

WISSEN AKTUELL

25. deso-Fortbildungskurs St. Gallen



Keine Update-Kanone dafür Praxisbezug und Diskussion

Der Ärzte-Fortbildungskurs in Klinischer Onkologie am Kantonsspital St. Gallen der Deutschsprachig-Europäische Schule für Onkologie (deso) hätte dieses Jahr gross sein 25. Jubiläum feiern können. Tat man aber nicht. Es geht den Organisatoren nicht um Rückblicke, sondern darum, mit den Teilnehmern den State of the Art zu diskutieren und praktisches Rüstzeug für den onkologischen Alltag zu vermitteln.

Prof. Dr. med. Thomas Cerny begrüsst die rund 150 Teilnehmer mit dem Hinweis, dass das Programm bewusst keine „Update-Kanone“ darstelle, sondern Wert auf Praxisbezogenheit, Diskussion und interaktiven Austausch gelegt werde. Bei den Vorträgen dürfe zum Beispiel nicht das jeweilige Lieblingsthema referiert werden,

sondern es sollte eine vom lokalen Organisationskomitee Prof. Dr. med. Silke Gillessen, Prof. Dr. med. Ulrich Güller und der wissenschaftlichen Leitung vorgeschlagene Fragestellung erörtert werden. Die Zuhörer können so quasi an den Aha-Erlebnissen der Referenten teilhaben, wenn diese die recherchierten Daten und Erfahrungen beim Vertiefen in ein neues Thema berichten. Wenn Eminenz auf Evidenz trifft, ist der Lerneffekt für alle gross. Auch nach 25 Kursen sind die Experten auf den angestammten Plätzen kein bisschen müde mit kritischen Bemerkungen, ihren Erfahrungen und Einschätzungen.

Vom Überflüssigen und was für Patienten zählt

Die leidige Diskussion um die Kosten in der Onkologie führte Prof. Dr. med. Martin Fey aus Bern. Seine Ausführungen begann er mit einer Auflistung, wie die Berner Patienten ihr Spital auswählen (s. unten). Nach der Nachhilfe-Lektion in Bärndütsch lieferte er eine Analyse, wo die Kostenfalle besonders tückisch sei. Prof. Fey ist überzeugt, dass das Pendel in Sicherheitsfragen zu weit ausschlägt. Spitäler und Ärzte stehen enorm unter Druck, es werden immer mehr Regularien erstellt, die beachtet werden müssen und Arbeitszeit und Personal binden und so Kosten verursachen. Es werde ein enormer Aufwand betrieben, um allen möglichen Eventualitäten Rechnung zu tragen. Fey sprach von einem „neurotischen Sicherheitswahnsinn“ zum Beispiel bei der Durchführung klinischer Studien zu neuen Medikamenten oder bei der Zytostatika-Herstellung. Auch der aktuelle Zertifizierungswahn sei eine Geldmaschinerie ohne gesicherten Nutzen.

Was Patienten wünschen, am Beispiel von Bern

- ▶ Äs isch schuderhaft wyt vo Burtlef uf Bärn – Wunsch nach Wohnortnahe Behandlung
- ▶ Im Inselehospital isch ds Caffee geng chault gsy, im Salem äbe nid... – Wunsch nach guter Hotellerie



Prof. Dr. med. Silke Gillessen



Prof. Dr. med. Thomas Cerny

- ▶ Mini Muetter isch i dr Insle gschorbe, da gan i nid häre – Bishe-
rige Erfahrungen zählen
- ▶ I Riggischberg chame gäbiger parkiere! Erreichbarkeit und Park-
plätze vor Ort
- ▶ Ds Interlake chan-I schnäu i ds CT ga, u de grad ga kömerle -
Eine Alltagstaugliche Infrastruktur wird bevorzugt.

Immuntherapie

Kaum ein Forschungsbereich erlebt momentan so viel Aufwind wie die Immuntherapie. **Prof. Dr. med. Andreas Neubauer** aus Marburg ging auf die Rolle und Macht des Immunsystems ein und versuchte, die komplexen neuen Therapie-Ansätze zu erklären. Es sei weniger die Immundefizienz, die in der Onkologie im Vordergrund stehe, sondern die Tatsache, dass der Tumor das Immunsystem missbrauche und es durch Zytokine für sich passend mache. Die zentrale Rolle spielten dabei offenbar T-Zellen. Den Tumor-infiltrierende T-Zellen könnte man so „umprogrammieren“, dass diese Zellen wieder ihrer eigentlichen Aufgabe nachkämen, nämlich die Tumorzellen anzugreifen und abzustossen. Diese sogenannten „checkpoint“ Inhibitoren haben allerdings eine teilweise erhebliche Toxizität und sind sehr Kosten-intensiv (bis zu 150 000 Euro pro Jahr).

Multiples Myelom

„Das Multiple Myelom MM ist die häufigste Entität der hämatologischen Erkrankungen und prinzipiell heilbar“, führte **Prof. Dr. med. Christoph Driessen** in sein Übersichtsreferat ein. Die Abbildung mit den neuen Medikamenten in Entwicklung sieht aus wie ein Raumschiff mit mehr als einem Dutzend Satelliten. Der Fortschritt komme auch bei den Patienten an. „Wenn keine Therapieeinschränkungen aufgrund des Alters, von Komorbiditäten, Zulassung oder Kostenübernahme vorliegen, können bereits bis zur Hälfte der Standard-Risiko-MM geheilt werden“, führte Driessen aus. Wie das geht? Mit einer breiten Initialtherapie (Kombinationstherapie upfront mit novel agents), wenn möglich einer Hochdosis-Chemotherapie mit ASCT und einer langen Anschlussstherapie mit den neuen Medikamenten mit niedriger Intensität. Ein Blick in die Zukunft: Novel-Novel drugs werden die Therapie-Einschränkungen Alter und Komorbidität möglicherweise mindern.

Geriatrisches Assessment

Schon lange diskutiert und eigentlich für so gut befunden, dass es unverzichtbar sein sollte – so wird das Geriatrische Assessment in der Onkologie beurteilt. Ein Geriatrisches Assessment bzw. Screening bildet den Patienten multidimensional ab und ergänzt den klinischen Blick. „Mit Hilfe von validierten Instrumenten kann man vom ärztlichen Gefühl, dass einer gebrechlich ist, zu mehr Objektivierung kommen“ ist **PD Dr. med. Friedemann Honecker** vom Tumor- und Brustzentrum ZeTuP St. Gallen überzeugt. „Bedenkt man, dass 70% der über 70jährigen kardiovaskuläre Erkrankungen haben und mehrere Medikamente einnehmen, so ist die Verwendung eigentlich ein Muss. Die interdisziplinäre Fallbesprechung ist kein Ersatz“.

Ein Assessment kann helfen, Defizite wie Ernährungsprobleme, funktionelle Einschränkungen oder mangelnde psycho-soziale Unterstützung aufzudecken. Ergebnisse des Assessment haben prädiktive und prognostische Relevanz für die Therapierbarkeit, Toxizität und Frühmortalität unabhängig vom Alter des Patienten



Selber Platz, neue Fragen: Dr. Müller, Hämatonkologe aus Hamburg



Prof. Hossfeld, Prof. Ludwig, PD Dr. Honecker, Prof. Güller, Dr. Zwahlen



Prof. Fietkau aus Erlangen und PD Dr. Köberle aus Basel
berichten Neues zu Therapieoptionen beim Rektumkarzinom und bei
Lebermetastasen

gezeigt. Allerdings sind diese Assessment-Parameter bisher unzureichend in diagnostische und therapeutische Algorithmen integriert. Randomisierte Studien zur Wertigkeit des Geriatrischen Assessments fehlen noch. Eine Standardisierung der verwendeten Instrumente ist dringend erforderlich. Erkenntnisgewinn neben der Einschätzung des Individuums ist eine bessere Abschätzbarkeit der Therapiefähigkeit für Patienten mit bestimmten Charakteristika bei bestimmten Patientenpopulationen (Erkrankung, Therapie). Ob sich zusätzlich Biomarker zur Abschätzung des „biologischen Alters“ wie z.B. p16 als Marker für „Aging“ durchsetzen werden, ist derzeit noch sehr fraglich. Da der Zeitaufwand für ein Geriatrisches



Prof. Hossfeld hatte Einwände mit dem Therapiealgorithmus beim metastasierten kolorektalen Karzinom, das Prof. Arnold vorstellte.



Prof. Cerny, Prof. Güller, Prof. Fey und Prof. Hossfeld



Pro und Contra Mammascreeing: Der Sozial- und Präventivmediziner Dr. Zwahlen und Prof. Thürlimann waren sich einig, dass in der Schweiz das System bereits auf „Autopilot“ laufe und forderten eine bessere Aufklärung

Assessment nicht unbeträchtlich ist, wird in der Praxis derzeit die Frage geklärt, welche Teile des Assessments delegiert werden können, und ob ein abgekürztes Screening ausreichen könnte, um zu einer Abschätzung der Therapiefähigkeit zu gelangen.

Harnblasenkarzinom

Ist ein Harnblasenkarzinom in die Muskelschicht vorgedrungen, so sterben mehr als 50% der Patienten trotz einer radikalen Zystektomie an Metastasen. **Prof. Dr. med. Jörg Beyer** aus Zürich lieferte Argumente für die neoadjuvante Chemotherapie: gute lokale Kontrolle, schlechte systemische Kontrolle; Chemotherapie-sensitiv Erkrankung; Ansprechen kann gut beurteilt werden; Guter Allgemeinzustand zu Therapiebeginn; Keine Verschlechterung der OP Ergebnisse. „Die Mehrzahl der Patienten mit Indikation für eine Chemotherapie kann diese auch erhalten“, so die Erfahrung.

Besteht eine Kontraindikation für eine Operation (if in doubt get it out), so sei die Radiochemotherapie eine gute Alternative. Die Zusammenarbeit von Onkologen, Urologen und Radiotherapeuten, wie sie im Erlanger Modell praktiziert werde, habe sich sehr bewährt. Erst mache der Urologe eine TUR und dann folgt eine definitive Radiochemotherapie. Die Gefahr einer Schrumpfbubble gebe es kaum mehr. Natürlich könne auch best Supportive Care eine Option sein, wurde in der Diskussion betont. Auch Studien mit neuen Immuntherapien laufen. Insgesamt sei man auf einem Weg.

Wenn die Affen den Zoo regieren

Management im Spital – muss auch das noch sein? **Prof. Dr. med. Johannes Rüegg-Stürm** lehrt Management und Organisation an der Universität St. Gallen und forscht seit gut zwölf Jahren in Spitälern. Eine Ärztin, Arzt oder Pflegefachperson kann heute nur noch eine professionelle Wertschöpfung im Dienste von Patientinnen und Patienten erbringen, wenn sie/er bei der Arbeit auf eine hochkomplexe Infrastruktur und hochwertige Dienstleistungen zurückgreifen kann. Leider sind sie oder er dabei nicht alleine, sondern sie stehen in der Nutzung komplexer Ressourcen miteinander in Konkurrenz. Deshalb braucht es spezifische koordinative Aktivitäten, was eine sinnvolle Nutzung, aber auch eine zielgerichtete Weiterentwicklung der immer komplexer werdenden Spital-Infrastruktur (Räume, Medizintechnik, IT usw.) betrifft.

Demzufolge braucht es in einem Spital nicht nur fachliche Führung in der unmittelbaren Kernwertschöpfung von Medizin und Pflege für den Patienten, sondern auch Management – verstanden als eine kooperative Praxis der Bereitstellung von optimalen Arbeitsvoraussetzungen für die Health Professionals. So verstanden erfordert wirksames Management die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit einer Vielzahl von Expertinnen und Experten. Eine solche überhaupt zu ermöglichen und zu stärken, ist Kernaufgabe von patientenzentrierter Management-Innovation im Spital. Hierzu können tragfähige Partnerschaften im Bereich der Management-Forschung und Management-Ausbildung einen entscheidenden Beitrag leisten.

▼ SMS

Quelle: 25. Ärzte-Fortbildungskurs in Klinischer Onkologie, 19. - 21. Februar 2015 in St. Gallen.