

**Expertenworkshop  
„Supportivtherapie in der Onkologie“  
16. – 18. Januar 2004  
Flims Waldhaus / Schweiz**



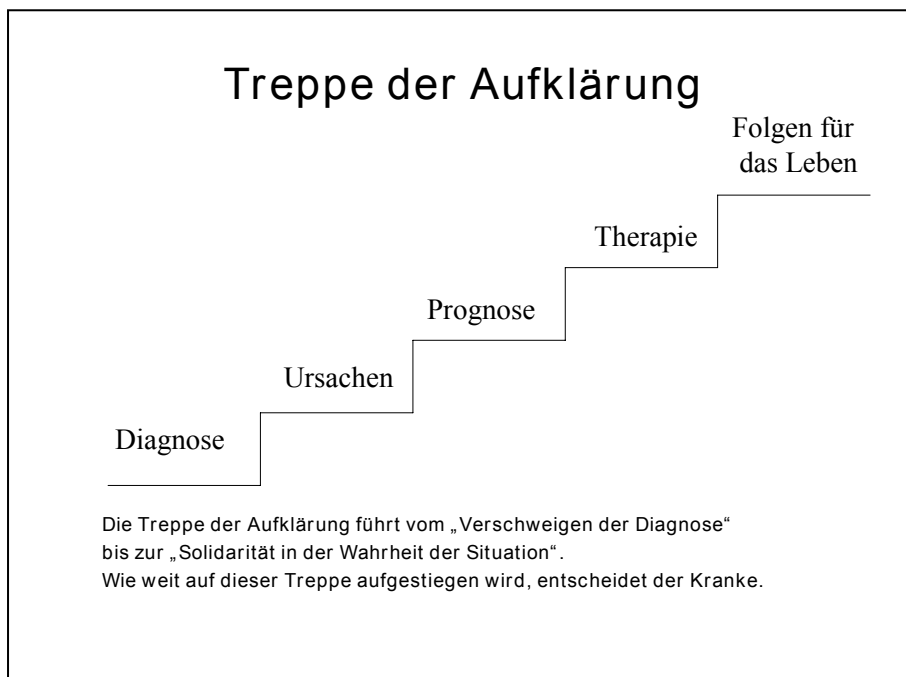
## Bericht Expertenworkshop Supportivtherapie Flims 16.-18. Januar 2004

**Der Vorstand des Arbeitskreises Supportive Maßnahmen in der Onkologie (ASO) lud im Januar 2004 20 deutsche Experten auf dem Gebiet der supportiven Tumortherapie zu einem Workshop ein. Ziel der Veranstaltung war es, auf der Basis der vorliegenden Forschungsergebnisse die aktuellen Therapieempfehlungen zu überprüfen und ggf. zu überarbeiten. Der Workshop fand mit freundlicher Unterstützung der Firma Hoffmann-La Roche statt.**

### **Einführung: Ethik in der Onkologie**

Vortrag D. v. Engelhardt

Wenn das medizinisch Machbare auch in der Onkologie ständig zunimmt, stellt sich die Frage nach den ethischen Grenzen ärztlichen Handelns immer strenger. „Das Paradoxe der Medizin ist es, heilen zu wollen, was nicht heilbar ist - und es ständig erneut zu versuchen“, erläuterte der Medizinhistoriker D. v. Engelhardt in seinem einführenden Vortrag. Jedoch darf in einer palliativen Situation das Prinzip des „nihil nocere“ nicht aus den Augen verloren werden. Die herkömmlichen ethischen Prinzipien zu kennen, reicht für den onkologisch tätigen Arzt nicht aus. Das Abwägen zwischen ärztlicher Verantwortung und Patientenwille ist eine hohe medizinische Herausforderung. Wohl (Salus) und Willen (Voluntas) des Kranken sollten an oberster Stelle die medizinische Therapie leiten. Die Aufklärung des Kranken, die immer seine Zustimmung zum Wissen um die Situation einschließt, bewegt sich zwischen Verschweigen der Diagnose und Solidarität in der Wahrheit der Situation. Der Patient entscheidet, wie weit auf der Treppe der Aufklärung aufgestiegen wird.



Zwischen Krankheitsverständnis, Therapieziel und Arzt-Patienten-Beziehung besteht der innere Konflikt von technisch Möglichem und humanitär sinnvollem Handeln. Der Begriff Lebensqualität setzt auch eine Lebenszeit voraus. Die Lebensqualität bezieht sich in Selbst- und in Fremdbeurteilung auf physische, psychische und geistige Bereiche und erfüllt sich in Sterbensqualität. Supportive Maßnahmen begleiten den Tumorkranken von der Diagnosestellung bis zu Heilung oder zum Tod. Dies sollte man sich bei der Abwägung therapeutischer Strategien immer vor Augen führen.

## **Plenarsitzung Emesis**

Moderation W. Abenhardt und J. Casper

Referenten: I. Krämer, H.J. Lipp, C. Bokemeyer

*Die Behandlung von Übelkeit und Erbrechen hat sich in den letzten 15 Jahren zum Paradebeispiel für den Erfolg supportiver Maßnahmen entwickelt. Mit einer modernen antiemetischen Therapie können heute bei über zwei Drittel aller Patienten Übelkeit und Erbrechen vollständig vermieden werden. Den Durchbruch bedeutete die Einführung der 5-HT<sub>3</sub>-Antagonisten Anfang der 1990er Jahre in die Therapie. Inzwischen sind vier Substanzen dieser Klasse verfügbar (Dolasetron, Granisetron, Ondansetron, Tropisetron), die vergleichbare Effektivität aufweisen, ein fünftes (Palonosetron) ist in USA bereits zugelassen.*

### *Pharmakoökonomische Aspekte*

In Ländern wie Kanada und USA werden häufig Studien zur Pharmakoökonomie durchgeführt, wobei es sich meist um Kostenanalysen handelt, in denen Kosten einer oder mehrere Therapien erhoben und mit einander verglichen werden. Im Falle der Antiemetika sind das hauptsächlich Vergleiche der Arzneimittelkosten, denn diese stellen den höchsten Kostenfaktor bei der antiemetischen Therapie dar. Interessanter wären aber Kosten-Nutzen-Analysen, da hier Kosten und Konsequenzen, z.B. auf die Lebensqualität der Patienten, bewertet werden. Leider liegen aber für die antiemetische Therapie bisher keine Kosten-Nutzen-Studien vor. Bei der Auswahl der antiemetischen Therapie sollte man sich laut I. Krämer durchaus auch von ökonomischen Erwägungen beeinflussen lassen, jedoch niemals nur die reinen Therapiekosten in Betracht ziehen, denn insbesondere bei der antiemetischen Therapie ist eine sinnvolle Prophylaxe gegen Emesis bei emetogenem Risiko der Therapie ökonomischer, als die therapeutische Intervention bei bereits eingetretener Problematik.

### *Risikofaktoren für Emesis und Emetogenität der Chemotherapie*

Das emetogene Risiko einer Chemotherapie wird einerseits beeinflusst durch Patienten-individuelle Faktoren wie junges Alter (+), weibl. Geschlecht (+), Emesis- Vorerfahrung (+), Alkoholkonsum (-), andererseits durch die Art der Chemotherapie (Zytostatikum, Dosierung, Applikationsweise, Therapieintervall ) und besonders durch die Emetogenität der verwendeten Zytostatika.

Die heute übliche Klassifizierung teilt die Substanzen wie folgt ein:

- ◆ Hochemetogene Zytostatika (Emesis bei fast allen Patienten) - Cisplatin, Dacarbazin
- ◆ Moderat emetogene Zytostatika (Emesis bei >30% der Pat.) Carboplatin, Oxaliplatin, Anthrazykline, Cyclophosphamid, Irinotecan
- ◆ Gering emetogene Zytostatika (Emesis bei 10-30% der Pat.) Mitoxantron, Taxane, Capecitabine, Topotecan, Gemcitabine
- ◆ Minimal emetogene Zytostatika (Emesis bei <10% der Pat.) Hormone, Vinkaalkaloide, Bleomycin

### *Antiemetische Substanzklassen*

#### *5-HT<sub>3</sub>-Antagonisten*

Unverzichtbare Substanzen für die antiemetische Therapie sind die 5-HT<sub>3</sub>-Antagonisten („Setrone“). Stehen wie bei den Setronen mehrere Vertreter mit vergleichbarer Effektivität zur Verfügung, so sollten laut H.-P. Lipp praktische (Einmaldosierung), ökonomische (Arzneimittelkosten-Vergleich) und pharmakodynamische (Arzneimittelinteraktionen, Cytochrom P450-Metabolisierungstyp) Erwägungen als Entscheidungskriterien für die Substanzwahl herangezogen werden. Bei der intravenösen Therapie sollte die minimal

effektive Dosis eingesetzt werden (100 mg Dolasetron, 1 mg Granisetron, 8 mg Ondansetron, 5 mg Tropisetron). Die orale und die intravenöse Therapie sind als gleichwertig anzusehen. Bei der Mehrzahl der Patienten ist niedrigste effektive Dosierung ausreichend. Bei speziellen Risikofaktoren (Chemotherapie-Dauer länger als 5 Std., Cisplatin > 70 mg/m<sup>2</sup>) kann die Gabe von höheren Dosen (3 mg Granisetron, 32 mg Ondansetron) erwogen werden. Bei primärem Therapieversagen oder Nebenwirkungen kann eventuell der Wechsel auf ein anderes Setron erwogen werden.

#### *Glukokortikoide*

Es liegen nahezu ausschließlich Daten aus klinischen Studien mit Dexamethason vor. Bei moderat bis hochemetogener Chemotherapie ist eine Dexamethason-Dosis von 8 mg/Tag iv. am Tag der Chemotherapie ausreichend. An den Folgetagen sollten 2x4 mg oral gegeben werden.

#### *Neurokinin-1-Antagonisten*

Der erste NK-1-Antagonist Aprepitant ist seit November 2003 zugelassen für die Prophylaxe und Therapie von akutem und verzögertem Erbrechen nach hochemetogener Cisplatin-Therapie. Aprepitant wird als Teil einer Kombinationstherapie angewendet, in einer Dosierung von 125 mg oral am Tag der Chemotherapie und 80 mg oral an den Tagen 2 bis 3.

#### *Alte und neue Therapiestandards*

Bis vor kurzem galt die prophylaktische Gabe eines 5-HT<sub>3</sub>-Antagonisten in Kombination mit einem Glukokortikoid als Goldstandard für die Prophylaxe der akuten Emesis bei allen hoch- und mittelhoch emetogenen Schemata. Wenig eindeutig waren bisher die Empfehlungen für die Prophylaxe der verzögerten Emesis. Hier bringt die neue Substanzklasse der NK-1-Antagonisten einen neuerlichen Fortschritt. Der erste Vertreter, Aprepitant, wurde in Deutschland Ende 2003 zugelassen.

C. Bokemeyer stellte vor, wie die neuen Therapieempfehlungen zu antiemetischen Therapie in supportiven Fachgesellschaften derzeit diskutiert werden. Zumindest für die hochemetogene Chemotherapie mit Cisplatin ist davon auszugehen, dass zukünftig eine Dreierkombination bestehend aus 5HT<sub>3</sub>-Antagonist, Glukokortikoid und NK-1-Antagonist empfohlen werden wird. Ende März fand in Perugia eine zweite internationale Emesis-Konsensus-Konferenz statt, in der auch der ASO seine Therapieempfehlungen einbringen konnte. Die neuen internationalen Therapieempfehlungen zur Antiemese werden in Kürze publiziert werden und werden dann vom ASO entsprechend auf deutsche Verhältnisse adaptiert und vorgestellt.

#### **Plenarsitzung Wachstumsfaktoren**

*Moderation. H. Delbrück, H. Ch. Tesch*

*Referenten: H. Link, M. Nowrousian, J. Weis*

*Viele moderne Therapiekonzepte wären ohne hämatopoetischen Support durch Wachstumsfaktoren nicht durchführbar. Man denke insbesondere an Hochdosisschemata oder die Konditionierung von Knochenmarktransplantation. Diese multimodalen Therapiekonzepte würden ohne Wachstumsfaktoren zu erheblich höherer Mortalität und Morbidität führen.*

#### *Neutropenie*

H. Link stellte die derzeitigen, noch aus dem Jahr 2000 stammenden Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie für die Behandlung der Neutropenie mit G-CSF vor, die unter [www.dgho.de](http://www.dgho.de) und unter [www.onkosupport.de](http://www.onkosupport.de) abrufbar sind.

Die Empfehlungen sind in vier Klassen unterteilt:

Klasse I: Eindeutige Indikation

Mobilisation hämatopoetischer Progenitor- und Stammzellen aus dem Knochenmark in das periphere Blut (autolog und allogene). Schwere chronische Neutropenie (NP). Idiopathische NP. mit Stoffwechseldefekten assoziierte NP. NP bei M. Gaucher. NP bei schweren kombinierten Immundefekten. Kongenitale oder zyklische NP ohne Chromosomenaberrationen (G-CSF).

Klasse II: Akzeptable Indikation

Initiale Prophylaxe nach intensiver myelotoxischer zytostatischer Chemotherapie: Erwartete Neutropeniedauer <500 Neutrophile/ $\mu$ l von mindestens sieben Tagen. Nach myeloablativer Therapie und allogener oder autologer Knochenmarkstransplantation. Aplastische Anämie. Neutropenie bei: Felty-Syndrom und bei T-gamma lymphoproliferativem Syndrom. Haarzelleukämie. HIV-Infektion: Medikamentös-bedingte Neutropenie, z.B. Azidothymidin (AZT), Ganciclovir und andere. Nach myeloablativer Therapie und autologer oder allogener Transplantation von peripheren Blutstammzellen.

Klasse III: Möglicherweise sinnvolle Indikation

Initiale Prophylaxe nach mäßig myelotoxischer zytostatischer Chemotherapie: Erwartete Neutropeniedauer <500 Neutrophile/ $\mu$ l von 5-7 Tagen und Vorliegen von Risikofaktoren. erwartetes Risiko der febrilen Neutropenie über 40%, sekundäre Prophylaxe nach zytostatischer Chemotherapie, wenn nach dem ersten Kurs eine Neutropenie (<500/ $\mu$ l) länger als 5 Tage aufgetreten ist. Therapie der Neutropenie nach Strahlentherapie. Autoimmunneutropenie Neutropenie beim myelodysplastischen Syndrom (nicht prophylaktisch)

Klasse IV: Theoretische, nicht ausreichend untersuchte Indikationen

Dosiserhöhung der zytostatischen Chemotherapie ohne Stammzelltransplantation. Prophylaxe der Neutropenie während der Strahlentherapie. Chronische primär HIV-assoziierte Neutropenie Infektionen ohne Neutropenie. Schwere nicht-neutropenische Infektion, z.B. in der Frühphase oder Prophylaxe der Sepsis Schwere Infektionen in der Chirurgie: Wundheilungsstörungen, Verbrennungspatienten. Stimulation myeloischer Blasten vor zytostatischer Chemotherapie. Frühgeborene mit Sepsisrisiko. Rezidivierende Infektionen bei Risikopatienten.

Klasse V: Keine Indikation: Erwarteter tiefster Neutrophilenwert (Nadir) nach Chemotherapie >500/ $\mu$ l. GM-CSF bei schwerer kongenitaler oder zyklischer Neutropenie

Einige Fragestellungen, die im Jahr 2000 noch nicht beantwortet werden konnten, sind inzwischen ausreichend mit Daten belegt und die Empfehlungen werden in Kürze überarbeitet. Folgende Änderungen sollen in die neuen Empfehlungen 2004 eingearbeitet werden:

- Die Dosiserhöhung der Chemotherapie ohne Stammzelltransplantation ist mit G-CSF möglich und führt zu besseren Ergebnissen (M. Hodgkin, R-CHOP-14 Therapie bei aggressiven Lymphomen).
- Verwendung von langwirksamem pegyliertem G-CSF (PEG- Filgrastim), z.B. bei CHOP-Chemotherapie.
- Stimulation der Myeloblasten bei akuter myeloischer Leukämie mit G-CSF während der Chemotherapie. Signifikant besseres Überleben bei Standard-Risiko-Patienten.

### *Tumoranämie*

Anämie ist eine häufige Begleiterscheinung bei Tumorpatienten, welche die Lebensqualität der Patienten erheblich beeinträchtigt und möglicherweise auch einen negativen Einfluss auf die Prognose der Patienten hat. Bis vor wenigen Jahren bestand die einzige Behandlungsmaßnahme bei Anämie in Transfusionen von Erythrozytenkonzentraten. Diese substitutive Therapie ist jedoch mit zahlreichen bekannten Problemen belastet, die ihre Anwendung einschränken: Begrenzte Verfügbarkeit der Blutkonserven, aufwendige Organisation der Logistik, Notwendigkeit der Transfusion in Krankenhaus oder Tagesklinik,

und medizinische Risiken. Außerdem beheben Transfusionen das Problem nur kurzfristig. Die Behandlung einer Tumor- oder Therapie-bedingten Anämie mit Erythropoetin, dem Wachstumshormon der Erythropoese, hat sich inzwischen als supportive Maßnahme breit etabliert, stellte M. Nowrousian fest. Im Vergleich mit der Transfusion von Erythrozytenkonzentraten führt die Behandlung mit Erythropoetin zu einem anhaltenderen Anstieg des Hb-Werts und zur Verbesserung der Lebensqualität der Patienten. Gleichzeitig wird die Transfusionsfrequenz durch Einsatz von Erythropoese-stimulierenden Substanzen um 20 – 50 % reduziert.

Mögliche Effekte der Korrektur der Anämie durch Erythropoetin auf den Ausgang der Tumorthherapie sind noch nicht definitiv geklärt.

Bisher gibt es nur die Guidelines der ASCO (einsehbar unter: [www.asco.org](http://www.asco.org)), die Anhaltspunkte für die Anwendung von Erythropoetin bei Anämie liefern. Die EORTC erarbeitet zur Zeit unter Mitarbeit von C. Bokemeyer und H. Link europäische Richtlinien, die auch für Deutschland gültig sein werden. Die EORTC-Empfehlung und die deutsche Version werden voraussichtlich in der zweiten Jahreshälfte 2004 veröffentlicht werden.

Empfehlungen für die Praxis wurden 2003 von H. Link und C. Bokemeyer publiziert in „Der Onkologe 9; 2003:743-752.

### *Fatigue*

Fatigue ist neben Schmerzen das häufigste und belastendste Symptom bei Krebserkrankungen. Je nach Tumorart treten die Beschwerden bei 60 bis 90 Prozent der Patienten auf. Viele erleben die anhaltende Erschöpfung verglichen mit den Tumorschmerzen sogar als die größere Beeinträchtigung ihres täglichen Lebens, erläuterte der Psychoonkologe J. Weis. Die übermäßige Müdigkeit reduziert insbesondere die Arbeitsfähigkeit, das körperliche und emotionale Wohlbefinden sowie die Fähigkeit, das Leben genießen zu können.

Allerdings wird das Ausmaß der Erkrankung von den zuständigen Medizinern im klinischen Alltag oft unterschätzt. Tumorpatienten neigen außerdem dazu, die quälende Dauererschöpfung zu verschweigen oder zu verharmlosen. Deshalb sind noch immer viele Ärzte überzeugt, die Therapie der Schmerzen sei wesentlich wichtiger als die Linderung des Erschöpfungssyndroms. Experten raten den Betroffenen daher, ehrlich und ausführlich über die Problematik der verminderten Leistungsfähigkeit zu berichten. Nur so kann eine angemessene Behandlung gewährleistet werden.

Die Fatigue-Symptomatik zeigt große Unterschiede im Hinblick auf den Zeitpunkt des Auftretens (akut versus chronisch), die Ausprägung sowie den Verlauf. Eine Vielzahl von Ursachenfaktoren sind bislang noch wenig erforscht. Nach derzeitigem Kenntnisstand kann davon ausgegangen werden, dass die Ursachen der Fatigue multikausal bedingt sind.



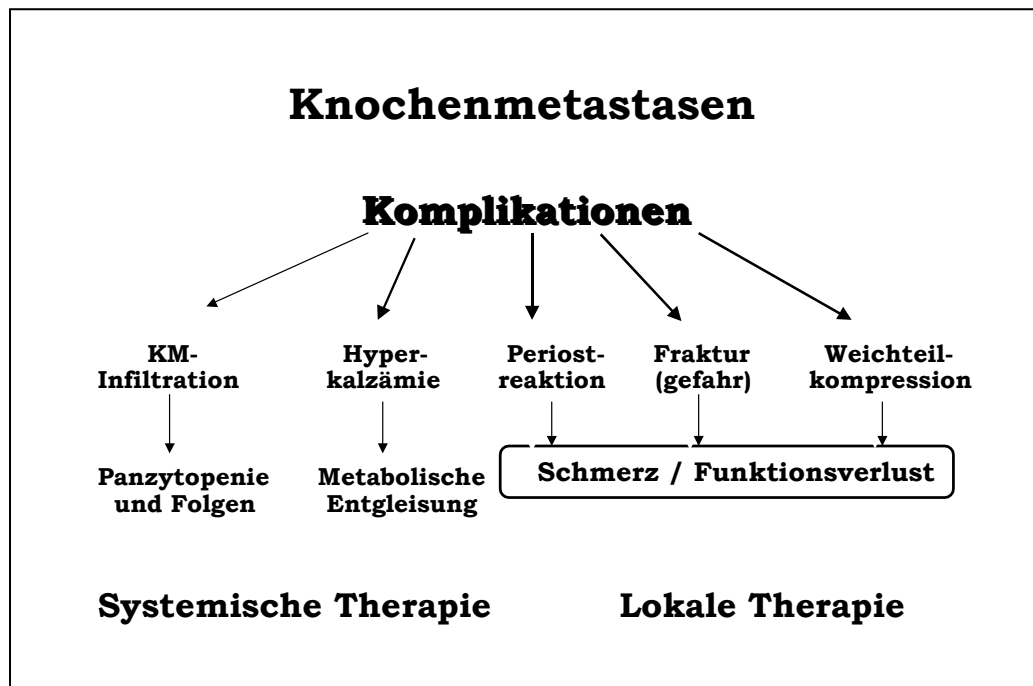
Häufig kann eine Anämie der Auslöser der Fatigue-Symptomatik sein. Die Anhebung des Hämoglobinwertes kann zu einer Steigerung der Leistungsfähigkeit und Verringerung der Fatigue-Symptomatik führen und entsprechende Verbesserungen der Lebensqualität bedingen. Allerdings gibt es viele Formen der Fatigue, die unabhängig vom Hb-Wert sind. Nach derzeitigem Kenntnisstand muss die Behandlung daher sehr differenziert erfolgen. Grundsätzlich ist bei der Fatigue-Problematik außerhalb einer diagnostizierten Anämie eine umfassende Differenzialdiagnostik vorzunehmen. In die Behandlung sollten supportive Maßnahmen der Aktivierung, psychosozialen Betreuung, Psychoedukation, Verbesserung der Krankheitsverarbeitung sowie neuropsychologisches Training mit einbezogen werden. Insbesondere für gezielte und gesteuerte sportliche Betätigung existieren Studien, die einen positiven Effekt auf die Verminderung von Fatigue nahelegen. Der derzeitige Kenntnisstand hinsichtlich der Ursachen und des Verlaufs lässt einen erhöhten Forschungsbedarf, insbesondere in der Wechselwirkung von somatischen und psychosozialen Faktoren erkennen. Entsprechende Studien sollten durchgeführt werden, um die Wechselbeziehungen zwischen somatischen und psychischen Einflussfaktoren besser aufklären zu können. Die Deutsche Fatigue-Gesellschaft (DfaG) hat sich zum Ziel gesetzt, entsprechende Studien durchzuführen. ([www.deutsche-fatigue-gesellschaft.de](http://www.deutsche-fatigue-gesellschaft.de)). Die Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Nachsorge und Sozialmedizin (ARNS) hat sich zum Ziel gesetzt ein Positionspapier zur Frage zu erarbeiten, ob, wann und in welchen Dosierungen Wachstumsfaktoren in der Fatigue-Behandlung generell eingesetzt werden sollten.

### **Plenarsitzung Knochenmetastasen**

*Moderation P. Feyer, H. Goldschmidt*

*Referenten: I.J. Diel, M.H. Seegenschmiedt, R. Bartl*

Knochenmetastasen entstehen in aller Regel als Folge einer hämatogenen Tumorzellaussaat. Die Veränderungen des betroffenen Knochens sind Folge der Fähigkeit von Tumorzellen, ortsständige Osteoklasten (osteolytische Metastasen) oder Osteoblasten (osteoblastische Metastasen) zu aktivieren, die ihrerseits Knochensubstanz entweder auflösen oder neu bilden. Die Tumorzellen selbst sind mit wenigen Ausnahmen nicht in der Lage, Knochen zu zerstören oder neu zu bilden. Mit dem Auftreten von Knochenmetastasen ist der Nachweis erbracht, dass sich die Tumorerkrankung im Generalisationsstadium befindet. Das Ziel der Behandlung ist somit fast immer nur palliativ. Daher erfordert das Management von Knochenmetastasen interdisziplinäre Zusammenarbeit, um den unterschiedlichen Folgen der Knochenmetastasierung begegnen zu können, nämlich den Schmerzen, der Bruchgefahr und der Hyperkalzämie, sind oft mehrere Maßnahmen gleichzeitig nötig.



### *Bisphosphonate*

Seit einigen Jahren steht eine Gruppe von Medikamenten zur Verfügung, die Wirkungen in allen drei Bereichen zeigt. Es handelt sich um Diphosphonate oder auch Bisphosphonate (Abkömmlinge einer phosphorhaltigen Säure).

Bisphosphonate binden oberflächlich an die Mineralsubstanz des Knochens (Kalziumphosphat). Die von den Metastasen zur Aktivität angeregten knochenabbauenden Zellen (Osteoklasten) werden dadurch in ihrer Aktivität gehemmt und die Knochenauflösung gebremst. Gleichzeitig werden erhöhte Blutkalziumspiegel gesenkt, und die Ablagerung von Kalziumphosphat in Weichteilen, Nieren und Arterien wird vermindert. In klinischen Studien zeigte sich, dass unter der Therapie mit Diphosphonaten die Knochenschmerzen nachlassen. Möglicherweise kann bei Brustkrebs auch die Tumormetastasierung verhindert oder aufgehalten werden, erklärte I. Diel.

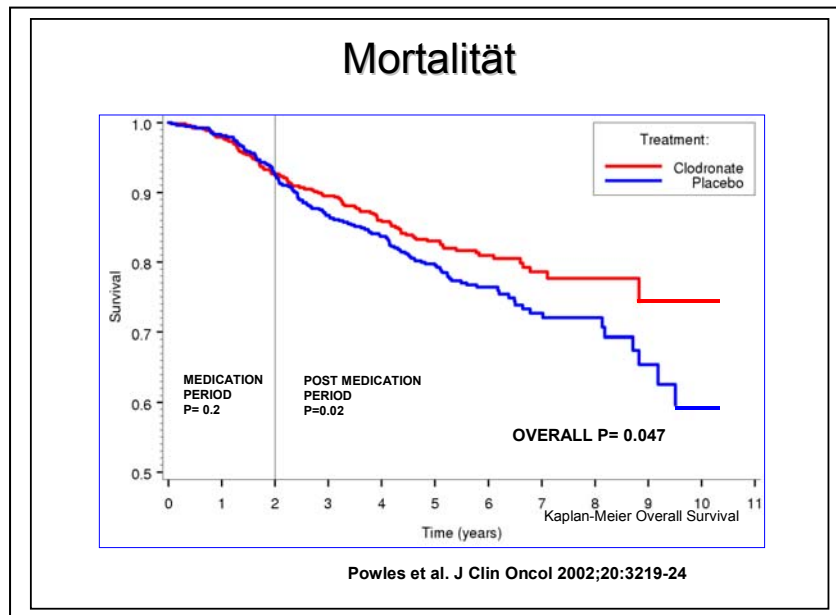
Bisphosphonate sollten bei allen tumorbedingten Osteolysen, insbesondere beim Mammakarzinom und Multiplen Myelom eingesetzt werden. Auch beim Prostatakarzinom scheint die Therapie gerechtfertigt. Bei nicht schmerzhaften Osteolysen sollte die Anwendung prognoseabhängig erfolgen.

Klassische Indikationen für Bisphosphonate sind die Behandlung von Hyperkalziämie und tumorbedingten Osteolysen. Zur Akuttherapie sollten stickstoffhaltige Bisphosphonate als 15-60 Min. Infusion in monatlichen Abständen verabreicht werden. Die aktuellen Therapieempfehlungen der ASCO für den Einsatz von Bisphosphonaten sind publiziert im *JCO 21; 2003 : 4041-4057*. Deutsche Empfehlungen liegen derzeit noch nicht vor.

### *Mögliche Prophylaxe von Knochenmetastasen bei Mammakarzinom*

In der adjuvanten Therapie des Mammakarzinoms kann der Einsatz von Bisphosphonaten zur Prophylaxe von Knochenmetastasen erwogen werden. Es liegen zwei positive Studien mit oralem Clodronat von Diel und Powles vor, die diese Vorgehensweise unterstützen. Es sind jedoch weitere Studien mit stickstoffhaltigen Bisphosphonaten in oral oder intravenöser Applikationsform notwendig.





#### *Tumorthherapie-induzierte Osteoporose*

Zur Prophylaxe und Therapie Tumorthherapie-induzierten Osteoporose muss laut H. Bartl, München, eine DXA- Messung vor Therapiebeginn mit 1 x jährlicher Kontrolle bei Risikopatienten durchgeführt werden. Risikopatienten sind alle Patienten mit hormonabhängigen Tumoren wie Mamma- und Prostatakarzinomen, sowie Patienten unter Langzeit-Kortison-Therapie. Zur Therapie sind ebenfalls stickstoffhaltige Bisphosphonate oder Raloxifen oder Parathormon indiziert.

#### *Strahlentherapie bei Knochenmetastasen*

Die klassische Indikationen für eine lokale Radiotherapie sind laut H. Seegenschmiedt, Essen Schmerzen oder Frakturgefahr oder eine drohende Querschnittslähmung. Es wird die Kombination von Radiotherapie und Bisphosphonaten empfohlen. Hierzu sind weitere Studien erforderlich. Bei Dissemination ossärer Metastasen sollte eine Halbkörperbestrahlung oder Radionuklidtherapie +/- einer systemischen Therapie durchgeführt werden.

Als Forschungsprojekte für die Zukunft sollte die Prognose von Patienten mit solitärer Osteolyse geprüft werden. Ganz wichtig wäre das Anlegen eines Registers für Therapie und Verlauf ossärer Metastasierung bei verschiedenen Tumorerkrankungen.

### **Workshop Schmerztherapie**

*Moderation A. Kretzschmar*

Bei Tumorpatienten ist grundsätzlich die Berücksichtigung kausaler Behandlungsmöglichkeiten neben der symptomatischen Therapie wichtig. So kann bei ausreichender Aussicht auf Erfolg auch eine Hormon-, Chemo- oder Strahlentherapie schmerzlindernd wirken. Bei der symptomatischen Behandlung von Tumorschmerzen sollte man sich am WHO Stufenplan der Schmerztherapie orientieren, zusätzliche individuelle Faktoren jedoch nicht außer Acht lassen.

Stets sollte eine interdisziplinäre Erörterung der Behandlungsoptionen möglich sein. Die Behandlungsstrategie darf nicht davon abhängig sein, bei welcher Fachrichtung der Patient

aktuell vorgestellt wird, sondern der optimale Behandlungsweg muss fachübergreifend angestrebt werden. Daher ist die Etablierung von Fachwissen und praktischer Erfahrung bei allen beteiligten Fachrichtungen notwendig, die Tumorpatienten mit Schmerzen behandeln. Hierzu gehören Hausärzte ebenso wie medizinische Onkologen, Strahlentherapeuten und alle sonstigen Disziplinen, um eine gute Behandlung der Patienten sicher zu stellen und das Anrufen eines reinen „Schmerztherapeuten“ für Standardfälle zu vermeiden.

Die durch aktuelle Gesetzesänderung (GMG) entstandene fehlende Erstattungsfähigkeit von Laxantien zur Prophylaxe und Therapie opiatbedingter Verstopfung muss im Therapieplan berücksichtigt werden. Das Erreichen einer Sonderregelung der Verordnungs- und Erstattungsfähigkeit von Laxantien in dieser Indikation ist nötig. Die transdermalen Applikationssysteme (TTS) von Buprenorphin und Fentanyl als stark wirksame Opiate zur Langzeittherapie, die vor allem unter dem Gesichtspunkt Obstipation signifikante Vorteile gegenüber oral applizierten Opiaten bieten, gewinnen durch diese Problematik zusätzlich an Stellenwert.

## **Workshop Psychoonkologie**

*Moderation J. Weis*

Psychoonkologie ist zentraler Bestandteil supportiver Therapie. Als interdisziplinäre Aufgabe beinhaltet sie sowohl psychoonkologische Basiskompetenzen des behandelnden Onkologen, als auch fachspezifische Kenntnisse der Diagnostik und Behandlung der psychoonkologischen Experten. Fort- und Weiterbildung sowie die Qualitätssicherung gehören ebenso zu den Aufgaben der Psychoonkologie wie die direkte Betreuung und Behandlung der Patienten und ihrer Angehörigen.

Die Finanzierbarkeit psychoonkologischer Dienste im Akutkrankenhaus unter den neuen DRG Bedingungen ist noch unklar. Es ist keine Erlössteigerung nach Standards vorgesehen, die Verhandlungen mit den entsprechenden Stellen sind noch nicht abgeschlossen. Zu diskutieren ist auch eine Einbindung psychoonkologischer Dienstleistungen über eine Basisfinanzierung im Rahmen der DRG Kernziffern.

Zentrale Aufgaben der Psychoonkologie ist die Bedarfsschätzung an psychoonkologischer Intervention, an Screening und Diagnostik der psychischen Komorbidität, der Krankheitsverarbeitung und des Behandlungsbedarfs. Es bestehen häufig diskrepante Einschätzungen zwischen Arzt bzw. Pflegepersonal und Patient, da der Wille zur Therapie durch Prozesse der Krankheitsverarbeitung wie Angst vor Stigmatisierung, Angst vor Destabilisierung durch belastende Gespräche etc. beeinträchtigt wird.

Anhand von Fallbeispielen wurden die Probleme der Aufklärung über Therapie und Folgestörungen, Compliance, Fragen der Einwilligung, Einsichtsfähigkeit und Entscheidungsfähigkeit des Patienten, sowie die ethische Verantwortung der behandelnden Onkologen und Psychoonkologen diskutiert.

Eine Vielzahl von Studien belegt die Effektivität psychoonkologischer Interventionen im Hinblick auf Symptomreduktion, Erhöhung der Lebensqualität sowie Verbesserung der Krankheitsverarbeitung und Adaptation. (EBM Levels I und II). Für Patientinnen mit Mammakarzinom liegen dokumentierte EBM-Analysen vor. Es besteht jedoch die Notwendigkeit weiterer Effektivitätsnachweise auch für andere Diagnosegruppen.

In den Bereichen Psychoonkologie und Seelsorge kommt es zur Überschneidung von Aufgaben beider Gruppen. Bedeutung der Spiritualität im Rahmen der Krankheitsverarbeitung und Sterbebegleitung muss noch weiter evaluiert werden..

## **Workshop Palliativmedizin**

*Moderation H. Bartsch*

Der quantitativ größte Teil onkologischer Patienten, die sowohl im niedergelassenen als auch im stationären Bereich betreut werden, befindet sich in palliativen Therapiesituationen. Eine scharfe Trennlinie zwischen noch Symptom-orientierter onkologischer Palliativtherapie und ausschließlich palliativmedizinischer Betreuung (ohne tumortherapeutische Intervention) kann nicht gezogen werden. Daher bedarf es onkologischer Fachkompetenz (Leitung/ Konsiliardienst) auch auf den Palliativstationen, da dort ohnehin der überwiegende Teil der Patienten onkologische Grunderkrankungen hat.

Die Anzahl verfügbarer Palliativstationen wurde von den anwesenden Teilnehmern als weitestgehend ausreichend beziffert. Allerdings bestehen noch deutliche regionale Unterschiede. Die Indikation zur rein palliativen Betreuung in ambulanten und stationären Strukturen muss bei onkologischen Patienten anhand verschiedener individueller Faktoren (Lebenserwartung, häusliche Versorgungsstrukturen etc.) getroffen werden. Entsprechend den nachgewiesenen Wünschen terminaler onkologischer Patienten sollte möglichst eine Betreuung im häuslichen Milieu (Hausarzt, Sozialdienst/ Pflegedienst, Angehörige) erfolgen und nur in Ausnahmefällen in stationäre Einrichtungen verlagert werden.

Die Kommunikationskompetenz von Ärzten, die onkologische Patienten behandeln, bedarf weiterer Verbesserung. Entsprechende Angebote existieren und sollten in das Pflichtcurriculum aufgenommen werden.

Die Zusatzqualifikation Palliativmedizin wird den Ansprüchen der Betreuung terminaler Tumorpatienten gerecht. Eine weitere fachärztliche Schwerpunktbildung „Palliativmedizin“ ist weder erforderlich noch sinnvoll. Dies würde der Notwendigkeit und der medizinischen und ökonomischen Vernunft entgegenstehen, sowie die Fehlentwicklung der vergangenen 15 Jahre weiter fortschreiben. Denn die qualifizierte Kommunikation mit chronisch Kranken und sterbenden Patienten zählt zu der basalen Verantwortung jeder Ärztin und jedes Arztes und darf nicht auf Palliativärzte/-stationen wegdelegiert werden.

Die Einführung der DRGs lässt bisher erkennen, dass die Situation palliativ zu betreuender Tumorpatienten nicht annähernd befriedigend abgebildet wird. Es droht ohne Zweifel eine Defizitversorgung im Hinblick auf stationär behandlungsbedürftige Tumorpatienten. Daher ist eine Ausgliederung dieser noch näher zu definierenden Patientengruppe aus dem derzeitigen DRG-Katalog erforderlich.

### **Schlussfolgerungen: Praxisorientierte und regelmäßig aktualisierte Therapieempfehlungen für die onkologische Supportivtherapie sind notwendig**

Viele der heute praktisch tätigen Onkologen kennen die Zeit Ende der 1980er, Anfang der 1990er Jahre gar nicht mehr, als noch keine 5-HT<sub>3</sub>-Antagonisten oder Wachstumsfaktoren zur Verfügung standen. In diesen Anfängen der systematischen Entwicklung supportiver Maßnahmen beschäftigten sich nur wenige Experten mit der Supportivforschung. Im Vordergrund standen die Verbesserung von Tumorkontrolle, Ansprechraten, Überlebenszeiten. Dass es jedoch ebenso wichtig ist, insbesondere in der palliativen Situation, die Lebensqualität der Patienten zu erhalten, war in diesen Zeiten eher zweitrangig. Auch ökonomisch spielte die Supportivtherapie keine Rolle.

Inzwischen hat sich die onkologische Therapie in mehrfacher Hinsicht verändert. Es gibt eine Vielzahl neuer – meist kostenintensiver – Therapiemethoden, die erfreulicherweise dazu geführt haben, dass je nach Tumorentität die Heilungsraten, die Überlebenszeiten oder zumindest die Lebensqualität der Patienten teilweise deutlich verbessert werden konnten. Andererseits stellt dadurch die Onkologie einen zunehmend hohen Kostenfaktor im Klinik- oder Praxis-Budget dar. Daher neigt man leider dazu, zugunsten der direkt gegen den Tumor gerichteten Therapie bei supportiven Maßnahmen zu sparen. Jeder, der heute onkologische Patienten behandelt, sollte eigentlich wissen, dass die Supportivtherapie eine der tragenden Säulen des modernen onkologischen Therapiekonzeptes darstellt. Dennoch wird der Einfluss der Supportivtherapie sowohl auf das Therapieergebnis als auch auf die Lebensqualität des

Patienten von vielen Behandlern immer noch unterschätzt. Dies ist nicht akzeptabel! Ohne moderne supportive Maßnahmen sollte heute weder eine palliative noch eine kurative Tumorthherapie durchgeführt werden

Es existieren bereits verschiedene Empfehlungen internationaler Fachgesellschaften. Die Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) verbindet als weltweite Dachgesellschaft Experten verschiedener Fachdisziplinen und Länder. In Deutschland fungiert der Arbeitskreis supportive Maßnahmen in der Onkologie (ASO) als Bindeglied zwischen MASCC und der Deutschen Krebsgesellschaft. Der ASO sieht es als seine Aufgabe an, eine wissenschaftlich fundierte, praktisch leicht umsetzbare und bezahlbare Supportivtherapie durch Therapieempfehlungen zu standardisieren, ohne dabei einen Verlust an Qualität und einen Nachteil für den Patienten in Kauf zu nehmen. Es ist notwendig, auf deutsche Verhältnisse angepasste Therapieempfehlungen zu erarbeiten, denn die internationalen Empfehlungen müssen häufig wegen unterschiedlicher Zulassungen, Dosierungen und Verfügbarkeiten von Substanzen auf nationale Verhältnisse angeglichen werden. Leider mangelt es jedoch nach wie vor an der breiten Umsetzung der Empfehlungen im klinischen Alltag. Der ASO bemüht sich daher besonders, durch Aufklärung in Form von Kongressbeiträgen, Symposien und Publikationen die aktuellen Therapieempfehlungen bekannt zu machen und deren praktische Anwendung zu fördern. Diese zweitägige Veranstaltung hat in erheblichem Maße dazu beigetragen, dem Ziel ein Stück näher zu kommen.

***Workshop-Teilnehmer:***

W. Abenhardt (München), R. Bartl (München), H. Bartsch (Freiburg), C. Bokemeyer (Tübingen), W. Budach (Tübingen), J. Casper (Rostock), H. Delbrück (Münster), I. Diel (Mannheim), P. Feyer (Berlin), H. Goldschmidt (Heidelberg), M.E. Heim (Bad Sooden-Allendorf), I. Krämer (Mainz), A. Kretschmar (Berlin), H. Link (Kaiserslautern), H.-P. Lipp (Tübingen), M. R. Nowrouzian (Essen), P. Ortner (München), G. Schlimok (Augsburg), M.H. Seegenschmiedt (Essen), H.-Ch. Tesch (Frankfurt), D. von Engelhardt (Lübeck), J. Weis (Freiburg)

Bericht: P. Ortner (München)