oder eine Empfehlung zur prophylaktischen Therapie abgeleitet werden.

Auch das unter antineoplastischer Therapie auftretende posteriore reversible Leukenzephalopathie-Syndrom (PRES) findet Berücksichtigung: Zwar sind Risikofaktoren wie arterielle Hypertonie und Nierenfunktionsstörungen neben weiteren bekannt, eine prophylaktische Option zur Verhinderung des Auftretens besteht jedoch nicht. Im Falle des klinischen Bildes ist die symptomatische Therapie, das Absetzen der antineoplastischen Substanz sowie die Blutdruckeinstellung empfohlen.

In einem Statement sind die Risikofaktoren für die Entstehung des akuten Kleinhirnsyndroms zusammengefasst: Neben Leber- und Nierenfunktionsstörungen ist die hohe Dosierung der Tumortherapie (insbesondere Cytarabin) sowie ein Alter >40 Jahren genannt. Jedoch ist auch hier keine präventive Therapie bekannt; im Rahmen des Auftretens sollte man das mutmaßlich auslösende Agens absetzen.

Das Erkrankungsbild der Myelopathie unter Systemtherapie – oder auch durch intrathekale Tumortherapie hervorgerufen – kann mit intrathekaler Glukokortikoidapplikation, im Falle einer MTX-induzierten Symptomatik zusätzlich mit intravenös hochdosierter Folsäureapplikation, erfolgen. Zur Reduktion des Auftretens einer aseptischen Meningitis ist bei intrathekaler Applikation der antineoplastischen Therapie die gleichzeitige Gabe von Dexamethason empfohlen. Gestützt auf Kasuistiken kann bei Auftreten einer progressiven multifokalen Leukenzephalopathie (PML) eine Therapie mit Checkpoint-Inhibitoren im Off-lable-Use angewandt werden. Die Wahrscheinlichkeiten des Auftretens aufgeführter möglicher zentraler Neurotoxizitäten sind substanzspezifisch tabellarisch zusammengefasst worden.

Neuerungen zum Umgang mit Chemotherapie-induzierten peripheren Neuropathien finden sich in der Empfehlung zur Möglichkeit der prophylaktischen Anwendung einer Kryo- oder Kompressionstherapie zur Verhinderung Taxan-induzierter Polyneuropathien. Bei Auftreten Chemotherapie-induzierter neuropathischer Schmerzen hat die Therapie mit Pregabalin eine Aufwertung im Sinne einer Empfehlung erhalten.

Ossäre Komplikationen

Diagnostik und Therapie der Myelonkompression bei Knochenbefall und Auftreten von neurologischen Ausfällen wurde konkreter formuliert: Sowohl die MRT-Diagnostik als auch die Vorstellung zur notfallmäßigen Dekompression/Intervention soll zum frühestmöglichen Zeitpunkt, jedoch mindesten binnen 24 h unter Berücksichtigung des Allgemeinzustandes und der Überlebensprognose erfolgen. Hierbei ist die chirurgische vor der radiotherapeutischen Intervention zu planen.

Bei stabilem Befund ossärer Metastasen unter einjähriger Therapie mit Zoledronat in 4-wöchigem Intervall sollte die Fortsetzung im 3-monatigen Abstand erfolgen. Für ein Therapieintervall über 12 Monate mit dem RANKL-Inhibitor Denosumab ist keine Aussage möglich, jedoch kann zur Verhinderung des „Rebound-Phänomens" nach Denosumab-Therapie die Behandlung mit Zoledronat über 1–2 Jahre erwogen werden.

Supportive Maßnahmen in der Radioonkologie

Zu Beginn dieses Kapitels sind die Wirkstoffe, die der Prophylaxe der radiogenen Proktitis dienlich (Amifostin) und nicht dienlich sind (Aminosalicylate, Misoprostol, Sucralfat, topische Glukokortikoide, Butyrat, Epinephrin, Aloe vera) aktualisiert und diskutiert. Mechanische implantierbare Abstandshalter bei der perkutanen Radiatio des Prostatakarzinoms haben zur Prophylaxe der radiogenen Proktitis Einzug gefunden. Ebenso wird der Therapie mit Lactobazillen per os auch in Kombination mit Bifidobakterien ein protektiver Stellenwert eingeräumt. Hydrolytisches Enzym, Curcumin und resistente Stärke sollte nicht eingesetzt werden, für Soja-Isoflavone und gezielte Diäten liegt keine ausreichende Evidenz vor. Auf den Einsatz von Lochbrettern sowie Harnblasenfüllung bei intensitätsmodulierten Radiotherapien (IMRT) kann verzichtet werden. Bei Auftreten der späten radiogenen Proktitis sollte eine systemische Kombinationstherapie mit oralem Ciprofloxacin und Metronidazol nur nach Ausschöpfung lokaler Maßnahmen erfolgen. Für Therapien mit Sucralfat, Mesalazin, topischem Ozon, Glukokortikoiden und Butyrat bei chronischer radiogener Proktitis kann bei fehlender Evidenz keine Empfehlung erfolgen. Sollte es zu einer Blutung kommen, sollte diese mit Argon-Plasma-Laser therapiert werden.

Für die radiogene Enteropathie/Enteritis kann zusammengefasst werden, dass in der akuten Situation eine Prophylaxe mit oralen Aminosalicylaten nicht gewährleistet werden kann. Im Falle von induzierter Diarrhoe sollte die Einnahme von Probiotika erfolgen. Neben Zuführen ballaststoffreicher Kost ist eine intensivierte

Ernährungsberatung als Empfehlung formuliert. Eine Therapie mit Glutamin hingegen ist nicht empfohlen.

Radiodermatitis: Hier sollte der Einsatz von Silbersulfadiazin-Creme 1 % zur Prophylaxe nicht mehr erfolgen. Zur Prophylaxe wird die Photobiomodulationstherapie (Low-Level-Laser-Therapie) diskutiert, welche angewendet werden kann. Während therapeutisch Barriereschicht-bildende Film- und Folienverbände angewendet werden können, liegt für die Anwendung eines sprühbaren Hautschutzfilms nicht genügend Evidenz vor. Langzeithautschutzcremes sollten nicht zur Anwendung kommen.

Osteoradionekrose: Aufgrund des niedrigen Risikos des Auftretens ist eine prophylaktische hyperbare Sauerstofftherapie nicht empfohlen.

Radiogene Mukositis: Hier wurden die Substanzen zur medikamentösen Prophylaxe aktualisiert und die Empfehlungen angepasst.

Radiogene Xerostomie: Als Off-lable-Therapeutikum ist die Therapie mit Bethanechol erwähnt, zusätzlich erfolgte die Aktualisierung der Substanzen, die keinen Effekt auf die Therapie der radiogenen Xerostomie haben.

Radiogene Pneumonitis: Zur Prophylaxe liegt keine ausreichende Evidenz für die Verwendung von Captopril/Lisinopril bzw. Beclomethason und Pentoxifyllin vor. In der Therapie kann bei geringgradiger Ausprägung die Therapie mit inhalativem Glukokortikoid erwogen werden.

Strahlenfolgen an Gehirn und Rückenmark: Sollte es zu neurologischen Symptomen bei therapieassoziiertem Ödem kommen, ist mit möglichst niedrigen noch wirksamen Glukokortikoid-Dosen zu behandeln. Die Indikationsstellung bei Symptomfreiheit und auch unter Immuncheckpoint-Therapie werden diskutiert: Neu ist die Empfehlung, keine hyperbare Sauerstofftherapie bei symptomatischer Gehirnnekrose durchzuführen.

Paravasate

Die Risikoklassifizierung der i. v. medikamentösen Tumortherapeutika wurde um die seit 2017 zugelassenen Substanzen ergänzt. Der Terminus „neutrals" wird nun an Stelle von „non vesicans" benutzt. Bei verändertem Zulassungsstatus ist die Hyaluronidase als substanzspezifisches Medikament bei Vincaalkaloid- und Paclitaxel-Paravasat im Off-lable-Use empfohlen.

Immunvermittelte Nebenwirkungen (irAE) durch Immuncheckpoint-Inhibitoren

Die systematische Literaturrecherche der aktuellsten ASCO-Leitlinie wurde zur Erstellung des Kapitels adaptiert und um eine systematische Literaturrecherche für den Zeitraum von 03/2021 bis 05/2022 ergänzt. Aufgrund der noch „jungen" Wirkstofffamilie wurde aus Fallberichten, Fallserien, systematischen Übersichtsarbeiten und wenigen meist nichtrandomisierten prospektiven Studien Evidenz generiert.

Vor den organspezifischen Empfehlungen ist das allgemeine Management unter Berücksichtigung von Vorbeugung und Erkennung, Verdacht des Auftretens und Vorgehen bei Infusionsassoziierten Reaktionen zusammengefasst und entsprechende Details in zugeordneten Tabellen und/oder Abbildungen sowie den Hintergrundtexten spezifiziert. Hieran schließen sich die Ausführungen zu kutanen, gastrointestinalen, pneumonischen, endokrinen, rheumatischen, renalen, neurologischen, und kardialen irAE an. Es wird jeweils auf Inzidenz, Risikofaktoren, Erscheinungsbild, Diagnostik und Therapie eingegangen und wesentliche Aspekte in Empfehlungen, Statements, Tabellen und Abbildungen verdeutlicht. Einen wesentlichen Stellenwert hat die meist in erster Linie eingesetzte Therapie mit Glukokortikoiden sowie das Erkennen und Management hierunter unerwünschter Begleiterscheinungen wie Diabetes, Infekt oder Osteoporose.

Kardiotoxizität

Initial sind die substanzspezifischen Risikofaktoren gefolgt von den individuellen Risikofaktoren beschrieben.

Prophylaxe: Praktische Empfehlungen zur Diagnostik und Risikostratifizierung vor Therapiestart auch in Abhängigkeit des Therapieregimes sind aufgeführt. Nach der Definition der Krebstherapie-assoziierten kardiovaskulären Toxizität (CTRCVT) und Krebstherapie-induzierten kardiovaskulären Dysfunktion (CTRCD), ist das entsprechende Monitoring unter der Therapie risikoadaptiert und nach Art der Therapie differenziert. Bevor die kardiologische Nachsorge asymptomatischer oder gesondert für Menschen mit linksventrikulärer Dysfunktion/Herzinsuffizienz dargelegt wird, ist die Therapie der Krebstherapie-induzierten kardialen Dysfunktion abgehandelt. Geschlossen wird das Kapitel mit Empfehlungen zur Nachsorge nach Therapie bei malignen Erkrankungen in der Kindheit bzw. im Erwachsenenalter.

Fazit

Die dargestellte S3-Leitlinie stellt den Maßstab der supportiven Therapie bei onkologischen Patientinnen und Patienten dar und dient dem Wissenstransfer. Aufgrund bestmöglicher Evidenz sollen die Empfehlungen zwingend in der Patientenversorgung verankert werden. Die Leitlinie dient zur Unterstützung bei medizinischen Entscheidungen für Ärzte, im Gesundheitssystem tätige Berufsgruppen und auch betroffenen Patientinnen und Patienten im Alltag. Sie kann als Grundlage der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements herangezogen werden.

Vertiefung

Neben der Langversion wird es zu dieser Leitlinie folgende ergänzende Dokumente geben: Kurzversion der Leitlinie, Laienversion (Patientenleitlinie), Leitlinienreport zum Erstellungsprozess der Leitlinie, Evidenztabellen (als separates Dokument); abrufbar z. B. über das Leitlinienprogramm Onkologie: https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/supportive-therapie oder über die dazugehörige App - kostenlos erhältlich in den gängigen Stores:

für Android für iOS