Internist 2021 · 62:341–342

<https://doi.org/10.1007/s00108-021-01003-2>

Angenommen: 17. Februar 2021

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2021

S. M. Schellong

Medizinische Klinik, Städtisches Klinikum Dresden, Dresden, Deutschland

Weniger ist mehr

Liebe Leserin, lieber Leser,

es ist gute Tradition, dass sich die April-Ausgabe von *Der Internist* eng auf das Leitthema der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) bezieht. Schon lange bevor Corona in der Welt war und begonnen hat, alle anderen Themen zu dominieren, hatte ich für die Tagung 2021 das Leitthema „Weniger ist mehr“ vorgesehen. Nun könnte es zynisch erscheinen, vor dem Hintergrund einer medizinischen Versorgungskrise, wie sie in vielen Ländern in der Coronapandemie eingetreten ist, einem „Weniger“ in der Medizin das Wort zu reden. Aber im Gegenteil: Die Aktualität des noch vor der Pandemie geplanten Kongressschwerpunkts hat sich durch die jüngste Entwicklung eher noch zugespitzt.

» In den kommenden Jahren wird weniger Geld für Gesundheitsleistungen zur Verfügung stehen

Unser Gesundheitswesen wird in den kommenden Jahren veränderte Rahmenbedingungen vorfinden: Durch den Rückgang der wirtschaftlichen Tätigkeit in der Pandemie wird die Grundlohnsumme in Deutschland sinken. Da an ihr die Krankenversicherungsbeiträge hängen, die Beitragssätze der verbliebenen sozialversicherungspflichtigen Einkommen aber nicht im selben Maße angehoben werden können, wird weniger Geld für Gesundheitsleistungen zur Verfügung stehen. Eine Kompensation aus Steuermitteln ist bei gesunkenem Steueraufkommen nicht zu erwarten

und für die Balance des Gesamtsystems auch nicht unbedingt wünschenswert. Aber bereits vor der Krise gab es die Wahrnehmung, dass das Gesundheitswesen an vielen Stellen unterfinanziert sei. Die pauschal immer wieder erhobene Forderung, „die Politik“ solle der gefühlten Unterfinanzierung doch endlich abhelfen, blieb schon zuvor und wird weiter ohne Wirkung bleiben, da „die Politik“ zur Finanzierung zusätzlicher Ausgaben keine anderen als die bereits genannten Instrumente hat.

Drängender als bisher stellt sich also die Frage: Welche Leistungen sind verzichtbar und welche nicht, um tatsächliche Bedarfe zu decken und die vorhandenen Ressourcen – auch kurzfristig – an die richtige Stelle zu bringen? Die Ärzteschaft ist gut beraten, sich selbst auf die Suche nach Antworten zu machen, anstatt darauf zu warten, dass von außen mithilfe verschiedener Verordnungsmechanismen Maßnahmen in Geltung gesetzt werden. Denn es soll ja nicht um Rationierung im Sinne einer überregulierten Gesundheitsversorgung gehen oder um Verbote unter einem Spardiktat der Kostenträger, das heißt nicht um ein Weniger an Ressourcen. Vielmehr geht es um die fachliche Einsicht in ein Zuviel an Leistungen, das durch keine Evidenz gestützt wird, dem häufig genug sogar solide Evidenz entgegensteht.

Die DGIM hat die 2011 vom American Board of Internal Medicine gestartete Initiative „Choosing wisely“ vor einigen Jahren unter der Überschrift „Klug entscheiden“ aufgegriffen und weiterentwickelt. Ein wiederkehrender Inhalt der inzwischen mehr als 150 einzelnen Empfehlungen aus allen internistischen Schwerpunkten besteht darin, auf diagnostische oder therapeutische Maß-

nahmen gezielt zu verzichten. Dies war auch die ursprüngliche Stoßrichtung von „Choosing wisely“. Seit mehr als zehn Jahren gibt es unter dem Slogan „Less is more“ eine Vielzahl von Initiativen, die genau diesen Aspekt in der Medizin betonen wollen. Die seriösesten von ihnen werden getragen von anerkannten medizinischen Fachzeitschriften wie dem *British Medical Journal*, dem *Journal of the American Medical Association* oder den *Archives of Internal Medicine*.

» Verschiedene Klugentscheiden-Empfehlungen animieren zum gezielten Verzicht auf medizinische Maßnahmen

Die DGIM-Jahrestagung 2021 widmet sich in einer Vielzahl von Symposien diesem Thema. Der Schwerpunkt der vorliegenden Ausgabe von *Der Internist* unterstützt und ergänzt diese Beschäftigung, indem er für vier Bereiche der Inneren Medizin und für wiederkehrende klinische Präsentationen aufzeigt, welcher Nutzen für unsere Patient:innen – und damit indirekt auch für die Solidargemeinschaft der Versicherten – entstehen kann, wenn mit Bedacht weniger statt mehr gemacht wird. Weniger vor allem in der Diagnostik, aber durchaus auch weniger an therapeutischen Prozeduren. Die vier exemplarisch herausgegriffenen Bereiche sind die Hausarztmedizin, die Altersmedizin, die Infektionsmedizin und die Herz-Kreislauf-Medizin. Dabei handelt es sich tatsächlich nur um Beispiele. Jede und jeder wird bei der Lektüre merken, dass es im eigenen Betätigungsfeld viel mehr als die hier geschilderten Einzelmaßnahmen gibt, die bei nähe-

rer Betrachtung einer genauso kritischen Überprüfung bedürfen und wahrscheinlich entbehrlich sind.

Der Schwerpunkt wird eingeleitet von einem Hintergrundbeitrag, der die ja bereits differenziert ausgearbeiteten Theoreme zum Phänomen der Überversorgung in den wichtigsten Facetten kurz beleuchtet. Der Autor ist wissenschaftlicher Mitarbeiter der DGIM und widmet sich seit längerer Zeit diesem Thema, das er in verschiedene Aktivitäten unserer Fachgesellschaft fundiert einbringt.

Ich danke allen Autor:innen, dass sie sich auf dieses spannende, aber immer wieder auch heikle Thema eingelassen haben, und wünsche den Leser:innen durch die Lektüre direkten Gewinn für die tägliche Arbeit, aber auch Anregung zur eigenen Weiterbeschäftigung mit „Weniger ist mehr“.

Ihr

Schellong

Sebastian Schellong

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. S. M. Schellong

Medizinische Klinik, Städtisches Klinikum
Dresden
Friedrichstraße 41, 01069 Dresden,
Deutschland
sebastian.schellong@klinikum-dresden.de

Interessenkonflikt. S.M. Schellong gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Strahlentherapie bei Lungenkrebs: Wie lässt sich das Risiko für kardiale Ereignisse weiter minimieren?

Eine aktuelle Studie definiert konkrete Schwellenwerte, ab wann für Patientinnen und Patienten mit nicht-kleinzelligem Lungenkrebs mit und ohne vorbestehende KHK ein erhöhtes Risiko für kardiale Folgeerkrankungen nach Strahlentherapie besteht.

Die Strahlentherapie ist eine etablierte Therapie, die auch in vielen Fällen bei nicht-kleinzelligen Lungenkarzinomen („non small lung cancer“/NSCLC) zum Einsatz kommt. Wenn der linke Lungenflügel betroffen ist, erfolgt die Bestrahlung des linken und mittleren Brustkorbs (linksthorakal und mediastinal), was zu strahlenbedingten Veränderungen am Herzen führen kann. Zu nennen sind hier u.a. das Risiko einer koronaren Herzkrankheit (KHK), von strahlenbedingten Klappenerkrankungen oder auch einer Herzinsuffizienz. Doch das Risiko ist abhängig von der Strahlendosis und dem Bestrahlungsfeld. Eine aktuelle Studie zeigte, dass die Strahlendosis und das Strahlenvolumen am vorderen absteigenden Ast der linken Herzkranzarterie (Ramus interventricularis anterior) bei bisher herzgesunden Menschen mit NSCLC als Schwellenwert zur Risikostratifizierung herangezogen werden kann.

Bei der aktuellen in „JAMA Oncology“ publizierten Arbeit handelt es sich um eine retrospektive Kohortenauswertung von 701 Patientinnen und Patienten mit lokal fortgeschrittenem NSCLC. Das mediane Alter der Studienteilnehmer betrug 65 Jahre, 50,8 % waren männlich. Nach Adjustierung gegen eine vorbestehende KHK und andere prognostische Faktoren zeigte sich eine Korrelation zwischen dem Dosisexpositionsvolumen am Ramus interventricularis anterior und schweren Koronarereignissen in Folge der Therapie. Bei Bestrahlung von 10 % und mehr des vorderen absteigenden Asts der linken Herzkranzarterie mit 15 Gy oder mehr kam es zu signifikant mehr kardialen Ereignissen, auch Todesfällen, als unterhalb dieses Schwellenwerts. Diese Assoziation wurde bei Patientinnen und Patienten ohne kardiale Vorerkrankungen beobachtet, sie bestand jedoch nicht bei jenen mit vorbestehender KHK. Bei diesen vorerkrankten Patienten kam es hingegen bei Bestrahlung von 1 % und mehr des linken Ventrikels mit 15 Gy zu einem erhöhten Risiko für kardiale Ereignisse.

„Das Wegweisende an dieser Studie ist, dass sie konkrete Schwellenwerte aufzeigt, ab wann für Patienten mit und ohne vorbestehende KHK ein erhöhtes Risiko für kardiale Folgeerkrankungen besteht. Diese Schwellenwerte müssen allerdings noch prospektiv-randomisiert überprüft werden“, erklärt Univ.-Prof. Dr. Stephanie E. Combs, Pressesprecherin der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO). „Sie geben uns aber bereits jetzt eine erste Orientierung, wie wir durch eine optimierte Bestrahlungsplanung unter Berücksichtigung bestimmter kardialer Substrukturen das Risiko für strahlenbedingten Langzeitveränderungen am Herz reduzieren können.“

Dennoch seien chronische Nebenwirkungen am Herzen nie ganz auszuschließen und können auch als Langzeitfolge auftreten, da immer mehr Lungenkrebspatientinnen und -patienten durch die Kombination von Strahlentherapie, Chemotherapie und Immuntherapie eine gute Überlebensprognose haben und oft in eine Art chronische Erkrankung überführt werden können, so dass sie viele Jahre mit der Krebserkrankung leben. „Das Management von kardialen Langzeitfolgen nimmt daher einen zunehmend wichtigen Stellenwert ein“, so die Expertin.

Literatur:

Atkins K M, Chaunzwa TL, Lamba N et al (2020) Association of Left Anterior Descending Coronary Artery Radiation Dose With Major Adverse Cardiac Events and Mortality in Patients With Non-Small Cell Lung Cancer. JAMA Oncol. doi:10.1001/jamaoncol.2020.6332

Quelle:

**Deutsche Gesellschaft für
Radioonkologie e. V.,
www.degro.org**