

7. ASORS-Expertenworkshop Überblick über aktuelle Strategien und Forschungsergebnisse

Von Bettina Reich und Dr. Petra Ortner

Supportive Maßnahmen und Rehabilitation für onkologische Patienten unterliegen einer ständigen Weiterentwicklung, um so nicht nur die Lebensqualität sondern auch den Output lebensnotwendiger Therapien zu verbessern, erläuterte Petra Feyer, Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie, Rehabilitation und Sozialmedizin der Deutschen Krebsgesellschaft (ASORS), zu Beginn des 7. ASORS-Expertenworkshops. Aber eine gute und vertrauensvolle Patientenversorgung benötigt auch den entsprechenden politischen und gesellschaftlichen Rahmen. Daher sprach sich Hans Helge Bartsch, ebenfalls Vorsitzender der ASORS, in seinem Impulsreferat während des zweitägigen Workshops dafür aus, dass Bedingungen für Ärzte geschaffen werden, unter denen sie Verantwortung übernehmen und Verantwortlichkeit entwickeln können, ohne sich dem ausschließlichen Diktat der ökonomischen und bürokratischen Reglementierung beugen zu müssen.



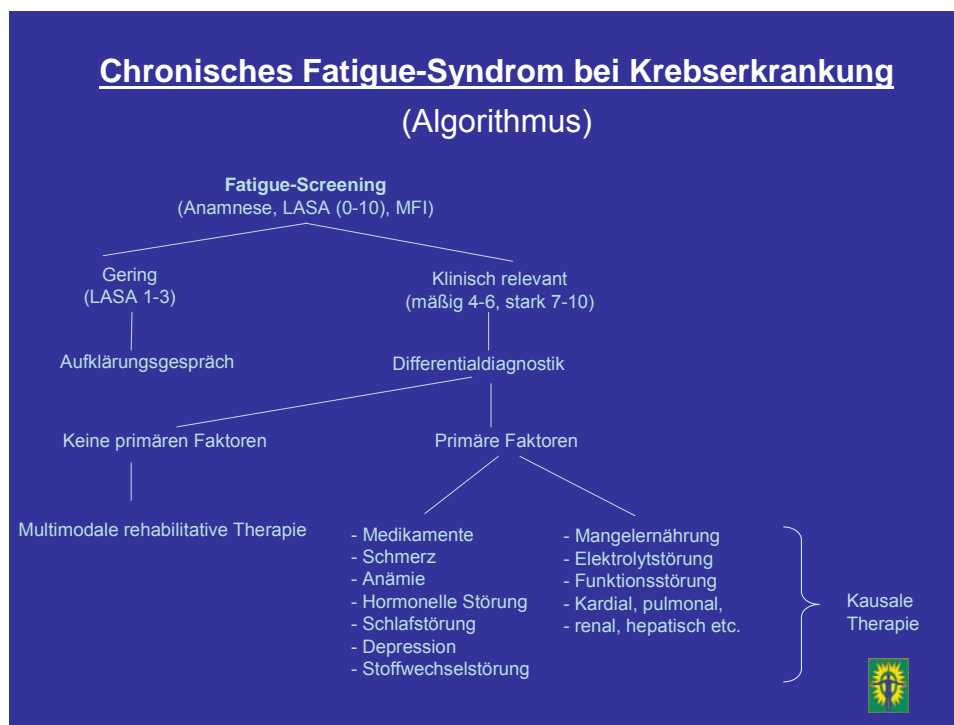
Die Erkrankung **Brustkrebs** geht mit einer Vielzahl körperlicher und psychosozialer Probleme für die betroffenen Personen einher. Rudolf Schröck, Scheidegg, machte deutlich, dass für deren Bewältigung die onkologische **Rehabilitation** eine wesentliche Unterstützung bietet, um mögliche Folgeerkrankungen und -einschränkungen zu verhindern. Sport- und Bewegungstherapien sind integrale Bestandteile einer Rehabilitation, da körperliche Aktivität gesundheitsfördernde Effekte aufweist, in dem sie die Leistungsfähigkeit verbessert und sich nachhaltig auf die physische und psychische Gesundheit auswirkt. Die verschiedenen Defizite als Folge der Erkrankung und der Behandlung können sehr häufig durch gezielte Übungen sowie durch ein medizinisches Aufbautraining deutlich verbessert, teilweise sogar vollständig behoben werden. Sportprogramme für Brustkrebspatientinnen müssen die individuellen Einschränkungen, Möglichkeiten und Vorlieben der Patientinnen in den Vordergrund rücken, um die Motivation zur Teilnahme zu erhöhen. Gerade beim Brustkrebs sind in jüngster Vergangenheit etliche Studien durchgeführt worden, die belegen, dass das früher gültige Urteil „Hauptsache Schonung“ für diese Patientinnen nicht mehr gilt. Eine Untersuchung von 2008 zeigte, dass das Hanteltraining bei Mammakarzinom-Patienten nicht kontraindiziert ist, sondern im Gegenteil positiven Einfluss besitzt. Schröck verwies darauf, dass der seit 2009 gültige Reha-Therapiestandard Brustkrebs ebenfalls den Aspekt körperliche Aktivität berücksichtigt. Das evidenzbasierte Therapiemodul (ETM 001) legt fest, dass bewegungstherapeutische Leistungen von mindestens 240 Minuten pro Woche erfolgen sollten. Der Scheidegger Rehabilitationsspezialist betonte abschließend: „Besonders wichtig ist der Aufbau eines körperlich aktiven Lebensstils, in dem Kraft, Ausdauer, Koordination und Beweglichkeit nicht nur in die Rehabilitation sondern auch anschließend in das normale Leben integriert werden.“

Tumorassoziierte Fatigue: Strukturiertes Übungsprogramm mit Kraft- und Ausdauertraining führt zur Besserung

Manfred Heim, Bad Sooden-Allendorf, machte deutlich, dass Patienten in der Rehabilitation als Hauptproblem **Müdigkeit und Erschöpfung** angeben. In Anbetracht der Tatsache, dass 70 % der Patienten unter Therapie und weitere 40 % nach Abschluss der Behandlung oft noch jahrelang unter diesem Syndrom leiden, ist dies nicht verwunderlich. Die chronische Fatigue kann zu starken Beeinträchtigungen führen, beispielsweise kann sie eine Ausübung der Berufstätigkeit verhindern. Erst in den letzten Jahren hat es sich durchgesetzt, dass direkt im Anschluss an die Krebsbehandlung ein Screening auf Fatigue durchgeführt wird. Für den Routinebetrieb ist es hilfreich, eine Befragung der Patienten basierend auf einer Selbsteinschätzung vorzunehmen.

Wesentlich sei außerdem eine Abgrenzung zwischen mit therapiebedürftiger Depression und Fatigue. Zur Behandlung der Fatigue gibt es eine ganze Reihe von Massnahmen wie Selbstmonitoring (Tagebuch), Aktivitätsplanung, neuropsychologisches Training bei kognitiven Störungen aber auch die Gabe von Erythropoetin bei Chemotherapie-induzierter Anämie. Heim betonte: „Unsere Erfahrung zeigt, dass allein schon die Ansprache des Fatigue-Problems und die Aufklärung bei den Patienten eine deutliche Entlastung bewirkt und ein Aktivitätsplan dann einfach erarbeitet werden können.“ Eine Cochrane-Analyse (Cramp F, Daniel J, 2008) belegt, dass das körperliche Training insbesondere bei Brustkrebspatienten eine deutliche Besserung der Erschöpfung bewirkt.

Abb. 1: Screening auf Fatigue – Algorithmus des National Cancer Networks



An der Sonnenberg-Klinik wurde eine eigene prospektiv randomisierte Studie zur Effektivität eines spezifischen Übungsprogramms bei Brustkrebspatientinnen mit chronischer Fatigue in der Rehabilitation initiiert. Neben einem Ausdauer- und Entspannungstraining wurden in der Interventionsgruppe zusätzlich Kraftübungen durchgeführt. Durch das spezifische Übungsprogramm konnte ein Behandlungserfolg bei Fatigue erzielt werden, der auch drei Monate nach Abschluss der Rehabilitation noch anhielt. Angst, Depression und die objektive Leistungsfähigkeit besserten sich in der Gruppe mit Übungsprogramms nach 4, 12 und 26 Wochen. In der Kontrollgruppe kam es dagegen zu einem Ansteigen der Fatigue.

Zur Anwendung neuer Medikamente außer Erythropoetin bei chronischer Erschöpfung sind in jüngster Vergangenheit einige Studien durchgeführt worden. Am Interessantesten stufte Heim Studien zur Wirkung von Psychostimulanzien (Methylphenidat, Modafinil) ein. So zeigte die Untersuchung von Lower et al. (2006) eine signifikante Besserung der Fatigue und der Memory Scale durch Methylphenidat. Heims eigene Beobachtungen bestätigen dies. Positive Effekte wurden ebenfalls unter L-Carnitin (3 – 6 g/d, bei Carnitinmangel), Etanercept (TNF-alpha-Blocker unter Docetaxel) sowie Modafinil gesehen. Allerdings sind diese Studien alle noch mit zu geringer Patientenzahl durchgeführt worden, um zu eindeutigen Schlussfolgerungen zu gelangen. Ebenso konnte beim ASCO 2007 gezeigt werden, dass Ginseng (1 – 2 g/d) eine Besserung der Fatigue bewirkte (Barton DL et al.. A pilot, multi dose placebo-controlled evaluation of American ginseng. ASCO 2007; poster 9001)Quelle). Heim sagte abschließend: „Letztendlich bleibt fest zu halten, dass der Fatigue wesentlich mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte, da sie die Lebensqualität und Leistungsfähigkeit auch noch abgeschlossener Tumortherapie erheblich einschränkt. Spezielle Trainingsprogramme können wesentlich zur Linderung beitragen.“

Klimakterische Beschwerden: häufiger Grund für Abbruch der antihormonellen Therapie

Ebenso wie Fatigue erfahren klimakterische Beschwerden bei Patienten mit einem Mammakarzinom noch zu wenig Beachtung, bemängelte Matthias Rostock, Zürich. Immerhin überleben heute über 70% der Erkrankten, die ersten fünf Jahre nach Therapie. Das heißt aber auch, dass sie mit den gesundheitlichen Folgeproblemen konfrontiert sind.

Klimakterische Beschwerden sind beim Mammakarzinom ein häufiges Problem. Dies hat unterschiedliche Ursachen:

1. Aufgrund der Tumorthherapie (Chemotherapie, antihormonelle Therapie, operative oder radiogene Ausschaltung der ovariellen Funktion) wird die Menopause eingeleitet.
2. Unter Tamoxifen (TAM) und anderen antihormonellen Medikamenten kommt es häufig zum Auftreten menopausaler oder menopausenähnlicher Beschwerden.
3. Eine vorbestehende Hormonersatztherapie wird bei Diagnosestellung abgesetzt, und es kommt zum Auftreten von menopausalen Beschwerden.

Hitzewallungen, Nachschweiß, Schlafstörungen und trockene Schleimhäute sind laut Rostock die Hauptsymptome. Dabei wird oft verkannt, dass klimakterischen Beschwerden der häufigste Grund für den Abbruch der antihormonellen Therapie sind. So zeigt eine Untersuchung von Partridge et al., (Jahreszahl) dass im vierten Jahr der antihormonellen Behandlung nur noch die Hälfte der Patientinnen der Therapie treu bleiben.

Eine Hormonersatztherapie bei Patientinnen mit Mammakarzinom wird aufgrund der unsicheren Datenlage hinsichtlich der Möglichkeit einer Tumorprogression unter Östrogeneinfluss nicht empfohlen. An Medikamenten bleiben oft nur Clonidin, Gabapentin sowie selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (z.B. Venlafaxin) übrig. Allerdings ist die Datenlage noch unzureichend. Deshalb wenden sich viele Patientinnen naturheilkundlichen Behandlungsmethoden zu und wenden zur Linderung der menopausalen Symptome verschiedene Therapien an, die jedoch in der Mehrzahl bezüglich Wirksamkeit und Unbedenklichkeit kaum untersucht sind. So scheinen Leinsamen (40g täglich) effektiv zu sein, führen aber bei den meisten Patienten zu abdominalen Beschwerden. Die meisten Daten zur Behandlung klimakterischer Beschwerden liegen zu Cimicifuga racemosa (CR, Traubensilberkerze)-haltigen Präparaten vor. Die Anwendung bei Mamma-Ca-Patienten scheint sicher zu sein. Hinweise auf eine mögliche Hepatotoxizität sind laut Rostock nicht eindeutig, sollten aber bedacht werden. „Die Daten bezüglich der Wirksamkeit von Cimicifuga beim klimakterischen Syndrom rechtfertigen einen Therapieversuch, insbesondere da Patientinnen häufig komplementäre Methoden bevorzugen.“

Mukositis benötigt Prophylaxe und Therapie

Die strahleninduzierte orale Mukositis ist eine der häufigsten akuten Nebenwirkungen bei Bestrahlung im Kopf-Hals-Bereich. „Was für die Chemotherapeuten die Emesis ist, scheint in der Radiotherapie die Mukositis zu sein“, so Maria Steingraber, Berlin. Nicht selten erzwingt die Schwere der Reaktion eine Unterbrechung der Behandlung. Teilweise sind die Schmerzen für die Patienten so stark, dass die Zahnpflege kaum mehr durchführbar ist und die Nahrungsaufnahme in fester als auch in flüssiger Form unmöglich wird. Eine schwer ausgeprägte Mukositis kann den Therapieplan so stören, so dass die Heilungsaussichten deutlich verringert sein können, sagte Steingraber weiter. In den letzten Jahren ist leider keine deutliche Besserung bei Prophylaxe und Therapie der strahlenbedingten Mukositis

erreicht worden. Dies liegt laut der Strahlentherapeutin vor allem daran, dass die Pathomechanismen noch nicht genau verstanden werden. Prinzipiell gibt es drei Hauptschädigungen: die direkte zytotoxische Schädigung des Epithels, die indirekte Schädigung des Bindegewebssystems sowie die Unterbrechung der Regeneration. Zur Prophylaxe der Schleimhäute im Mund erweisen sich Spülungen und eine gute Mundhygiene als hilfreich. „Wichtig ist, dass wir die Patienten von Anfang an auf mögliche Schleimhautschädigungen vorbereiten und ihnen sagen, wie sie mögliche Reize vermeiden können.“

Dürfen orale Zytostatika zusammen mit dem Essen eingenommen werden?

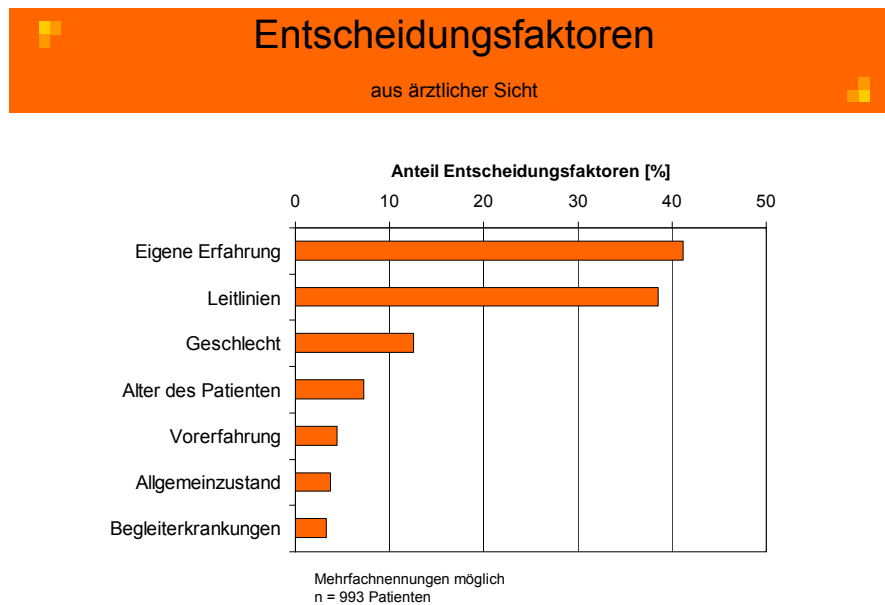
Alle kennen sie, aber letztendlich werden sie im praktischen klinischen Alltag oft unterschätzt: die **Arzneimittelinteraktionen**. Aber es lohnt sich einen zweiten Blick darauf zu werfen und einige Wechselwirkungen stets im Blick zu haben, erläuterte Hans-Peter Lipp, Tübingen. Wobei Interaktion nicht gleich Interaktion ist. So gibt es direkte physiko-dynamische Interaktionen wie beispielsweise die Portverschlüsse bei gleichzeitiger Gabe von 5-FU und Ca-Folinat in einer Pumpe. Wesentlich häufiger seien natürlich pharmakokinetische Interaktionen. Lipp erklärte, dass der Einfluss von Nahrung auf die Absorption eines Wirkstoffs klinisch relevant und ein wichtiger Bestandteil der Beratung ist. Wird zum Beispiel L-Melphalan nüchtern eingenommen, beträgt die absolute orale Bioverfügbarkeit 85 Prozent. Bei gleichzeitiger Nahrungsaufnahme konkurriert die Aminosäure mit anderen Aminosäuren aus der Nahrung die Bioverfügbarkeit sinkt auf 58 Prozent. Auch der Tyrosinkinase-Inhibitor Lapatinib sollte besser nüchtern eingenommen werden. Die gleichzeitige Einnahme mit fettreicher Nahrung erhöht zwar die Bioverfügbarkeit im Mittel um das 4,3-Fache, allerdings liegt die Schwankungsbreite zwischen dem 1,7- und dem 24-Fachen, weshalb es sicherer ist, diesen Wirkstoff nüchtern zu geben. Unter den pharmakokinetischen Interaktionen haben die Cytochrom-P-450-abhängigen Wechselwirkungen den größten Stellenwert. Dabei muss beachtet werden, ob ein Enzym-Induktor oder -Inhibitor vorliegt. Zudem können nicht nur Medikamente Einfluss haben sondern auch Nahrungsmittel. Eines der bekanntesten Beispiele in diesem Zusammenhang ist wohl der Grapefruitsaft. Substanzen wie Sirolimus und Everolimus sollten nicht zusammen mit diesem Getränk eingenommen werden, da es sonst zu einer Wirkungsverstärkung kommen kann. Wichtige Induktoren, die zu einer Wirkungsabschwächung führen, sind Carbamazepin, Phenytoin, Topiramate, Efavirenz, Rifampicin und auch Johanniskraut. Darüber hinaus kann es bei pharmakokinetischen Wechselwirkungen auch zu Cytochrom-P450-unabhängigen Effekten kommen. Beispielsweise ist die Wechselwirkung von Irinotecan mit Inhaltsstoffen des Zigarettenrauchs eine Cytochrom-P450-unabhängige Interaktion.

Des Weiteren sind ebenfalls pharmakodynamische Wechselwirkungen, zum Beispiel im Sinne einer Optimierung von Applikationssequenzen, zu berücksichtigen. So sei zum Beispiel bekannt, dass die intravenöse Gabe von Cisplatin nach der intravenösen Gabe von Paclitaxel zu erfolgen hat und nicht umgekehrt, da sonst eine Abschwächung der intratumoralen Wirksamkeit des Taxans nicht ausgeschlossen werden kann. Wird Cisplatin nach Paclitaxel verabreicht, ergeben sich dagegen synergistische additive Effekte. Lipp meinte abschließend: „Wir sollten Interaktionen immer mit dem jeweiligen Sachverstand betrachten und beachten.“

Register Emesis der AIO: Abbildung der Behandlungsrealität in Deutschland

Register bedeuten für die onkologische Versorgungsforschung einen wichtigen Zugewinn, da sie die Realität der Behandlung abbilden, alle Patienten ohne Einschränkungen einschließen können und den Grad der praktischen Umsetzung von Leitlinien zeigen. Dies wird an dem Register Emesis deutlich, an dem insgesamt 1000 Patienten aus 150 Zentren teilnahmen, erläuterte Norbert Marschner, Onkologe und Inhaber der Iomedico AG in Freiburg, die das Register ins Leben gerufen hat. Das Register dokumentierte die Wirksamkeit und Sicherheit der antiemetischen Therapie, stellte einen Vergleich der Praxisroutine mit den Richtlinien der MASCC an und erstellte ein anonymes Benchmarking für die teilnehmenden Zentren, wobei der letzte Punkt ein Novum in Deutschland darstellt. Marschner informierte, dass die antiemetische Therapie eigentlich an den Leitlinien orientiert werden sollte. Allerdings gibt es verschiedene Richtlinien (MASCC, ASCO, NCCN) mit unterschiedlichen Vorgaben, die besonders die verzögerte Emesis bei moderat emetogener Chemotherapie betreffen. Darüber hinaus gibt es uneindeutige Einteilungen des emetogenen Potentials, so werden beispielsweise AC-haltige Chemotherapien als moderat eingestuft, sollen aber entsprechend der Leitlinien wie hoch emetogene Chemotherapien behandelt werden. Das Register belegte, dass bei der Entscheidungsfindung des Arztes in erster Linie die eigene Erfahrung im Vordergrund steht. Aber die Leitlinien spielen in der Versorgungsroutine eine fast ebenso große Rolle.

Abb. 2: Entscheidungsfaktoren für eine antiemetische Therapie



Letztlich zeigte sich aber gerade bei den AC-haltigen Therapien noch dringender Nachholbedarf. Obwohl über 1300 AC-haltige Zyklen verabreicht wurden, bekam nur etwa die Hälfte der Betroffenen eine Antiemese, die einer hochemetogenen Chemotherapie entsprochen hätte. Daher war die antiemetische Effektivität nur unzureichend. Dies spiegelte sich ebenfalls in der Einschätzung zur Wirksamkeit der antiemetischen Prophylaxe bei Patienten mit Wechsel (ohne/mit NK1-Antagonist bei AC-haltiger CHT) wieder: 70% der Patienten unter einem NK1-Antagonisten bewerteten die Effektivität mit gut oder sehr gut, während es in der Vergleichsgruppe nur 40% waren. Das Urteil aus Sicht der Ärzte fiel sogar

noch eindeutiger aus. Marschner resümierte: „In diesem Punkt sollten doch die Leitlinien noch konsequenter befolgt werden, da gerade die MASCC-Richtlinien in diesem Punkt eine eindeutige Empfehlung abgeben.“ Neben diesem Problem wurde ebenfalls noch durch das Register aufgezeichnet, dass die unzureichende Kontrolle der Übelkeit in der Praxis nach wie vor eine Rolle spielt. Der Freiburger Onkologe betonte abschließend: „Die besten Ergebnisse für den Patienten lassen sich erreichen, wenn onkologische Erfahrung und Leitlinien sich decken.“

Paravasate: Prävention ist der beste Ansatz

„Ein Paravasat ist immer eine unerwünschte Nebenwirkung und eine Komplikation, die es massiv zu vermeiden gilt“, führte Maïke de Wit, Berlin, aus. Die momentan in Erarbeitung befindlichen ASORS-Leitlinien zu **Paravasaten** legen demzufolge auch einen besonderen Fokus auf die Vermeidung. Als Zytostatika-Paravasat wird die unbeabsichtigte oder fälschliche Verabreichung eines Zytostatikums in das einem Blutgefäß umliegende Gewebe bezeichnet, entweder durch direkte Injektion in das Nachbargewebe oder durch sekundäres Austreten aus dem Blutgefäß. Mit einer Häufigkeit von 0,1 bis 6% gehören Zytostatika-Paravasate zu seltenen, aber gefürchtetsten Komplikationen in der Onkologie und stellen laut de Wit immer einen klinischen Notfall dar. Abhängig von der extravasierten Substanz können sie Nerven, Muskeln und Gefäße gravierend schädigen und das Gewebe fortschreitend zerstören. Zytostatika haben eine unterschiedlich stark gewebsschädigende Wirkung bei Extravasation. Eine hochkonzentrierte Lösung, ein alkalischer pH-Wert oder eine größere Infusionsmenge gelten ebenso als problematische Faktoren.

Da Vorbeugen gerade im Fall der Paravasate wesentlich besser heilen ist, so de Wit weiter, sollten die wichtigsten Risikofaktoren für Paravasate bekannt sein. Es gibt sehr viele verschiedene Risikofaktoren für das Auftreten von Paravasaten. Die Schäden können durch das Verhalten des Patienten, das verwendete Arzneimittel, den Arzt oder die Art oder Lage des venösen Zugangs verursacht werden

Die peripheren Venen in Regionen wie Handrücken, Unterarm und Ellenbeuge sind besonders gefährdet. Hierbei gilt es insbesondere bei bereits mehrfach punktierten kleinen und fragilen Venen, bei alten Patienten, bei Patienten mit sklerosierten Venen oder einem erhöhten Venendruck Vorsicht walten zu lassen. Eine zusätzliche Gefahr stellen Lymphödeme oder generalisierte Gefäßerkrankungen dar. Der Einsatz zentralvenöser Katheter und venöser Portsysteme, insbesondere bei Patienten mit schlechten peripheren Venenverhältnissen, mindert das Risiko für Paravasate erheblich, allerdings sind sie, wenn sie auftreten, stärker ausgeprägt, werden häufig später erkannt und sind schwieriger zu behandeln.

Zu den iatrogenen Risikofaktoren gehört weiterhin die Selektion des Injektionsortes, wobei der Unterarm zu bevorzugen und die Ellenbeuge möglichst vermieden werden sollte. Eigentlich sollte das klinische Personal so weit geschult sein, dass das Anlegen einer Injektion keine Schwierigkeit darstellt. Aber Zeitdruck sowie Übermüdung kennt wohl jeder im Krankenhaus Tätige. „Trotzdem diese Zeit sollte man sich einfach nehmen“, forderte de Wit. Die Vene muss genau selektioniert werden und Mehrfachpunktionen sollten vermieden werden. Bei gewebsnekrotisierenden Substanzen sind stets flexible Kanülen und keine Nadeln einer Stahlkanüle einzusetzen. Neben mangelnder Erfahrung des Personals sind Sorglosigkeit mit Unterschätzung der Folgen oder zu geringe Überwachung sowie möglicherweise eine Verharmlosung der geäußerten Beschwerden problematisch und können zu einer verzögerten Diagnosestellung führen.

Patientenaufklärung und -information über das Thema Paravasate essentiell, denn manche Patienten denken, eine Injektion müsse immer an der Einstichstelle weh tun und sagen dann nichts, ergänzte de Wit. Gerade bei älteren Patienten oder auch dementen Patienten sollte die Aufmerksamkeit sehr groß sein.

Abb. 3: Risikofaktoren für Paravasate

Risikofaktoren

Iatrogene / durch den venösen Zugang bedingte Risikofaktoren	Arzneimittelbedingte Risikofaktoren	Patientenbedingte Risikofaktoren
Selektion des Injektionsortes: <ul style="list-style-type: none"> • Unterarm • Handrücken • Ellenbeuge (am unsichersten) 	Nekrotisierende Potenz der Substanz	Altersfragilität der Gefäße
Venenpunktionstechnik: <ul style="list-style-type: none"> • Technisches Nichtkönnen • Fehlendes Training • Gefahr bei Mehrfachpunktionen • Sorglosigkeit 	Substanzmenge im Paravasat, d.h. Konzentration der Lösung und Menge des Paravasates	Verminderung des venösen Rückstromes bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen
Unzureichende Patienteninformation über die Wichtigkeit der Angabe von Schmerzreaktionen	Dauer der Einwirkung des Paravasates	Phlebitis, Varikose
Nichtbeachten von Patientenangaben über Schmerzen oder anderen Symptomen	pH-Wert	Obere Einflusstauung (z. B. durch Mediastinaltumor)
Nicht ausreichende Überwachung der Punktionsstelle bei Infusion	Osmolarität	
Übermüdetes Personal	Hilfsstoffe, z.B. Benzylalkohol (lokalanästhetische Wirkung)	Schlechte Venenverhältnisse
Zeitdruck bei der Verabreichung		Verminderte Lymphdrainage nach Axillarchirurgie oder bei infiltrierenden lokalen Tumoren
Multiple Punktionen der Venen proximal des Injektionsortes		Polyneuropathie (keine adäquate Schmerzreaktion)

Ein Paravasat ist oft nur schwierig an den Symptomen wie brennenden Schmerzen zu erkennen, da die Verläufe auch manchmal symptomlos sind. Die Symptome können sowohl während der Infusion als auch erst mit erheblicher zeitlicher Verzögerung eintreten. Im Zweifelsfall ist die Kernspintomographie die sinnvollste Maßnahme zur Sicherung oder zum Ausschluss extravasaler Flüssigkeit im Weichteilgewebe. Ist ein Paravasat eingetreten, so lassen sich je nach extravasiertem Zytostatikum verschiedene Antidota einsetzen.. Desgleichen sei das klassische Paravasate-Notfallset bereit zu halten. Auf gar keinen Fall darf die genaue Dokumentation vergessen werden, erinnerte de Wit.

Register für Paravasate in Sicht

In Ergänzung zu den Leitlinien haben sich AIO und ASORS vorgenommen, ein Online-Paravasate-Register einzuführen, sagte Timo Behlendorf, Halle. Das Ziel dieses Registers ist es, über eine Internetseite Paravasate melden zu können und damit die Inzidenz zu erfassen. Durch das Register soll der Zugang zu leitliniengerechter Therapie gewährleistet sein und die Dokumentation erleichtert werden. Wie das Register funktionieren soll, erklärte Behlendorf ganz praktisch: Der Arzt gibt auf den Internetseiten anonym die Daten des Patienten ein. Dafür erhält er dann sofort einen Vorschlag, wie er konkret handeln sollte. Die Anweisungen sowie die Dokumentation können ausgedruckt werden, so dass der Arzt eine Arbeitserleichterung hat. Außerdem soll die Möglichkeit einer Rückmeldung zum Register gegeben sein, damit individuelle Behandlungsverläufe nachvollziehbar sind. Zusammengefasst soll das Paravasate-Register folgende Aufgaben erfüllen:

- Online-Erfassung der Häufigkeit sowie Identifizierung von Risikofaktoren
- konkrete Handlungsanweisungen für Ärzte gemäß der Leitlinien (Checkliste)
- korrekte Dokumentation von Paravasaten (für die Patientenakte)
- Folgebeobachtung („was ist daraus geworden?“)

Zusammen mit der Fachhochschule Merseburg, Fachbereich Informatik und Angewandte Naturwissenschaften wird momentan die Homepage des Registers erstellt. Behlendorf sagte, es sei angestrebt noch in diesem Jahr eine Online-Version vorzustellen. Bei kommenden Kongressen in diesem Jahr werde über den aktuellen Stand berichtet werden.

Akute Diarrhö verlangt genaue Anamnese

Akute Diarrhöen sind häufige Nebenwirkungen einer zytostatischen Therapie. Aber das Problem beginnt schon mit der genauen Definition: Was meint der Patient überhaupt damit, er habe Durchfall? Der Gastroenterologe hat dafür genauere Begriffe, informierte Dr. Jürgen Körber, Bad Kreuznach. So werden mehr als 3 dünne Stühle während einer Zeit von weniger als 14 Tagen als Diarrhö betrachtet. Dauern die Symptome länger als 14 Tage an, so ist dies eine persistierende Diarrhö und bei einer Zeitdauer von mehr als 30 Tagen wird von einer chronischen Form gesprochen. Für die Chemotherapie-induzierte Diarrhö gibt es keinen internationalen Konsens in Form von Leitlinien. Allerdings gibt es im JCO publizierte Empfehlungen aus dem Jahr 2004 (Benson, AB et al. J Clin Oncol 2004) und ein Update der Empfehlungen aus dem Jahr 2007 (Maroun JA et al. Current Oncol 2007). Für die Diarrhö der Grade 1 und 2 empfiehlt sich die Therapie mit Loperamid alle 4 Stunden, bei persistierenden Durchfällen alle 2 Stunden. Bei den Graden 3 und 4 kann dreimal täglich Octreotid dazu gegeben werden. Gerade bei onkologischen Erkrankungen ist eine umfangreiche Anamnese besonders wesentlich, um eine wirkliche Chemotherapie induzierte Diarrhö aufzudecken, so Körber weiter. Eine ganze Reihe von Erkrankungen verursachen anhaltende Durchfälle wie z. B. der Morbus Crohn, aber auch manche Diabetiker leiden häufig unter Durchfällen. Auch Allergien wie Nahrungsmittelallergien sind zu berücksichtigen, um die Quelle der Diarrhö offen zu legen und entsprechend zu behandeln.

Sexuelle Probleme sind immer noch ein Tabu

Die Weltgesundheitsorganisation spricht es als Grundrecht jedem Menschen zu: Sexuelle Gesundheit. Und sie versteht darunter einen Zustand des körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens hinsichtlich der **Sexualität**. „Aber obwohl in unserer Gesellschaft andauernd über Sex gesprochen wird, scheint dieses Thema bei Frauen mit einer Tumorerkrankung immer noch ein Riesenproblem zu sein und eher tabuisiert zu werden“, sagte Dorothea Riesenbeck, Recklinghausen. Dabei erleben Krebspatienten sexuelle Probleme oft nicht nur als körperliche Beeinträchtigungen, sondern als Angriff auf ihre Identität und ihr Selbstwertgefühl: Sie ziehen sich von ihrem Partner zurück, weil sie ihrem Körper nicht mehr vertrauen und befürchten, zu versagen. Besonders Frauen haben Angst, nicht mehr attraktiv zu sein oder sie glauben, dass der Partner jetzt keinen sexuellen Kontakt mehr wünscht, weil sie nicht mehr so aussehen oder sich anfühlen wie vor der Tumorbehandlung. Bei Tumoren der Gebärmutter oder der Eierstöcke kann insbesondere

eine Strahlentherapie organbezogenen die Sexualität einschränkende Auswirkungen haben. Behandlungsbedingte Nebenwirkungen der Strahlentherapie im Becken sind hormonelle Veränderungen, wenn die Eierstöcke mitbestrahlt werden (künstliches Klimakterium). Mitunter kommt es auch zur Trockenheit der Schleimhäute oder zu Verklebungen der Scheide.

Der Umgang mit diesem sensiblen Thema verlangt viel ärztliches Feingefühl Arzt, erklärte Riesenbeck. Auf jeden Fall sollte eine umfassende Aufklärung hinsichtlich möglicher Probleme unternommen werden und auch auf Möglichkeiten zur Prävention wie z. B. bei Scheidenverklebungen hingewiesen werden. Riesenbeck plädiert dafür, ein Gespräch über sexuelle Probleme anzubieten und aufmerksam zu zuhören. „Eine 60jährige Patientin aus ländlicher Umgebung wird auf jeden Fall anders reagieren als eine 30jährige aus einem anderen Umfeld“, umriss die Strahlentherapeutin die Schwierigkeiten der Gesprächsführung.

Ebenso sollte bei Männern das Tabu rund um sexuelle Probleme abgebaut werden, forderte Johannes Teichmann, Clausthal-Zellerfeld. Sexualität gehört seiner Meinung nach zum normalen Leben und Wohlbefinden und das Thema sollte daher auch bei Tumorpatienten nicht ausgespart werden. Insbesondere bei Karzinomkrankungen des Urogenitalsystems (Prostata-Ca, Blasen-Ca, Hoden-Ca, Penis-Ca) und kolorektalen Karzinomen mit operativen Eingriffen im kleinen Becken liegen nach der Behandlung häufig Sexualstörungen vor. Bei vielen dieser sexuellen Probleme gibt es mittlerweile gute Hilfen wie z. B. die PDE-5-Hemmer bei Sexualstörungen nach Nerv-erhaltender Prostata-Operation. Aber so einfach wie es sich anhört, ist es in der Praxis leider nicht, unterstrich Teichmann. Auch Ärzte haben Schwierigkeiten im offenen, unverkrampften Umgang mit der Thematik Sexualität, fühlen sich nicht ausreichend kompetent für die Gesprächsführung und befürchten, dem Patienten eventuell zu nahe zu treten. Der Patient wiederum hat Hemmungen Sexualprobleme von sich aus anzusprechen. Das heißt, auch der Arzt ist gefordert, sich Kompetenzen zur Problematik sexuelle Störungen anzueignen. Dies ist laut Teichmann wesentlich, denn Sexualität ist für den Patienten und seine Rehabilitation ein bedeutsamer Lebensbereich.

Ernährungsstatus bei jedem Patientenkontakt feststellen

Mangelernährung ist ein häufiger Zustand bei Tumorpatienten insbesondere bei fortgeschrittenen Erkrankungen. In Folge der Mangelernährung kommt es zu einer deutlichen Einbuße an Muskelkraft, Bewegungsfähigkeit und Immunabwehr. Die Folgen dieser funktionellen Einbußen sind signifikant längere Krankenhausaufenthalte, höhere Komplikationsraten im Krankenhaus, und deutlich höhere Kosten. Zudem beeinflusst eine schlechte **Ernährung** die Prognose: So wurde in einer Untersuchung sechs Monate nach der Ersterhebung festgestellt, dass mangelernährte Krankenhauspatienten eine höhere Wiederaufnahmequote hatten und sogar häufiger sterben als normal Ernährte mit der gleichen Diagnose. Allerdings wird nur bei drei von zehn Patienten überhaupt der Ernährungszustand festgehalten, kritisierte Jann Arends, Freiburg. Dabei fordern die aktuellen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) ausdrücklich, dass der Ernährungsstatus bei allen Tumorpatienten beginnend mit der Diagnosestellung bei jedem Patientenkontakt beurteilt werden sollte. Ziel dieser Forderung ist es, frühzeitig Interventionen einleiten zu können, bevor es zu schwer beeinflussbaren Einschränkungen des Allgemeinzustands kommt. Zahlreiche Studien haben nachgewiesen, dass eine frühzeitige Supplementierung mit einer Flüssigkost beziehungsweise Sondennahrung den

Ernährungszustand und die Rehabilitationsfähigkeit deutlich verbessern kann. Bei zu spätem Beginn lässt sich dagegen oftmals keine Wirkung mehr erzielen. Allein die Bemessung an einem BMI von unter 21 kann eine zu späte Supplementierung nach sich ziehen. Entscheidend für einen Tumorpatienten ist somit der Gewichtsverlust unabhängig vom BMI sowie die Dauer der unzureichenden Energie- und Nährstoffzufuhr. Bereits ein Gewichtsverlust von mehr als 10 % innerhalb von 3 Monaten ist prognostisch ungünstig. Eine Studie von Lundholm et al. (Cancer 2004, Abb. 4) weist nach, dass eine entsprechende Ernährungstherapie bei Krebspatienten ein längeres Überleben mit besserer Belastbarkeit bedingt.

Abb. 4



Palliative künstliche Ernährung

RCT: 309 Pat. mit fortgeschrittenem Tumor mit Kachexie

→ „beste Supportivtherapie“ (NSAR + EPO)

± eskalierende Ernährungstherapie oral → Trinknahrung → iv.
für bis 24 Monate

→ medianes Überleben 260 vs 210 Tage (p<0.01)

max. Belastbarkeit 140 vs 120 W (p<0.04)

Lundholm K et al. Cancer 2004

J. Arends

7. ASORS-Expertenworkshop 2010

Aber auch eine gesündere Ernährung kann das Rezidivrisiko senken, wie eine Studie auf dem San Antonio Breast Cancer Symposium 2009 belegte. Arends' Fazit lautete daher: „Der Ernährung von Krebspatienten während und nach der Therapie muss in Zukunft mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden.“ Ein umfangreicher Weiterbildungskurs für Ernährung in der Onkologie wird z.B. von der Klinik für Tumorphysiologie in Freiburg angeboten.

Probleme von Krebspatienten aktiv angehen

„Auf Krebspatienten kommen durch eine Therapie und ihre Erkrankung viele Probleme zu, die medizinisch auf den ersten Blick nicht so schwerwiegend sind, die Patienten aber erheblich in ihrer Lebensqualität beeinflussen“, erklärte Renate Haidinger, Vorsitzende des Vereins Brustkrebs-muenchen e.V. Dazu gehört beispielsweise der **Haarausfall**, der für Frauen und auch für Männer oft ein Problem darstellt, da die Patienten sich durch den Haarverlust stigmatisiert fühlen. Wesentlich sei es, schon vor dem Haarverlust eine Perücke auszusuchen und die Kosten mit der Krankenkasse so bald wie möglich abzuklären. Besonders belastend wird der Verlust von Augenbrauen und Wimpern empfunden, erklärte Haidinger. Viele Selbsthilfeorganisationen geben bei solchen Problemen spezielle Hinweise

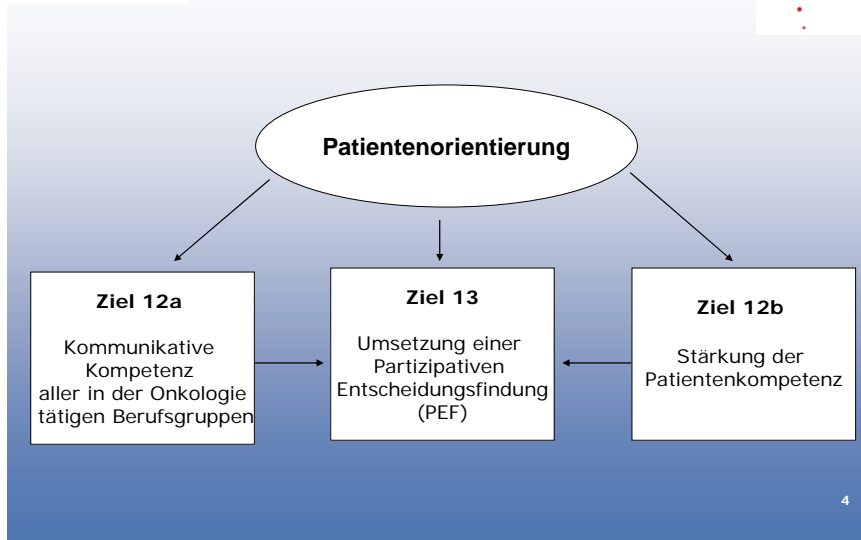
und Tipps. Aber auch im Internet unter www.jollytops.de und www.dkms-life.de kann der interessierte Patient fündig werden. Ebenso stellt nach Erfahrung von Haidinger die **trockene Haut** nach Chemotherapie und/oder Bestrahlung ein großes Problem dar. Dabei gilt es geeignete Cremes oder Lotionen ohne reizende Zusatzstoffe zu finden. Zu heißes Duschen oder Baden ist ebenfalls ungeeignet bei trockener Haut. Auch die Nägel benötigen eine besondere Pflege, da viele Therapien sie angreifen. Eine sorgfältige Pflege vor und während der Therapie ist Pflicht, um diesbezüglich Erkrankungen vorzubeugen.

Viele Patienten fühlen sich passiv ihrer Behandlung ausgesetzt und möchten gern aktiv in das Behandlungskonzept eingreifen, erläuterte Matthias Rostock, der die Ergebnisse einer Freiburger Dissertation zum Thema **Komplementärmedizin** in der Onkologie vorstellte. Indem sie sich komplementären Behandlungsmethoden zuwenden, haben viele Patienten das Gefühl selbst etwas Sinnvolles für sich zu tun. Dabei steht häufig die Stärkung des Immunsystems und der Selbstheilungskraft im Vordergrund. Der Arzt sollte die Anwendung komplementärer Methoden und Medikamente mit dem Patienten abgesprächen, damit es zu keiner Beeinflussung der Chemo- oder Radiotherapie kommt. Rostock betonte abschließend, dass generell zwar viele komplementäre Methoden ihren Wert bisher noch nicht wissenschaftlich unter Beweis stellen konnten, jedoch im Rahmen von individuellen Therapieentscheidungen durchaus sinnvoll sein können.

Erfolgreiche Gesprächsführung – schwierig aber erlernbar

Rund 200.000 Gespräche mit Patienten führt ein Arzt in seinem Berufsleben. Allein an dieser Anzahl zeigt sich, wie wesentlich und zentral die Kommunikation Arzt-Patient im Krankheitsgeschehen ist. Insbesondere in der Onkologie ist die Aufklärung und das Gespräch über die Erkrankung besonders wichtig, erläutert der Psychotherapeut Joachim Weis, onkologischer Kommunikationsexperte aus Freiburg. Im nationalen Krebsplan ist daher ebenfalls als wichtiges Ziel die patientenorientierte Verbesserung der Kommunikation aufgenommen worden (Abb. 5).

Abb. 5: Nationaler Krebsplan zur Stärkung der Kommunikation und Patientenorientierung



Im Gegensatz zum traditionellen Gespräch, welches in der Hauptsache auf Diagnose und Behandlung aus ärztlicher Sicht eingeht, ist die neue Form der Kommunikation patientenorientierter, d. h. sie bezieht den Patienten aktiv mit ein. Dies verlangt allerdings allen in der onkologischen Versorgung tätigen Leistungserbringer viel ab, erläutert Weis. Sie müssen über die notwendigen kommunikativen Fähigkeiten zu einem adäquaten Umgang mit Krebskranken und ihren Angehörigen verfügen, obwohl bisher in der Ausbildung nur wenig Wert auf eine kommunikative Ausbildung gelegt wurde. Weis schätzte als positiv ein, dass mittlerweile die Erkenntnis vorherrscht, dass in der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsberufe die Vermittlung adäquater Kommunikationskompetenzen verbessert wird und die Kommunikationsfähigkeiten im Rahmen der Qualitätssicherung laufend überprüft und trainiert werden. „Denn eine gute Gesprächsführung ist zwar nicht ganz einfach, kann aber erlernt werden“, betonte der Psychoonkologe. Zudem lohnen sich diese Anstrengungen, die kommunikativen Fähigkeiten zu optimieren. Mehrere Studien zeigen, dass Patienten, die mit der ärztlichen Kommunikation zufrieden sind, weniger Probleme, eine bessere Krankheitsverarbeitung, geringere psychische Belastung und höhere Selbstwirksamkeit haben. Zudem wirken sie besser bei der Therapie mit und weisen langfristig eine bessere Lebensqualität auf.

Knochengesundheit besonders wichtig bei onkologischen Patienten

Der **Knochenstoffwechsel** bei onkologischen Patienten ist in besonderem Umfang gefährdet, in Richtung Knochenabbau beeinflusst zu werden. Wie Christa Kerschgens aus Berlin erläuterte, können sowohl die Krebserkrankung per se, Mangelzustände, die onkologische Therapie aber auch patientenbezogene Faktoren den Knochenstoffwechsel negativ entgleisen lassen. Beispielsweise tragen antihormonelle Behandlungen mit Aromatasehemmern bei Brustkrebspatienten und die Antihormontherapie bei Prostatakarzinom-Patienten zur Therapie-assoziierten Osteoporose bei. Bei prämenopausalen Patienten wirkt Tamoxifen nicht osteoprotektiv und führt ebenfalls zu einer Reduktion der Knochendichte. Zudem, so Kerschgens weiter, weisen viele Krebspatienten einen Vitamin-D-Mangel auf. So zeigt eine aktuelle Studie (Crew KD et al, JCO 2009), dass

immerhin 74% der Brustkrebs-Patientinnen in dieser Studie bereits zu Beginn einen Vitamin-D-Mangel aufwiesen. Da dieses Vitamin für den Knochenstoffwechsel essentiell ist, sollte auf eine Supplementierung geachtet werden, rät Kerschgens. Insgesamt ist festzustellen, dass es zwar Leitlinien gibt, wie z. B. den Therapiealgorithmus zur Knochengesundheit bei Frauen unter Aromatasehemmertherapie (Chien, A.J. and Gross P.E.; JCO, 2006) und die Leitlinien der Gesellschaft für Osteologie (www.dv-osteologie.de), jedoch ist zu bemängeln, dass diese Richtlinien in Bezug auf Diagnostik und Therapie z.T. unterschiedliche Empfehlungen geben.

Der Berliner Knochenspezialist Dieter Felsenberg schloss sich der Forderung von Kerschgens an und sagte, dass 2000 IE Vitamin D die empfohlene Dosis wären. Darüber hinaus zeigte er das Spektrum der möglichen **osteologischen Auswirkungen beim Tumorpatienten** noch einmal auf: Dieses reicht von behandlungsassoziierten Osteoporosen über Knochenmetastasen bis hin zu Kieferosteonekrosen (S. Abb. 6).

Abb. 6

Osteologisches Management des Tumorpatienten
Problemstellung

- Postmenopausale Osteoporose
- Sekundäre Osteoporose
 - Chemotherapie, Glucocorticosteroide, Immobilisation/Fatigue Syndrom, gastrointestinale Störungen
- Knochenmetastasen
- Ossäre AEs
 - Osteonekrose des Kiefers
 - Subtrochantäre Fraktur
- Nicht-ossäre AEs
 - Vorhofflimmern, Nierenfunktion, gastro-intestinal

Um dem Phänomen der **Kieferosteonekrosen** auf die Spur zu kommen, wurde an der Charité das ONJ-Register eingerichtet („osteonecrosis of the jaw“), in dem seit Dezember 2004 alle ONJ-Fälle registriert und dokumentiert werden. Bis jetzt konnten 831 Fälle bei Tumorerkrankungen ausgewertet werden, berichtete Felsenberg von der Berliner Charité. Weitere 40 gemeldete Patienten hatten eine mit oralen Bisphosphonaten behandelte Osteoporose, die bei einem Teil von ihnen jedoch Folge des knochenzerstörenden Tumorleidens ist. Bei nahezu 750.000 Patienten mit osteoporosebedingter Bisphosphonattherapie ergibt das eine ONJ-Inzidenz von 1:36 000, das ist ziemlich selten.

Bei Tumorerkrankungen sind diese jedoch wesentlich häufiger, da höhere Dosen und oft i.v. Formulierungen eingesetzt werden. Die Analyse der gemeldeten ONJ-Fälle ergab unter anderem, dass nahezu zwei Drittel der ONJ-Patienten ein intravenöses Bisphosphonat, meist Zoledronat, auch Pamidronat oder beides erhalten hatte, jedoch in ihrer Eigenschaft und Dosierung gegen Knochenmetastasen. Ebenfalls bei einem Drittel wurde vorher eine Zahnextraktion durchgeführt. Felsenberg verwies darauf, dass die Ursachen der ONJ immer noch unklar seien, jedoch eine Besserung zu bemerken ist, seitdem verstärkt darauf geachtet wird, dass vor Beginn eine Bisphosphonattherapie der Zahnarzt vom jeweiligen Betroffenen konsultiert und die Zähne einer eventuellen Zahnsanierung unterzogen werden.

Der Mainzer Mund-Kiefer-Gesichtschirurg Knut Grötz stimmte dem zu und verwies darauf, dass die Arbeitsgemeinschaft "Supportive Maßnahmen in der Onkologie" einen sehr empfehlenswerten Patienten-bezogenen Laufzettel "Überweisung/Konsil vor Bisphosphonattherapie" entwickelt hat, der die interdisziplinäre Kommunikation zwischen BP-Verordnenden einerseits und in der Prophylaxe und Prävention eingebundenen Zahnärzten beziehungsweise Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen andererseits nachhaltig verbessern und vereinfachen sollte. Die Anwendung dieses unter http://www.onkosupport.de/asors/content/e974/e1743/e1861/e1862/index_ger.html im Internet abrufbaren Formulars im Praxisalltag kann daher ausdrücklich empfohlen werden. Das weitere Betreuungskonzept umfasst die Prophylaxe vor und die Prävention/Früherkennung während/nach einer BP-Therapie sowie die Behandlung der manifesten BP-induzierten ONJ. Jeder Patient und jeder Zahnarzt müssen heute darüber informiert sein, dass Osteonekrosen prinzipiell als Nebenwirkung einer BP-Therapie vor allem bei Tumorpatienten auftreten können. Ist es zu einer ONJ gekommen, dann sollte mit einer Operation nicht gezögert werden, da diese sich als besser als die konservative Therapie erwiesen habe, so Grötz abschließend.

Neue Therapieoption bei Knochenmetastasen

In die **Therapie der Knochenmetastasen** kommt Bewegung, sagte Ingo Diel, Mannheim. Neben den Bisphosphonaten könnte demnächst ein Antikörper zur Verfügung stehen, der direkt und gezielt in den Pathomechanismus des Knochenstoffwechsels eingreift. Mit dem neuen Antikörper Denosumab gelingt es, den RANK-Liganden so spezifisch zu hemmen, dass positive Effekte im Knochenstoffwechsel induziert werden, so Diel weiter. Der RANKL (Receptor Activator of Nuclear Factor κ B Ligand), ein dem TNF-verwandtes Zytokin, fungiert als Signalüberträger. Das von knochenbauenden Osteoblasten sezernierte Signalmolekül RANKL bindet an seinen Rezeptor RANK und aktiviert durch diesen Vorgang alle Stadien für die Bildung, Aktivierung und Überleben der Osteoklasten. Als Gegenspieler von RANKL tritt das Protein Osteoprotegerin (OPG) auf, welches an RANKL bindet und damit dessen Interaktion mit RANK inhibiert. RANKL und OPG stellen als Agonist und Antagonist essenzielle Faktoren bei der Regulation der Differenzierung, Fusion, Aktivierung und Apoptose von Osteoklasten dar. Denosumab neutralisiert den RANKL und verhindert die übermäßige Aktivität der Osteoklasten. Eine aktuelle Studie vom San Antonio Breast Cancer Symposium (Stoppeck et al., SABCS 2009, Abstract 22) belegt, dass dieses Prinzip in der Praxis gut funktioniert. Im Rahmen dieser randomisierten, doppelblinden Phase III-Studie wurde Denosumab direkt mit dem Bisphosphonat Zoledronsäure bei 2.046 Patientinnen mit fortgeschrittenem Brustkrebs verglichen. Eine signifikante Überlegenheit von des humanen Antikörpers wurde sowohl in Bezug auf die zeitliche Verzögerung bis zu den ersten innerhalb

der Studie aufgetretenen SRE ($p < 0,0001$) als auch für die zeitliche Verzögerung bis zu den ersten und nachfolgenden SREs ($p = 0,001$) demonstriert. Darüber hinaus erwies sich der monoklonale Antikörper ebenfalls auch noch als signifikant überlegen hinsichtlich der Zeit, bis zu welcher moderater bis schwerer Schmerz eintritt ($p = 0,009$). Unter Zoledronsäure kam es außerdem zu einer erhöhten Inzidenz renaler Komplikationen und Akut-Phase-Reaktionen. Die Anzahl der aufgetretenen ONJ war allerdings in beiden Studienarmen gleich. „Die hohe und schnelle Wirksamkeit, die gute renale Verträglichkeit sowie die einfache subkutane Applikation sind deutliche Vorteile für Denosumab gegenüber bisher verfügbaren Therapieoptionen“, schlussfolgerte Diel.

Ärztliches Handeln im Spannungsfeld zwischen Ökonomie und wissenschaftlicher Erkenntnis

Aber lassen sich die besprochenen Aufgaben zum Wohl der Patienten überhaupt in der Praxis umsetzen? Diese Frage beschäftigte alle Teilnehmer des Expertenworkshops in der **gesundheitpolitischen Diskussionsrunde**. Hans Helge Bartsch erinnerte daran, dass die die Schaffung der Rahmenbedingungen für eine gute Patientenversorgung natürlich auch von der Politik abhängig ist. Andererseits sei es so, je stärker sich die Politik auch in medizinische Fragestellungen einmischt, desto stärker ist die vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patienten gestört. Eine vertrauensvolle Basis sei allerdings die Grundlage für einen Therapieerfolg und daher könne sich der Arzt bei medizinischen Fragestellungen nicht nur in das enge Korsett von Monetik und Bürokratie schnüren lassen, sondern sollte vor allen Dingen von medizinischer Evidenz bestimmt sein. Bartsch räumte ein, dass dies eine schwierige Aufgabe ist, aber wenn sich Ärzte von der Politik nicht nur wie unmündige Klienten behandeln lassen und ihre rationalen Argumente einbringen, dann könnte diesem Ziel langfristig ein Stück näher gerückt werden.

Allerdings scheint der Weg weit und steinig. Wolfgang Abenhardt, niedergelassener Onkologe aus München, kritisierte, dass politische verordnete bürokratische Auflagen, die ärztliche Rolle in teilweise unzulässiger Form einschränken. So gibt es seit einiger Zeit die SAPV - die spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Jeden Tag benötigen in Deutschland 230 Menschen diese Leistung, im ganzen Jahr 2009 haben die Krankenkassen im Schnitt einen bis 2 Leistungsfälle pro Krankenkasse gewährt. In vielen Bundesländern gibt es nun einzelne Verträge, in einigen jedoch noch überhaupt gar keinen. Dazu komme noch die Tatsache laut Abenhardt: „Die SAPV sind eigentlich sinnvoll und richtig, aber sie sind mit so einem extremen administrativen Aufwand verbunden, dass eine Praxis damit teilweise überfordert ist. Er verlangte daher, dass die Politik nicht im medizinischen Versorgungsalltag Bewährtes nachbessern sollte, um wirklich sinnvolle Massnahmen zu erzielen.

Diesen Forderungen schloss sich der Münchner Onkologe Helmut Ostermann an. Er bemängelt ebenfalls, dass bei Verschreibung einer Therapie immer der Gedanke lauert, ob dies ökonomisch vertretbar sei. Aber eine Behandlung könne doch nicht nur verordnet werden, wenn sie bezahlbar sei sondern die medizinische Notwendigkeit müsse der wesentliche Grundsatz sein, welcher den Arzt bewegen sollte, forderte Ostermann. Die Entscheidung, wie viel der Gesellschaft eine Krebsbehandlung wert ist, kann und darf nicht auf den Schultern des Arztes ausgetragen und entschieden werden. Ostermann postulierte: „Ärztliche Kunst heißt aus meiner Sicht, eine für den Patienten geeignete optimale,

individuelle Therapie zu finden.“ Diese Kunst würde allerdings durch den Druck zwischen Evidenz und ökonomischen Zwang beschränkt – letztlich kommt laut Ostermann dann der ärztliche Versorgungsalltag heraus. Dieser ist seiner Meinung nach immer mehr mit Problemen behaftet, da auch die Versorgungsforschung und die Durchführung von nicht-kommerziellen Studien immer schwieriger werde. Ostermann sprach sich für einen Abbau bürokratischer Hürden aus und für den Einzug von medizinischen Sachverstand in die Politik, um die dringendsten Probleme zu klären.