

Jahrestagung der deutschsprachigen Hämato-Onkologie in Basel

Aktuelle Schlagworte und ihre Diskussion

Der Dreiländerkongress der DGHO in Basel unter Präsidentschaft von Prof. Thomas Cerny diente nicht nur dem medizinischen, sondern auch dem gesundheitspolitischen Austausch. Immerhin sind die Teilnehmer für die onkologische und hämatologische Versorgung von mehr als 100 Millionen Menschen im deutschen Sprachraum verantwortlich. Wie es in den Nachbarländern läuft und was es für gemeinsame Probleme zu bewältigen gilt, war anhand zahlreicher Schlagworte in Diskussionen auszumachen.

Die Onkologie gilt als wichtiger Innovator, aber auch „Kostentreiber“ in der Medizin, vor allem was die modernen Medikamente betrifft. Ist die personalisierte Medizin eine Mogelpackung? Demographie – was kommt auf uns zu? Sitzen wir schon in der Kostenfalle und wie begegnen wir dem Kostendruck? Brauchen ältere und sehr alte Krebspatienten eine andere Therapie? Ist die Orphanisierung ein Vor- oder ein Nachteil? Was tun, wenn der Fortschritt längerfristige Studienprotokolle aushebelt? Brauchen wir andere Studienziele? Ist ein Jahr Leben mehr wert als 100'000.- CHF? Hat der Einstieg in die Rationierung bereits begonnen? Basel bot nicht nur für diese Fragen ein Diskussionsforum.

Rationierung

Die Frage der Rationierung beantwortet eine aktuelle Umfrage, die von der DGHO in Deutschland durchgeführt und von Prof. Stefan W. Krause aus Erlangen vorgestellt wurde. Aus 345 Fragebögen, die von Fachärzten online beantwortet wurden, ging hervor, dass die Mehrheit dieser Kollegen aufgrund des hohen Kostendruckes auf die jeweils optimale Therapie bereits jetzt gelegentlich verzichtet.

Der Einstieg in eine Rationierung am Krankenbett hat in der Onkologie in Deutschland bereits begonnen, so sein Fazit.

In der Schweiz hat das Bundesgericht erstmals einen Schwellenwert zur medizinischen Rationierung festgelegt. Arzneimittel, die nicht in der Spezialitätenliste kassenpflichtiger Medikamente aufgeführt sind, werden einer Gesamtbeurteilung nach Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit unterzogen. Das Grundsatzurteil, nach dem jährliche Therapiekosten über 100'000 Franken nicht mehr Pflichtleistungen darstellen, hat im speziellen Fall gerade dazu geführt, dass das Schweizer Bundesamt für Gesundheit das betroffene Medikament auf die sogenannte Spezialitätenliste nehmen will. Der Schweizer Bundesrichter Ulrich Meyer nahm auf der Jahrestagung in Basel Stellung zu diesem umstrittenen Urteil. Das BAG sah in dem Fall, es ging um einen Patienten mit Morbus Pompe, einer sehr seltenen Muskelkrankheit, ein Ungleichgewicht zwischen dem Nutzen und den hohen Kosten. Man habe sich die Entscheidung nicht leicht gemacht, aber es war an der Zeit mit Zahlen auch die politische Diskussion der Thematik voranzutreiben.



Kongresspräsident
Prof. Dr. med. Thomas Cerny
St. Gallen

Orphanisierung

In der Pressekonferenz mit dem Tagungspräsidenten Prof. Thomas Cerny wurde das Thema Kostenexplosion ebenfalls aufgenommen, aber mit einer positiven Perspektive. Es gab und gibt nicht „den Krebs“, sondern es gibt zahlreiche Untergruppen und mit jeder neuen Studie und der weiteren Aufschlüsselung der molekularen Vorgänge bei einzelnen Tumorentitäten gibt es möglicherweise weitere Angriffspunkte. Wir unterscheiden >200 Krebserkrankungen, die Subtypisierung macht viel Arbeit und liefert immer mehr Details. Prof. Cerny zeigte die 15 häufigsten Malignome in der Schweiz (Abb. 1).

Zu den Highlights und Herausforderungen: 13 Zulassungen alleine in den letzten 18 Monaten und mehr als 700 Produkte in der Pipeline sprechen für die Innovationskraft in der Onkologie.

Mehr als 700 onkologische Produkte sind in der Pipeline und für die bereits zugelassenen Medikamente werden neue Indikationen geprüft und Kombinationsmöglichkeiten untersucht. Die Chance bei dieser Entwicklung liegt einerseits darin, die Therapie im Einzelfall besser individualisieren zu können. Zum anderen kann es durch die „Orphanisierung“ dazu kommen, dass für Spezialfälle auch spezielle Regeln gelten können, das heißt, dass z.B. Zulassungsprozesse beschleunigt werden können. Vielleicht gelingt es so, dass die grosse kostentreibende Maschinerie von Forschung, Studienlandschaften und Regularien gar nicht erst anspringen muss (Stichwort Orphan Drugs).

Je mehr molekulare Anlaufstellen bekannt sind, umso zielgerichteter wird man im Einzelfall behandeln können. Personalisierte Medizin sei keine Mogelpackung, wie in deutschen Medien berichtet wurde, betonte der DGHO-Vorsitzende Prof. Gerhard Ehninger. Es gehe dabei nicht um die Verbesserung der persönlichen Beziehung, was auch wichtig sei, sondern um die Anpassung der Therapie an die Charakteristik des Tumors eines Patienten. Mittlerweile sei es möglich, zeitnah alle Merkmale z.B. beim Bronchialkarzinom zu bestimmen und so die günstigste Therapieuntergruppe zu definieren. „Orphanisieren und personalisieren sind keine Tricks“ betonte er.

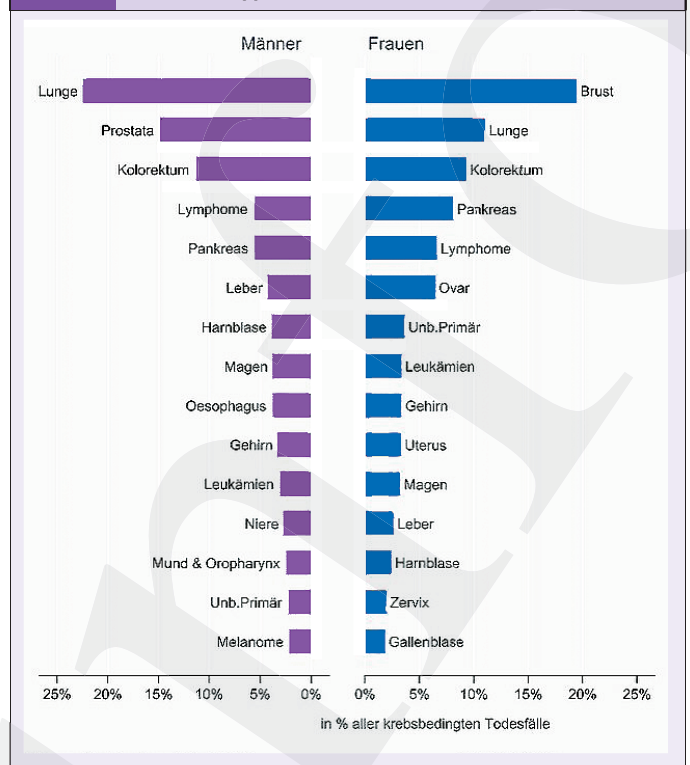
Demographie

Krebs ist bis zum 75. Lebensjahr weltweit die Todesursache Nummer 1. Die altersspezifische Krebsmortalität hat von 1980 bis 2006 um über 20% abgenommen, aber diese Abnahme wird überkompensiert durch die Zunahme der älteren Bevölkerung. Gesamtbilanz: Wir werden weiter älter und die Summe der Krebstodesfälle wird unweigerlich zunehmen. Je älter, je häufiger Krebs, stimme aber auch nicht: Wer über 85 Jahre sei und nicht an Krebs erkrankt, für den sinke die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung, wahrscheinlich aufgrund der guten genetischen Ausstattung wieder. „Es sind die nächsten 20 Jahre, die unser System an die Belastungsgrenze bringen werden“, prophezeite Prof. Cerny, danach rechne man wieder mit einer Abflachung der Kurven. Es gebe zu wenig Ärzte, zu wenig Pflegepersonal und viele der Studiendaten seien für alte und sehr alte Patienten nicht valabel.

Geriatrische Onkologie

Die Alterung von Stammzellen ist das Forschungsgebiet des Ulmer Prof. Rudolph K. Lenhard, eine seiner Forschungshypothesen, dass Krebszellen womöglich aus Stammzellen entstehen. Sein Fokus liegt auf der Telomer- und Telomeraseforschung. Die Chromosomenenden verkürzen sich nach jeder Zellteilung, so dass ihre Länge quasi ein Mass für das Alter einer Zelle ist. Die Telomerase ist in normalen Gewebezellen inaktiv, in Stammzellen und Tumorzellen hingegen verlängert sie die Telomere wieder. Wie alt ein Mensch vom Gewebe her sei, könne mittlerweile bestimmt und in Relation zum numerischen Alter gestellt werden. Aussagen über die Prognose im Falle einer Krebserkrankung sind aber nicht zu treffen. Hier sei der erfahrene ärztliche oder pflegerische Blick immer noch treffsicherer, führte Prof. Lenhard aus. In Dänemark zeigte sich z.B. in einer Untersuchung, dass erfahrene Krankenschwestern sehr gut einschätzen konnten, wie lange eine Patient noch zu leben hat.

ABB. 1 Die häufigsten krebserkrankungsbedingten Sterbefälle in St. Gallen-Appenzell (2005–2008)



Wie schätzen Onkologen geriatrische Patienten ein und umgekehrt? Ebenfalls mit dem klinisch erfahrenen Blick, aber man wolle weg vom Bauchgefühl zu einer besseren Differenzierung. PD Dr. Ulrich Wedding aus Jena stellte die Instrumente und die Datenlage dafür vor. Ein geriatrisches Assessment (Tools hinterlegt z.B. unter www.dgho.de, www.siog.org) sei hilfreich bei der Entscheidungsfindung.

Aus seiner Erfahrung forderte Prof. Ernst Späth-Schwalbe aus Berlin, dass vor jedem neuen Therapieentscheid beim geriatrischen Patienten eine weitere Evaluierung erfolgen sollte. Da dies meist die aktuellen Ressourcen sprengt, sei eine Möglichkeit, dass ein Screening durch eine erfahrene Fachkraft, in seinem Haus eine Ergotherapeutin, bei über 65jährigen erfolge und je nach Ergebnis dann ein geriatrisches Konsil erfolgt. In Entscheidungen sollten auf jeden Fall Überleben und Funktionserhalt Priorität haben und dass ein Patient gestärkt in seinen Alltag zurück könne. In CGA-Programme (comprehensive geriatric assesment) eingeschlossene Patienten können häufiger wieder in die eigene Häuslichkeit. Beim CGA werden Komorbidität, funktioneller Status, körperliche Leistungsfähigkeit, Kognition, Ernährungsstatus, psychischer Status, Medikation und soziale Unterstützung berücksichtigt. Der Einsatz der Tools sollte je nach Zielsetzung und Fragestellung (Chemotherapie palliativ, kurativ, Operation, Bestrahlung) erfolgen, ein optimales CGA gebe es nicht.

Die entsprechende Arbeitsgruppe der EORTC bzw. der SIOG haben für sechs häufige alterstypische Krebserkrankungen und Therapiesituationen Empfehlungen entwickelt. Ein geriatrisches Assessment ist dabei Teil der Diagnostik. Gefordert werden auch mehr spezifische Studien für ältere Patienten.

▼ SMS

Quelle: DGHO Kongress 2011 in Basel vom 30.9. bis 4. Oktober 2011