

März 2015

01

Erscheint vierteljährlich
Jahrgang 35

**SCHWEIZER
KREBSBULLETIN
BULLETTIN SUISSE
DU CANCER**

Titelbild: Neue Rubrik
Swiss Cancer Center:
St. Gallen, S. 46

Onkologische Rehabilitation

Editorial

1 WOF goes to WEF
F. Cavalli

Pressespiegel

4-10 Cancer in the media

Krebs-Politik beleuchtet

13 Das Krebsregistrierungsgesetz geht in die nächste Runde
Nouvelle phase pour la loi sur l'enregistrement des maladies oncologiques
P. Imbof

Nationale Strategie gegen Krebs

14 Gemeinsam – und aufeinander abgestimmt – gegen Krebs
15 Unis – et coordonnés – contre le cancer
B. Junker

Schwerpunktthema

Onkologische Rehabilitation

- 17-20 Onkologische Rehabilitation; wann, wo und für wen?
S. Eberhard
- 21-22 Onkologische Rehabilitation in der Schweiz:
Aktuelle Situation und Zukunft
*M. Ture, J. Jenewein, F. Angst, A. Aeschlimann,
C. Martin-Soelch, U. Schnyder, H. Walt*
- 23-25 Qualitätssicherung in der onkologischen Rehabilitation –
Wo stehen wir heute?
N. Zerkiebel
- 26 SW!SS REHA: Qualitätssicherung und Leistungskriterien
internistisch-onkologische Rehabilitation
S. Eberhard
- 27-28 Onkologische Rehabilitation: Einige gesundheits-
ökonomische und politische Gedanken
W. Oggier
- 29-30 La réadaptation oncologique, partie intégrante
du parcours de soin
S. Mauri, N. Bender
- 31-33 M. Werner ou les «échos du passé non-dépassés»
C. Rieder
- 34-36 Ein Reha-Aufenthalt wird zur Kraftquelle für die
ganze Familie
R. Pfeifer
- 37-38 Meine Zeit auf der Katharinenhöhe im Schwarzwald
B. Lütthi

Originalartikel

42-44 Deactivation to antineoplastic agents
*U. Petrausch, M. Pircher, D. Reding, B.K. Ballmer-Weber,
B. Pestalozzi*

Swiss Cancer Center: St. Gallen

46-51 Das Netzwerk Onkologie der Ostschweiz: ein Modell für
die integrierte Versorgung von Krebspatienten
in der Schweiz
T. Cerny

**SAKK Schweizerische Arbeitsgemeinschaft
für Klinische Krebsforschung**

53-59 SAKK News
C. Herren

**NICER National Institute for Cancer
Epidemiology**

61-66 *F. Hitz, V. Arndt, M. Lorez*

**SPOG Schweizerische Pädiatrische
Onkologie Gruppe**

69-71 A sequence of Swiss studies on the temperature limit
defining fever in pediatric oncology
R. A. Ammann

KLS Krebsliga Schweiz

- 73-75 Bericht zur Krebstagung 2014: Radon – unterschätztes
Risiko im Wohnraum
- 75-77 Rapport sur la Journée du cancer: Le radon – un risque
sous-estimé dans l'habitat
O. Schipper
- 79-81 Seop-Tagung: «ambulant vor stationär»
Ein «Best-Practice-Modell» gibt es nicht
A. Binggeli, A.-M. Zabno
- 82 Swiss Bridge Award 2015
- 83 Fort- und Weiterbildungen der Krebsliga Schweiz
Formation continue de la Ligue suisse contre le cancer

Oncocampus

84 Voranzeige und herzliche Einladung zum dritten Treffen
von Krebspatientinnen und -Patienten

OPS Onkologiepflege Schweiz

85 Fortbildungen 2015

**SGPO Schweizerische Gesellschaft für
Psychoonkologie**

86 12. Schweizer Fachtagung Psychoonkologie:
Würde und Onkologie

**SGMO Schweizerische Gesellschaft für
Medizinische Onkologie**

88-89 Virtuelle interdisziplinäre Tumorboards dank
digitaler Vernetzung
U. Stoffel, C. Greuter, J. Nadig

Cooperative Groups

- 91 IELSG: Open Prospective Clinical Trials
A. Stathis, E. Zucca
- 92-94 International Breast Cancer Study Group (IBCSG)
R. Maibach
- 95-96 European Thoracic Oncology Platform (ETOP)
H. Roschitzki

Der seltene Fall

98-101 Knochenmarksversagen bei Tumorinfiltration bei einem
Patienten mit Ästhesioneuroblastom, Mantelzelllymphom
und Rektumkarzinom
*U. Zürcher-Härdi, M. Siano, M.A. Broglio Däppen,
S. Cogliatti, M. Töpfer, F. Forrer*

Kongressberichte

102-105 Highlights of the ASH 2014
A. Stathis, F. Bertoni, G. Stüssi, D. Rossi

Agenda

106

Nächste Eingabetermine: Nr. 2/2015: 14. April – Nr. 3/2015: 17. Juli – Nr. 4/2015: 17. September

WOF goes to WEF

We have reported a couple of times in this Bulletin about the World Oncology Forum (WOF), including the publication of the Appeal «Stop Cancer Now!», which was launched at the end of the first WOF held in Lugano in October 2012 (Schweizer Krebsbulletin 1/2013, Special event: World Oncology Forum, 10:19, Schweizer Krebsbulletin 4/2013, After and before WOF, 281-282).

At the end of October 2014 we organised the second, smaller edition of WOF, which aimed at discussing the points of the above mentioned Appeal devoted to «Treat the Treatable». We will publish in the next issue the summary which was reached by the 40 experts who convened once more in Lugano. In different articles published in the «Pressespiegel» of the current issue of the Bulletin you will also find various articles, which were recently published in very important newspapers and which are dealing with the current cancer epidemics, mainly in the developing countries. In fact, not only the number of new cases of cancer is escalating yearly, so that the forecast that by 2030 we should have at least 25 million new cases appears to be even a bit optimistic, but more worrisome is the observation that in the developing countries cancer is affecting disproportionately more the younger ages as compared to what is happening in the developed world.

It becomes therefore very urgent that the international community recognises that an extraordinary effort is needed to tackle this looming disaster. In the next issue of the Bulletin I will summarize the conclusions of the World Cancer Congress and of the Leaders' Summit, which took place in Melbourne, Australia, at the beginning of December. There the overarching feeling was that a «Global Fund for Cancer» is urgently needed if we want to avoid the disaster which is starting to occur mainly in the developing world as regards the cancer epidemics. After the first presentation at the «Summer Davos», which took place in Tianjin, China in September 2014, I was able to convince in the name of WOF the leaders of WEF (World Economic Forum) to start discussing this topic. We have therefore had the possibility to bring the topic on the table in Davos at the end of January.

I will report on that in the next issue, although I might already say the experience has been only partially sobering. But already the fact that WOF has been able to bring cancer to the Davos agenda is a huge success. Hopefully this is the first step on the long road which should, so we all hope, lead to the launch and realisation of a Global Fund for cancer.

Franco Cavalli

REDAKTION

Prof. Dr. Franco Cavalli, Koordination: Karin Lerch
 Istituto Oncologico della Svizzera Italiana (IOSI), Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli, 6501 Bellinzona
 Tel. 091 811 82 30, Fax 091 811 80 56, Email: karin.lerch@sakk.ch

SAKK

Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung / Groupe Suisse de Recherche Clinique sur le Cancer
 Verantwortlich: Annik Steiner, SAKK, Effingerstrasse 40, 3008 Bern
 Tel. 031 389 93 09, Fax 031 389 92 00, Email: annik.steiner@sakk.ch

NICER

Nationales Institut für Krebs epidemiologie und –registrierung / Institut National pour l'Épidémiologie et l'Enregistrement du Cancer
 Direktor: Dr. Rolf Heusser, Foundation National Institute for Cancer Epidemiology and Registration (NICER)
 c/o Universität Zürich, Seilergraben 49, 8001 Zürich, Tel. 044 634 53 74, Fax 044 634 54 44, Email: contact@nicer.org

SPOG

Schweizerische Pädiatrische Onkologie Gruppe / Groupe suisse d'oncologie pédiatrique
 Präsident: Prof. Dr. Felix Niggli, Universitätskinderhospital, Steinwiesstrasse 75, 8032 Zürich
 Tel. 044 266 71 11, Fax 044 266 78 34, Email: felix.niggli@kispi.uzh.ch

KLS

Krebsliga Schweiz / Ligue suisse contre le cancer
 Verantwortlich: Cordula Sanwald, KLS, Effingerstrasse 40, Postfach 8219, 3001 Bern
 Tel. 031 389 91 19, Fax 031 389 91 62, Email: cordula.sanwald@krebssliga.ch

KFS

Stiftung Krebsforschung Schweiz / Fondation Recherche suisse contre le cancer
 Verantwortlich: Kurt Bodenmüller, KFS, Effingerstrasse 40, Postfach 7021, 3001 Bern
 Tel. 031 389 93 31, Fax 031 389 91 62, Email: kurt.bodenmueller@krebssforschung.ch

ISREC

Institut Suisse de Recherche Expérimentale sur le Cancer / Schweizerisches Institut für experimentelle Krebsforschung
 Responsible at interim: Prof. Dr. Douglas Hanahan, ISREC-EPFL, Batiment SV, Station 19, 1015 Lausanne
 Tel. 021 693 06 57, Fax 021 693 06 60, Email: dh@epfl.ch

SASRO

Scientific Association of Swiss Radiation Oncology
 Responsible: Dr. Damien Weber, Paul Scherrer Institut, 5232 Villigen
 Tel. 056 310 58 28, Fax 056 310 35 15, Email: damien.weber@psi.ch

ONCOCAMPUS

OncoCampus Switzerland
 Präsident: Prof. Dr. Heinrich Walt, Universitätsspital Zürich, Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Frauenklinikstrasse 24, 8091 Zürich
 Tel. 044 255 91 25, Fax 044 255 41 79, Email: heinrich.walt@usz.ch, www.oncocampus.ch

OPS

Onkologiepflege Schweiz
 Verantwortlich: Irène Bachmann-Mettler, Geschäftsstelle Onkologiepflege Schweiz, Hirstigstrasse 13, 8451 Kleinandelfingen
 Tel. 052 301 21 89, Fax 052 317 39 80, Email: info@onkologiepflege.ch, www.onkologiepflege.ch

SGPO

Schweizerische Gesellschaft für Psychoonkologie / Société Suisse de Psycho-Oncologie
 Sekretariat SGPO, c/o Krebsliga Schweiz, Effingerstrasse 40, Postfach 8219, 3001 Bern
 Tel. 031 389 91 30, Fax 031 389 91 60, Email: kontakt@psycho-onkologie.ch

SGMO

Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Onkologie
 Verantwortlich: Dr. Jürg Nadig, SGMO, Bannhaldenstrasse 7, 8180 Bülach
 Tel. 044 862 73 00, Fax 044 862 73 01, Email: juerg.nadig@hin.ch

SGPath

Schweizerische Gesellschaft für Pathologie SG Path
 Verantwortlich: Prof. Dr. Achim Weber, SG Path, FMH Consulting Oberkirch, Burghöhe 1, Postfach 246, 6208 Oberkirch
 Telefon 044 255 27 81, Fax 044 255 44 16, Email: achim.weber@usz.ch

Folgende Firmen unterstützen den SAKK Industriepool:

Amgen Switzerland AG
 ARIAD Pharmaceuticals
 Astellas Pharma AG
 AstraZeneca AG
 Bayer (Schweiz) AG
 Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH
 Bristol-Myers Squibb SA
 Celgene GmbH
 Eli Lilly (Suisse) SA

GlaxoSmithKline AG
 Ikopharm AG
 Janssen-Cilag AG
 Lipomed AG
 Merck (Schweiz) AG
 MSD Merck Sharp & Dohme AG
 Mundipharma Medical Company
 Novartis Pharma (Schweiz) AG
 Pfizer AG

PharmaMar S.A.
 Pierre Fabre Pharma AG
 Roche Pharma (Schweiz) AG
 Sandoz Pharmaceutical AG
 Sanofi-Aventis (Suisse) SA
 Spectrum Pharmaceuticals
 Takeda Pharma AG
 Teva Pharma AG
 Vifor Pharma

Die Ökonomie der Onkologie

Suche nach Produktdifferenzierung in einem immer stärker umkämpften Krebsmittel-Markt

Da sich heute eine Vielzahl von Pharmafirmen mit der Entwicklung von Krebsmitteln befasst, ist das Finden von Alleinstellungsmerkmalen schwieriger denn je. Eine Möglichkeit dazu bieten neue Immuntherapien.

Die Onkologie ist von einem Spezialitäten-Gebiet zu einem Geschäft mit Massenmarkt-Charakter geworden. Es gibt heute kaum mehr ein bedeutendes Pharmaunternehmen, das nicht ein Programm zur Entwicklung von Krebstherapien betreibt. Besonders ausgeprägt ist das Engagement in den USA, wo branchenweit 38% aller in der späten Entwicklung befindlichen Projekte auf die Onkologie entfallen. Bereiche wie Neurologie und Infektionskrankheiten, die in den 1980 und 1990er Jahren noch die grössten Betätigungsfelder der Industrie gewesen waren, haben mittlerweile an relativer Bedeutung eingebüsst. Diese Verlagerung der Gewichte verschafft den notleidenden Krebspatienten Vorteile und nährt die Hoffnung, dass in nicht allzu ferner Zukunft die tückische Krankheit wenn nicht geheilt, so doch in ein chronisches, nicht mehr lebensbedrohliches Leiden umgewandelt werden kann.

Drang nach Spezialisierung

Für die in der Onkologie engagierten Unternehmen hat die Medaille jedoch eine Kehrseite; angesichts der gewachsenen Konkurrenz wird es für sie immer schwieriger, sich durch Alleinstellungsmerkmale auszuzeichnen. Dies betrifft besonders Indikationen wie Leukämie, Brust-, Lymphdrüsen- oder Prostatakrebs, zu deren Behandlung eine Fülle von Produkten zur Verfügung steht. Firmen, die zu Innovationen fähig sind, konzentrieren sich deshalb auf Gebiete mit «ungedecktem medizinischen Bedarf», wie es im Jargon heisst; hier ist das Gedränge weniger gross. Analog zu anderen Industriezweigen geht es auch in der Pharmabranche darum, auf die «Vermassung» eines Geschäfts mit der Entwicklung neuartiger Spezialitäten zu reagieren.

Eine gute Chance, sich von den Mitbewerbern abzuheben, bieten in der Regel neue Technologien. Im Krebsbereich war es in den vergangenen Jahren beispielsweise die «personalisierte Medizin», die eine Differenzierung erlaubte: diagnostische Tests zur Bestimmung, ob Patienten auf eine Behandlung ansprechen oder nicht. Doch diese Vorabklärungs-Methode hat ihren Exklusivitäts-Charakter längst verloren. War die personalisierte Medizin im vergangenen Jahrzehnt noch ein Novum, für das Roche und Genentech mit dem Brustkrebsmittel Herceptin Pionierarbeit leisteten, gehört bei den Onkologie-Produkten der jüngsten Generation das

Mitliefern eines «Companion»-Diagnose-Tests quasi zum Standard.

Neuer Hoffnungsträger

Eine neue Gelegenheit zur Differenzierung innerhalb der Onkologie bietet die Immuntherapie, die darauf abzielt, das körpereigene Abwehrsystem so zu aktivieren, dass es Krebszellen erkennen und zerstören kann. Der Ansatz gilt als revolutionär, und nicht wenige Vertreter der medizinischen Gemeinde sehen darin einen Paradigmenwechsel, der im Kampf gegen Krebs den lange ersehnten Durchbruch bringen könnte.

Zurzeit gibt es erst eine Handvoll Pharmafirmen, die im Bereich der Immun-Onkologie über entwickelte oder gar marktreife Wirkstoffe verfügen. Zu jenen, die in diesem Bemühen am weitesten fortgeschritten sind, gehören die amerikanischen Konzerne Bristol-Myers Squibb (BMS, mit einem Präparat namens Nivolumab), Merck (mit MK-3475 oder Pembrolizumab) sowie Roche (mit RG 7446). In diesem Spezialsegment tätig sind ferner das deutsche Unternehmen Merck KGaA, der britische Konzern AstraZeneca, der US-Konkurrent Eli Lilly und nicht zuletzt Novartis.

Verlockendes Marktvolumen

Zum Verkauf zugelassen ist bisher erst das Produkt von BMS, und zwar in Japan, zur Behandlung von Melanomen. Der Durchbruch in den USA und in Europa steht noch aus. Gleichwohl kann man das «westliche» Marktpotenzial, das sich durch die neue Therapiemethode erschliessen lässt, jetzt schon in Umrissen erkennen. Fabian Wenner, Analytiker bei Kepler Cheuvreux, veranschlagt die Population der in Europa und Nordamerika lebenden Krebspatienten, die für eine Therapie mit den gegenwärtig in Entwicklung befindlichen Immunpräparaten infrage kommen, auf 320'000. Multipliziert man die Zahl mit einem Preis von 60'000\$ für eine einjährige Behandlung pro Person, ergibt sich ein Jahresumsatz von 19,2 Mrd. \$. Mit dieser Schätzung liegt Wenner am konservativen Ende des Prognose-Spektrums; optimistischere Analytiker rechnen mit einem Marktvolumen von bis zu 35 Mrd. \$ – dies bei einem weltweiten Onkologie-Geschäft, das laut dem Marktforschungsinstitut IMS Health 2013 einen Gesamtumfang von 91 Mrd. \$ aufwies.

Mithilfe von Immuntherapien haben die erwähnten Unternehmen die Möglichkeit, sich von der «breiten Masse» der Krebsmittelhersteller zu unterscheiden. Gleichzeitig sind aber auch bereits Bemühungen zur Differenzierung innerhalb des neuen Therapiegebiets auszumachen. Die entsprechenden Bestrebungen betreffen zunächst den gewählten Ansatz; während BMS und Merck Antikörper entwickelt haben, die auf den T-Zellen anbinden (PD-1), haben sich Roche/Genentech für eine Varian-

te entschieden, bei welcher der Antikörper an der Tumorzelle andockt (PDL-1); von diesem über viele Jahre im eigenen Haus entwickelten Molekül verspricht man sich bei Roche eine höhere Wirksamkeit. Wenig Differenzierungsmöglichkeiten scheint es dagegen beim Nebenwirkungsprofil zu geben; nach den Angaben von Kepler-Cheuvreux-Analysten waren bei den unerwünschten Effekten bisher keine nennenswerten Unterschiede zwischen den beiden Ansätzen festzustellen.

Die Nische in der Nische

Eine weitere Unterscheidungsmöglichkeit, die sich innerhalb des Immuntherapiebereichs ergibt, betrifft die zur Behandlung ins Visier genommene Krebsart. Bristol-Myers und Merck haben ihre Entwicklungsanstrengungen in erster Linie auf Melanome konzentriert. Roche peilt ebenfalls Hautkrebs an, legt aber gleichzeitig auch ein besonderes Augenmerk auf Lungen- und Blasenkrebs. Nach den Angaben von Niko Andre, dem medizinischen Direktor für Onkologie bei Roche, war für den Fokus auf den letztgenannten Tumor der offensichtliche Mangel an wirksamen Therapien ausschlaggebend. Für die Substanz zur Behandlung von Blasenkrebs hat Roche von der US Food and Drug Administration (FDA) denn auch den Status einer «Breakthrough Designation» zugesprochen erhalten, die eine speditive Behandlung des Zulassungsgesuchs garantiert.

Wie die Liste der von der FDA lizenzierten Medikamente zeigt, existieren in diesem Gebiet in der Tat nur wenige Behandlungsoptionen. Seit Jahrzehnten sind hier auch keine wesentlichen medizinischen Fortschritte mehr erzielt worden, und die Überlebenschancen eines Blasenkrebspatienten sind gering. Bei Roche hat man sich laut Andre nicht zuletzt auch deshalb für diese Tumorart entschieden, weil frühe klinische Studien (Phase I) nahelegten, dass sich mit der Immuntherapie besonders gute Heilungserfolge erzielen liessen.

Ein 3-Milliarden-Dollar-Markt

Bei der Wahl des Therapiebereichs dürften auch strategische Erwägungen eine Rolle gespielt haben. Wenngleich das von Roche so nicht zu hören ist, kann eine wirksame Blasenkrebstherapie auch als Alleinstellungsmerkmal dienen. Hätte sich das Unternehmen für die Variante Hautkrebs entschieden, hätte es sich den Markt mit BMS und Merck (und weiteren Anbietern von Nicht-Immun-Therapien) teilen müssen; mit einem Erfolg beim Blasenkrebs besteht die Chance, als Schrittmacher aufzutreten und das Marktfeld im Alleingang zu besetzen. Branchenanalytiker Wenner schätzt das Umsatzpotenzial dieses Teilgebiets auf 3 Mrd. \$.

Derzeit ist ein Wettlauf im Gange, welches Immun-Onkologie-Präparat in den USA als erstes

in Verkehr gebracht werden kann. Bristol-Myers mit Nivolumab und Merck mit Pembrolizumab liefern sich ein Kopf-an-Kopf-Rennen, bei dem Merck einen leichten Vorteil aufzuweisen scheint. Das Unternehmen hat bei der FDA ein Gesuch um Marktzulassung eingereicht, das gemäss den geltenden Regeln (der Prescription Drug User Fee Act, PDUFA) bis am 28. Oktober beantwortet werden muss. Doch Bristol-Myers ist dem Konkurrenten dicht auf den Fersen. Im Juni ist eine Phase-III-Studie mit Nivolumab vorzeitig abgebrochen worden, weil die medizinischen Resultate offenbar so überzeugend waren, dass sich eine Fortsetzung der Tests erübrigte. Der Zulassungsantrag soll bei der Regulierungsbehörde nun im vierten Quartal eingereicht werden.

Schutz vor der Konkurrenz

Nicht ganz so weit ist man bei Roche; für das Produkt RG-7446 ist eine FDA-Zulassung noch nicht spruchreif. Allerdings weist der Onkologie-Chef Niko Andre darauf hin, dass Geschwindigkeit in diesem Fall weniger wichtig ist als die sorgfältige Prüfung, Sicherung und Etablierung des Therapiekonzepts. Abgesehen davon dürfte das Unternehmen darauf vertrauen, mit dem Fokus auf das Blasenkrebs-Segment über ein

Alleinstellungsmerkmal zu verfügen, das vorerst Schutz vor Konkurrenz bietet.

Neue Zürcher Zeitung, 19. August 2014

Bundesrat will nationales Krebsregister

Daten sollen helfen, Gefährdung durch AKW oder Abgase zu überprüfen

Jahr für Jahr erhalten in der Schweiz 37'000 Menschen die Diagnose Krebs, 16'000 sterben an Tumoren – Tendenz wegen der Alterung der Bevölkerung steigend. Um einen umfassenden Überblick über die Betroffenen, die Behandlungen und den Krankheitsverlauf zu gewinnen, will der Bundesrat die Daten in einem nationalen Register sammeln. Die Botschaft zu einem entsprechenden Gesetz hat er am Mittwoch ans Parlament geschickt.

Das Krebsregister ist kein Selbstzweck: Nur mit vollständigen Daten lasse sich abklären, ob Atomkraftwerke, Industrieanlagen oder eine verkehrsreiche Wohnlage einen Einfluss auf das

Krebsrisiko hätten, schreibt der Bundesrat in seiner Botschaft. Auch die Auswirkungen des Rauchverbots oder der Impfungen gegen Gebärmutterhalskrebs liessen sich so überprüfen. Geplant sind ein jährliches Krebsmonitoring und vertiefende Berichte.

Erhoben werden die Daten weiterhin von den Kantonen – ausser Schaffhausen, Schwyz und Solothurn haben bereits alle eigene Datenbanken. Das Gesetz gibt aber vor, wie die Daten codiert sein müssen, damit sie für das neue nationale Register auswertbar sind. Damit sich ein komplettes Bild ergibt, unterstehen Ärzte, Spitäler und andere Institutionen des Gesundheitswesens künftig einer Meldepflicht.

In der Vernehmlassung hatte die Gefahr des Datenmissbrauchs den grössten Anlass zu Kritik gegeben – die CVP sprach sich deswegen gar grundsätzlich gegen das Krebsregister aus. Diesen Sorgen trägt der Bundesrat Rechnung. Die Patienten können einer Registrierung jederzeit widersprechen. Auf nationaler Ebene enthalten die Daten weder Namen noch Vornamen oder Wohnadresse. Doppelregistrierungen sollen durch eine unkenntlich gemachte Versicherungsnummer verhindert werden. Sollen für spezifische Forschungsprojekte Daten zu Lebensum-

In eigener Sache

Wir bemühen uns ständig, das Schweizer Krebsbulletin den neuen Gegebenheiten so anzupassen, dass es für die meisten Leser interessant bleibt. Bei der letzten Sitzung des Redaktionskomitees im November 2014 haben wir verschiedene Neuigkeiten besprochen und entschieden. Wir werden ab der nächsten Ausgabe jeweils eine **kontroverse Debatte** veröffentlichen, in der zwei Experten gegensätzlicher Meinung über ein heisses Eisen diskutieren. Wir werden mit einer Debatte über Nutzen oder Nutzlosigkeit von «**Guidelines**» beginnen.

Wir wollen auch regelmässige Rubriken einführen, wo der interessierte Leser Neuigkeiten über allgemeine, aber vor allem politische Themen finden kann. Wir planen deswegen, eine Rubrik «**Krebs-Politik beleuchtet**» sowie eine andere Rubrik «**Nationale Strategie gegen Krebs**» einzuführen. Wir möchten hier nicht nur Beiträge von Experten bringen, sondern wenn möglich auch Leserbriefe veröffentlichen.

Noch eine Neuigkeit: Die Diskussion über die **Rolle von Comprehensive Cancer Centers** bleibt sehr aktuell, trotz des Rückziehers, zu dem die Expertenkommission der Hochspezialisierten Medizin (HSM) gezwungen wurde. Wir fangen schon in dieser Ausgabe mit der Vorstellung des **Krebszentrums am Kantonsspital St. Gallen** an. Wir werden zuerst die grösseren Zentren zu Wort kommen lassen, danach werden wir auch mittelgrosse Strukturen berücksichtigen. Dies sind einige der Neuigkeiten, die wir verwirklichen möchten.

Für jeden weiteren Vorschlag sind wir sehr dankbar.

Die Redaktion

ständen oder Risikofaktoren erhoben werden, müssen die Betroffenen explizit einwilligen. Das Gesetz würde zu Mehrausgaben von bis zu 1,6 Millionen Franken führen. Es sieht auch eine Unterstützung von Registern für andere nicht übertragbare Krankheiten vor.

Neue Zürcher Zeitung, 30. Oktober 2014

«Autonomie geht weit über Suizidhilfe hinaus»

Gian Domenico Borasio plädiert für eine Stärkung der Palliativmedizin und Fürsorge am Lebensende

Die Wünsche und Ängste am Lebensende sind so unterschiedlich wie das Leben selbst. Diese Erkenntnis aus langer ärztlicher Praxis prägt Gian Domenico Borasios Gedanken zur Selbstbestimmung. In Zürich signierte er sein neuestes Buch...

...

Hat die Politik geschlafen?

Die Schweizer Regierung versucht einiges zu tun. Meine Sorge aus ärztlicher Sicht ist jedoch eine andere: Es wäre fatal, wenn ältere Menschen vermehrt den Weg des Suizids wählen, weil sie den Eindruck haben, bei Pflegebedürftigkeit nicht mehr gut versorgt zu sein.

Auch bei optimaler Versorgung sollen Menschen mit einer Sterbehilfeorganisation ihr Leben beenden können. So ist der Konsens in der Schweiz.

Suizidhilfe sollte nicht verboten werden. Aber statt sie zu propagieren, sollten wir vielmehr Bedingungen schaffen, um den Menschen die Angst vor Pflegebedürftigkeit zu nehmen. Letztlich muss sich die Gesellschaft fragen, was ihr diese schwerkranken, alten und pflegebedürftigen Menschen wert sind, die wir alle einmal sein werden. Wie wohl sich Bewohner von Alterseinrichtungen fühlen, hat mit den Arbeitsbedingungen, aber auch mit den Einstellungen und dem Wissen der Pflegenden und der Ärzte zu tun. Deshalb haben wir in Lausanne die Verknüpfung von Altersmedizin und Palliativmedizin initiiert. Ich verstehe nicht, weshalb statt über solche Konzepte ständig über Suizidhilfe gesprochen wird. Nur gerade 7 von 1000 Schweizern starben 2012 durch Suizidhilfe. Da ist es doch ein Gebot der Stunde, sich auch um die anderen 993 Sterbenden zu kümmern.

Off möchten Patienten sterben, trotzdem wird medizinisch interveniert

Ja, es wird am Lebensende vieles gemacht, was nicht nötig wäre. Das trägt dazu bei, dass ein Drittel der Gesundheitskosten im letzten Lebensjahr entsteht. Das Thema ist ein Tabu, weil sehr viele daran verdienen. Aus demselben Grund ist die Palliativmedizin für Wirtschaftskreise uninteressant. Denn sie verbessert nicht nur die Lebensqualität, sondern reduziert auch die Gesundheitskosten. Gerade deswegen müssten sich aber doch die Akteure eines vernünftig arbeitenden Gesundheitssystems auf dieses Thema stürzen.

Gefordert sind aber auch die Ärzte

Das Problem ist, dass viele Ärzte meinen, auch in der Sterbephase etwas tun zu müssen. Doch wie bei der Geburt muss in den meisten Fällen nicht erheblich medizinisch interveniert werden. Nur bei etwa 10 Prozent sind hochspezialisierte palliativmedizinische Interventionen nötig. Das Thema ist auch deshalb so schwierig, weil viele Ärzte den Tod eines Patienten als medizinisches Versagen empfinden. Das ergibt natürlich keinen Sinn, weil ja jeder Mensch sterben muss. Es kann aber sehr wohl ein schweres Versagen der Medizin sein, wie ein Mensch stirbt. ...

...

Im Spital Lausanne darf Exit Suizidbeihilfe leisten, sofern dies zu Hause nicht möglich ist. Wie viele Fälle gibt es?

Im Spital Lausanne gab es bis jetzt nur vereinzelt assistierte Suizide, die Frage taucht aber auf der Palliativstation immer wieder auf. Ein- oder zweimal pro Jahr entlassen wir schwerst- kranke Patienten, die mit Exit zu Hause sterben – von fast 1000 Patienten, die wir jährlich betreuen. Im Kanton Waadt müssen alle Patienten, die im Krankenhaus oder im Altersheim Suizidhilfe erhalten wollen, über palliativmedizinische Möglichkeiten beraten werden. Dieses Gesetz könnte ein Vorbild für den Rest der Schweiz sein.

Was ist für Sie Selbstbestimmung am Lebensende?

Autonomie geht weit über das Recht hinaus, den eigenen Todeszeitpunkt bestimmen zu können. Entsprechend vielfältig sind die Fragen, die sich am Lebensende stellen: Welche Werte hinterlasse ich meiner Familie? Habe ich gut gelebt? Welchen Sinn hat meine letzte Lebensphase? Wir Ärzte, die wir täglich mit Sterbenden zu tun haben, können viel von ihnen lernen.

Neue Zürcher Zeitung, 3. November 2014

Kommentar der Redaktion:

Einige sicher interessante Gedanken. Das Problem ist aber, vor allem in der Schweiz, dass viele Mühe haben, Palliativmedizin und Suizidhilfe nicht gegeneinander auszuspielen. In anderen Ländern, vor allem in Holland und in Belgien, ist dies nicht der Fall. Die SAMW arbeitet gerade an einem neuen Bericht über dieses Thema: Hoffentlich wird man dadurch ein Stück weiterkommen.

Viele Ärzte sind für Sterbehilfe

Drei von vier Ärzten halten laut einer Studie Beihilfe zum Suizid durch einen Arzt für vertretbar. Selber das tödliche Medikament verschreiben wollen aber nur die wenigsten von ihnen.

Die Schweizer Ärzte zeigen gegenüber der Sterbehilfe eine grosse Ambivalenz. Das geht hervor aus einer Umfrage im Auftrag der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), an der sich 1318 Ärzte beteiligten. Wie die SAMW betont, sind die Resultate nicht auf die ganze Ärzteschaft übertragbar, weil von den zufällig ausgewählten Ärzten nur etwa ein Viertel antwortete – und darunter naturgemäss viele an der Thematik besonders Interessierte zu finden sind. Dennoch sind die Ergebnisse aufschlussreich.

Nur jeder fünfte Umfrageteilnehmer lehnt eine ärztliche Suizidhilfe grundsätzlich ab. Ein gutes Viertel der Antwortenden toleriert zwar Suizidhilfe, würde diese aber selbst nicht leisten. 43 Prozent der Ärzte halten Suizidhilfe für grundsätzlich zulässig und können sich Situationen vorstellen, in denen sie persönlich dazu bereit wären. Nach konkreten Handlungen gefragt, die den Freitod ermöglichen – etwa das Verschreiben eines Medikamentes oder das Legen einer Kanüle –, zeigt sich jedoch nur noch ein Viertel der Befragten dazu bereit. Eine klare Mehrheit der Ärzte würde also keine Suizidhilfe leisten, selbst wenn alle Bedingungen der SAMW-Richtlinien erfüllt sind – so ein nahes Lebensende, der ausdrückliche Wunsch und die Urteilsfähigkeit des Suizidwilligen.

Nur wenige prüften Suizidhilfe

Die Meinungen, in welchen Situationen Suizidhilfe legitim ist, gehen klar auseinander. Einen Suizid am Lebensende halten 78 Prozent der Ärzte für vertretbar. Handelt es sich um Minderjährige mit einer tödlichen Krankheit, sind es noch 61 Prozent. Keine Mehrheiten gibt es hingegen für die Suizidhilfe bei Demenzen, psy-

chisch schwer Kranken oder gesunden Hochbetagten, die einen sogenannten Bilanzsuizid verüben möchten.

Rund ein Viertel aller Befragten hat schon mindestens in einem Fall geprüft, ob die Voraussetzungen für Suizidhilfe erfüllt sind. Allerdings haben die meisten Ärztinnen und Ärzte keine entsprechenden Massnahmen ausgeführt. 111 Antwortende gaben an, Handlungen getätigt zu haben, die im rechtlichen Sinne als Suizidhilfe gelten: In der Regel haben sie das tödliche Medikament Natrium-Pentobarbital verschrieben. In rund drei Vierteln der Fälle von Suizidhilfe, über welche die Antwortenden berichteten, war eine Suizidhilfeorganisation involviert.

Schmerzen lindern

Hintergrund der Studie ist eine geplante Revision der SAMW-Richtlinien, die zuletzt 2010 überarbeitet wurden. Bis zu diesem Zeitpunkt hatte die Akademie die Position vertreten, dass «Beihilfe zum Suizid» schlicht kein Teil der ärztlichen Tätigkeit sein sollte. Doch vor zehn Jahren kam es insofern zu einer «vorsichtigen Öffnung» der Richtlinien, als die Suizidhilfe bei Patienten, die dem Lebensende nahe sind, erlaubt wurde – sofern oben genannte SAMW-Kriterien erfüllt sind. Die Resultate der Studie will die SAMW in die Revision der Richtlinien einfließen lassen. Ein Ergebnis ist in drei bis vier Jahren zu erwarten.

Die entscheidende Frage dürfte sein, ob auch Schwerkranke, deren Lebensende nicht unmittelbar bevor steht, Suizid begehen dürfen. Die Diskussion sei wichtig, doch brauche es letztlich einen gesellschaftlichen Konsens weit über die Medizin hinaus, sagt Christine Romann, die beim Ärzteverband FMH für Gesundheitsförderung und Prävention zuständig ist. Sie plädiert dafür, parallel zu den Diskussionen die schmerzlindernde Palliativmedizin weiter zu fördern. Niemand solle sich nur wegen den Schmerzen umbringen müssen, denn einen Grossteil davon könne man heute lindern. «Es ist deshalb wichtig, den Menschen die Ängste zu nehmen und beispielsweise zu erklären, was eine partielle Lähmung für sie bedeutet», sagt Romann.

Neue Zürcher Zeitung, 20. November 2014

Geldeintreiber in Schaffhausen für die Tea Party

Am Mittwoch feierten die Anhänger der erzkonservativen Tea Party den Erdrutschsieg der Republikaner bei den US-Kongresswahlen. Jetzt zeigen Dokumente, dass der Kampf ge-

gen Präsident Barack Obama schon ab dem Jahr 2010 auch aus der Schweiz geführt wurde – mit Mitteln, die womöglich illegal sind.

Im Haus der Wirtschaft in der Altstadt von Schaffhausen residiert die kaum bekannte Stiftung Rising Tide. Gemäss internen Dokumenten organisierte deren Präsident, der Amerikaner Shawn Stephenson, von Schaffhausen aus Millionenspenden für die Sache der Tea Party. Berichte über Spenden der Familie Stephenson an die Rechtsaussengruppe sorgten 2012 in den USA für einen Skandal.

Damals schrieb die «Washington Post», Stephensons Vater, ein Millionär aus Illinois, habe über Tarnfirmen 12 Millionen Dollar illegal an Tea-Party-Gruppen verschoben. Letztes Jahr legten Bürgerrechtsgruppen beim Justizministerium und der Wahlrechtskommission Beschwerde wegen illegaler Spenden ein. Sie ist noch immer hängig.

Eine Serie von internen Mails, die der Sonntagszeitung vorliegen, zeigt, dass auch die Führung der Schweizer Stiftung umstrittene Spenden an die Tea Party organisierte. So gab Rising-Tide-Präsident Stephenson am 23. September 2010 per Mail Anordnungen, wie insgesamt 2,8 Millionen Dollar an Freedomworks verteilt werden sollen. Dies ist eine mächtige Lobbyorganisation und eine der wichtigsten Geldgeberinnen der Tea Party. Sie unterstützte wiederholt Rechtsausserpolitiker, die gegen gemässigte Republikaner antraten.

«Geld aus der Schweiz wäre Verletzung von US-Recht»

Der Präsident der Schweizer Stiftung organisierte nicht nur die Spende, er schrieb auch gleich, wie Freedomworks das Geld einsetzen solle. Der berühmte Radiomoderator und Einpeitscher der Tea Party, Glenn Beck, der Obama schon mal einen Rassisten nannte, sollte zum Beispiel 1,33 Millionen Dollar erhalten. Im Absender des Mails steht die Adresse in Schaffhausen. Die US-Website Mother Jones, die als Erste über die E-Mails berichtete, schrieb, dass der Geschäftsmann aus der Schweiz eine «zentrale Rolle» bei der Unterstützung der Tea Party spiele.

In der Schweiz tritt vornehmlich eine Partnerstiftung von Rising Tide auf, die sich der Unterstützung von Projekten in der Krebsforschung widmet; geleitet wird sie ebenfalls von Stephenson. Dieses Jahr sponserte diese Stiftung einen Preis von 450'000 Dollar an Krebsforscher des Universitätsspitals Basel. Die Stiftung ist gemäss Steueramt Schaffhausen gemeinnützig, steuerbefreit und verfolgt keinen politischen Zweck.

Die Rising Tide Foundation selber jedoch hat in ihrem Stiftungszweck die Unterstützung von Organisationen festgeschrieben, die für «weniger Staat» eintreten. Laut Eidgenössischer Stiftungsaufsicht, die für Rising Tide zuständig

ist, wäre eine Unterstützung der Tea Party durch diese Stiftung rechtlich zulässig. Ganz anders sieht die Sachlage in den USA aus.

Angesprochen auf die Mails aus der Schweiz, sagt Lawrence Noble, Experte für US-Wahlrecht und leitender Anwalt der Wahlrechtsorganisation Campaign Legal Center: «Wenn eine Schweizer Stiftung Geld für die Tea Party spendet, wirft das sehr ernsthafte Fragen auf.» Es sei nämlich grundsätzlich illegal, Geld aus dem Ausland für einen US-Wahlkampf zu verwenden. Noble: «Wenn also Geld aus der Schweiz in eine Wahlkampfaktivität floss, wäre das eine direkte Verletzung von US-Recht.»

Ob Gelder auch aus der Schweiz flossen, müsste eine Untersuchung zeigen. Von der Stiftung selber ist dazu nichts zu hören. Die Schaffhauser haben über Wochen sämtliche Anfragen, ob schriftlich oder mündlich, unbeantwortet gelassen. Auch Präsident Stephenson reagierte nicht auf Anfragen.

«Aufhebung und Ersetzung von Obamacare»

Aus dem Mailverkehr wird jedoch deutlich, dass die Mittel für die Tea Party letztlich von einer US-Spalkette namens CTCA kommen. Es handelt sich um gewinnorientierte Privatkliniken, gegründet und präsiert von Stephenson senior, dem Vater des Schweizer Stiftungspräsidenten. CTCA ist spezialisiert auf Krebspatienten, geriet jedoch immer wieder in die Kritik wegen ihrer aggressiven Methoden, mit denen sie um Patienten wirbt. 1996 hat sich das Unternehmen nach mehrjährigem Rechtsstreit mit der US-Handelskommission geeinigt, nur noch mit wissenschaftlich erwiesenen Fakten zu werben. Doch letztes Jahr veröffentlichte die Nachrichtenagentur Reuters eine Recherche, in der sie der profitorientierten Spalkette vorwarf, Patienten mit schlechten Risiken gezielt zu übergehen. Indem sie gut heilbare Fälle auswähle, habe sie höhere Erfolgsraten und könne damit aggressiv werben, so Reuters. CTCA wollte auf Anfrage keine Stellung nehmen.

Privatkliniken gehören zu den Verlierern der Gesundheitsreform von Obama, da sie nur noch beschränkt Patienten auswählen dürfen. Die Reform, genannt Obamacare, verschaffte so Millionen ärmeren Amerikanern eine Gesundheitsvorsorge.

Aus dem genannten Mailverkehr der Rising-Tide-Stiftung aus der Schweiz wird nun deutlich, dass Stephenson junior, der Sohn des Gründers und Präsidenten der CTCA-Privatkliniken, auch Hunderttausende Dollar für die Tea Party organisierte, damit diese gezielt gegen Obamacare vorgehe, wovon die Kliniken seines Vaters direkt profitieren.

Als Ziel einer Spende schreibt Stephenson: «Aufhebung und Ersetzung von Obamacare durch eine marktbasierete Reform». Dafür will Stephen-

son 600'000 Dollar für die Tea-Party-Organisation Freedomworks spenden. Der Stiftungspräsident schrieb aus Schaffhausen: «Ich weiss, es wird Vorteile geben, dank derer ganz CTCA von der Arbeit von Freedomworks profitieren wird.»

Die Spitalkette zeigte sich erfreut über die Aussicht, an die Tea Party zu spenden. In einem weiteren E-Mail erwägt ein CTCA-Mann, noch mehr als die 2,8 Millionen zu spenden. «Helft mir einfach zu verstehen, wie es aus Sicht von Freedomworks aussieht», schreibt er, «dann können wir hier die Waffen sichern und laden.»

Sonntagszeitung, 9. November 2014

Anmerkung

Wer noch etwas mehr über diese leidige Rising Tide-Stiftung erfahren will, kann mich jederzeit kontaktieren.

F. Cavalli

Der industrielle Visionär mit dem blinden Fleck

Stephan Schmidheiny war ein grosser Industrieller. Wieso er sich mit der Entschädigung von Asbestopfern so schwer tut, bleibt aber sein Geheimnis.

Ein Porträt von Res Strehle

Suchte man einen Beweis für die Nähe von Gut und Böse, in seiner Person wird man ihn finden. Stephan Schmidheiny war der gute, vielleicht sogar der beste Schweizer Industrielle im 20. Jahrhundert. Der gute Industrielle sah Ende der Siebzigerjahre, weit früher als andere, was auf seine Firmen zukam. Er stieg mit der Eternit-Gruppe aus der Asbestproduktion aus, als sich sein Vater noch weigerte, die medizinischen Erkenntnisse über Asbestschäden in der Lunge überhaupt zur Kenntnis zu nehmen. Er baute Schweizer Traditionsfirmen wie die Wild Heerbrugg, Landis & Gyr, BBC und grosse Teile der Uhrenindustrie um, als andere ihre Firmen nur verwalteten. Er war Mitbegründer der Swatch-Gruppe, die Schweizer Traditionshandwerk mit internationaler Planung der Wertschöpfungskette kombinierte und das Etikett «Swiss made» in der Globalisierung meisterhaft ausspielt.

Stefan Schmidheiny hielt der Schweiz den Spiegel hin, als sie der Globalisierung Ende der Achtzigerjahre noch mit Behäbigkeit und der Lauterkeit ihrer Qualitätsware meinte trotzen zu können. Er wurde in den Neunzigerjahren zum Propheten einer Umstellung der industriellen Produktion – weg von rücksichtsloser Schä-

digung der Umwelt. Er sah – wiederum früher als andere – die produktive Kraft der Schatzenwirtschaft und bewunderte diese Form der Unternehmerinitiative auf tiefem Kostenniveau. Er bewies Verständnis und Leidenschaft für tiefgründige und innovative Kunst, in einer Zeit, in der schriller Kitsch an internationalen Auktionen und in TV-Shows die höchste Aufmerksamkeit findet. Und er zeigte, dass ihm persönlicher Besitz wenig bedeutet, als er eine Milliarde Franken Privatbesitz in eine Stiftung gab, die kreative Initiativen in seinem Geist über seine Lebenszeit hinaus fördern wird.

Einen interessanteren Gesprächspartner zu dieser Periode der Schweizer Wirtschaftsgeschichte wird man nicht finden. Wer diesen Mann trifft, wird ihn dafür schätzen. Und er wird feststellen, das Stephan Schmidheiny über die andere Seite seines Wirkens nicht gerne redet. Und wenn, dann im Argumentationsmuster, das er seiner Kommunikationsstelle vorgibt und sie ihm – ein fatales Beispiel gegenseitiger Bestätigung: Er war nicht alleiniger Besitzer von Eternit Italia, nicht operativ tätig, er ist aus der schädlichen Asbestproduktion ausgestiegen, bevor sie vom Staat verboten wurde, hat Wiedergutmachung an die Opfer geleistet, wird nun zum Opfer einer politischen Justiz, wird nirgendwo sonst belangt, und das Urteil der unteren Gerichtsinstanz ist nun zu Recht aufgehoben worden.

Es ist indes ein Freispruch zweiter Klasse: Die mögliche Straftat wird nicht beurteilt, weil sie nach 10 Jahren verjährt ist. Das ist bei einem Industrieverfahren, dessen Schäden sich erst nach 20 Jahren und mehr zeigen, nicht nur für die Opfer unbefriedigend. Eine Restschuld wird ihm zwar nicht rechtlich, aber moralisch bleiben: Stephan Schmidheiny liess als massgeblicher Grossaktionär weiterhin Eternit mit Asbestfasern produzieren, als ihm die Schädlichkeit dieser Produktion bewusst geworden war. Das war nicht illegal, aber es setzte die Arbeiterschaft einer weiteren Gefährdung aus und bestätigte das Bild des bösen Industriellen, dem Cashflow und Liquidität wichtiger sind als die Unversehrtheit seiner Arbeitskräfte.

Angst vor dem Vater?

Warum er dies tat, bleibt sein Geheimnis, weil er nicht darüber redet: Scheute er den totalen Bruch mit seinem Vater, der die Asbestgefahr in der erbitterten Auseinandersetzung jener Zeit stets gelehrt hatte und den radikalen Ausstieg als Einknicken vor den Kritikern interpretiert hätte? Wäre Eternit bei einem Unterbruch der Produktion bis zur Umrüstung in Konkurs gegangen und damit alle weiteren anstehenden Herausforderungen beim Umbau der Schweizer Industrie hinfällig geworden?

Stephan Schmidheiny weigert sich bis heute, die Opferfamilien für die damaligen Asbestschäden in seinen Firmen angemessen zu ent-

schädigen. Das wird nicht verstehen, wer einen Angehörigen mit kaputter Lunge in den Tod hat gehen sehen. Vielleicht hätte Schmidheiny zusätzlich zu den Dutzenden Millionen Franken, die er auf freiwilliger Basis zahlte, auch die Milliarde, die er in seine Stiftung einbrachte, besser den Familien der Asbestopfer zukommen lassen? Auch da wird sein Geheimnis bleiben, warum er dies nicht tat. Womöglich scheute er die damit verbundene öffentliche Anerkennung der Schuld. Womöglich reizte ihn die neue Aufgabe als Pionier der Nachhaltigkeit mehr, als für Altlasten geradezustehen. Oder womöglich hält er sich tatsächlich für unschuldig.

Wir wissen es nicht. Wir lernen nur, dass Gut und Böse auch bei einem Vorzeigindustriellen näher zusammenliegen, als uns die modernen Kitscherzählungen glauben machen.

Tages-Anzeiger, 20. November 2014

Heftige Kritik am Eternit-Urteil in Italien

Asbest-Opfer, Medien und Politiker kritisieren den Freispruch für Schmidheiny – in Turin droht ein neuer Prozess

Der Freispruch für Stephan Schmidheiny wird in Italien als Schande und als Versagen der Justiz kritisiert. Der Regierungschef fordert eine Revision der Verjährungsfristen. In Turin droht Schmidheiny zudem bald schon ein neuer Prozess.

Der Freispruch für Stephan Schmidheiny durch das Kassationsgericht in Rom ist in Italien auf Unverständnis und Wut gestossen. Die grossen Tageszeitungen berichteten am Donnerstag alle auf den Frontseiten über den «Jahrhundertprozess» und beurteilten das Verdikt unisono als eine Schande und als ein Zeichen des Versagens der Justiz. «3000 Todesopfer und keiner ist schuldig», titelte «La Repubblica». Die Wirtschaftszeitung «Il Sole 24 ore» sprach von einem schockierenden Entscheid, der «Messaggero» von einem Dolchstoß für die Witwen und Mütter der Asbest-Opfer, die seit Jahren für Gerechtigkeit kämpften.

Renzi gibt sich schockiert

Das oberste Gericht hatte am Mittwochabend entschieden, ein Urteil des Appellationsgerichts in Turin gegen den Schweizer Milliardär zu annullieren, weil der Tatbestand verjährt ist. Die Vorinstanz hatte Schmidheiny im Juni 2013 wegen der vorsätzlichen Verursachung eines Umweltdesasters zu 18 Jahren Haft und zu Entschädigungszahlungen in Höhe von 90 Mio. € verurteilt.

In der italienischen Öffentlichkeit war Schmidheiny in den letzten Jahren zum alleinigen Verantwortlichen für die Asbest-Tragödie im Land hochstilisiert worden. Er wurde als geldgieriger Industrieller dargestellt, der im Wissen um die gesundheitlichen Gefahren das Leben seiner Mitarbeiter aufs Spiel gesetzt hatte. Dass Hunderte von Unternehmen in den siebziger und achtziger Jahren in Italien Asbest verarbeitet hatten, ignorierte man dabei geflissentlich. Ebenso die Tatsache, dass die damals breit eingesetzte Naturfaser nicht verboten war, weil auch Regierungen und Wissenschaft das Risiko unterschätzten.

Auch die italienischen Politiker stürzten sich lieber auf einen Sündenbock aus dem Ausland, als selbst Verantwortung für die vom Staat mitverschuldete Tragödie zu übernehmen. Daran scheint sich bis heute nichts geändert zu haben. Umweltminister Gian Luca Galletti verlieh nach der Urteilsverkündung auf Twitter seiner «tiefen Trauer» Ausdruck und sprach den Opfern sein Mitgefühl aus. Auch der Regierungschef, Matteo Renzi, liess es sich nicht nehmen, das unpopuläre Verdikt zu kritisieren. Prozesse müssten künftig schneller und ohne den Alptraum der Verjährung abgeschlossen werden, forderte er in einem Radiointerview. Gewisses Leid dürfe keine Zeitlimite haben. Das Schicksal der Asbest-Opfer schockiere ihn als Bürger. Die Regeln betreffend Verjährung müssten geändert werden. Auch einige Abgeordnete forderten, dass die geltenden Verjährungsfristen überdacht werden müssten.

Trauer in Casale Monferrato

Angehörige von Opfern äusserten sich am Donnerstag unter anderem auch schockiert darüber, dass das Kassationsgericht die gesprochenen Entschädigungen in Millionenhöhe annulliert hat. Schmidheiny hatte auf freiwilliger Basis in den letzten Jahren zwar Vergleiche mit knapp 1500 Betroffenen geschlossen. Die am schwersten betroffene Gemeinde, Casale Monferrato im Piemont, hatte finanzielle Entschädigungen aber ausgeschlagen und den Gerichtsweg vorgezogen. Nun stehen die Opfer dort mit leeren Händen da. Der Bürgermeister der Stadt erklärte den Donnerstag zum offiziellen Trauertag.

Schmidheiny's Schweizer Anwältin, Nathalie Voser, sagte am Donnerstag im Gespräch, man sei weiterhin bereit, Entschädigungen an Betroffene zu zahlen, wenn diese auf weitere rechtliche Schritte verzichteten. Der Vorsitzende eines der grössten Opferverbände, Bruno Pesce, erklärte am gleichen Tag jedoch, man werde weiterkämpfen.

Der Turiner Staatsanwalt Raffaele Guariniello hat Schmidheiny bereits mit einem neuen Verfahren gedroht. Er hatte den Prozess gegen den ehemaligen Schweizer Industriellen in Turin angeführt. Um das Verfahren zu beschleunigen,

hatte er Schmidheiny die Verursachung eines Umweltdesasters vorgeworfen. Nun will er einen neuen Prozess wegen vorsätzlicher Tötung einleiten, die nicht verjährt. Das Ermittlungsverfahren ist bereits abgeschlossen, und die Staatsanwaltschaft hat am Donnerstag die entsprechende Notifikation eingereicht. Die Verteidigung hat nun 20 Tage Zeit, um Eingaben zu den Vorwürfen zu machen. Danach kann formell Anklage erhoben werden.

Neuer Prozess in Turin

Der Vorwurf vorsätzlicher Tötung dürfte allerdings schwierig zu untermauern sein. Guariniello hat eine Liste mit 256 Asbest-Opfern zusammengestellt und müsste vor Gericht einen klaren Zusammenhang zwischen diesen Todesfällen und Handlungen Schmidheiny's nachweisen können. Als Chef der Schweizer Eternit war der 67-Jährige zehn Jahre lang Mehrheitsaktionär der italienischen Eternit. Die Arbeiter in deren Fabriken waren der tödlichen Faser aber jahrzehntelang ausgesetzt. Zudem sass Schmidheiny weder in der Geschäftsleitung noch im Verwaltungsrat der italienischen Firma.

Neue Zürcher Zeitung, 21. November 2014

More deaths attributed to chronic ailments

Less-developed countries increasingly affected by cancer and heart disease

Chronic diseases like cancer and heart disease are rising fast in low- and middle-income countries, striking far younger populations than in rich countries and causing much worse outcomes, according to a new report.

Deaths from chronic diseases have risen by more than 50 percent in low- and middle-income countries over the past two decades, according to the report, by the Council on Foreign Relations. The increase is part of a shift in global mortality patterns in which infectious diseases, such as malaria and tuberculosis, have declined substantially and are no longer the leading cause of death in the developing world.

The shift in poorer countries is being driven by urbanization and other major changes that have led to improvements in aspects of public health, such as hand washing, sanitation and vaccines. That has led to sharp declines in infant mortality, and in turn, to increases in life spans. The average life expectancy in Africa, for example, has increased by about eight years since 2000, according to the World Health Organization.

Chronic diseases claim the vast majority of lives in rich countries like the United States,

and some experts have said that the rise of such diseases in poorer countries is actually a sign of success, as it is evidence that people in those places are now living long enough to die of diseases that typically hit in old age.

But the report – which uses yet-to-be-published 2013 data from the Institute for Health Metrics and Evaluation, a health research organization – finds that chronic diseases are disproportionately striking younger populations in developing countries.

Working-age people in poorer countries have little access to preventive care and more exposure to health risks, such as air pollution, poor nutrition and lax antismoking laws, than their counterparts in rich countries, and are more likely to develop a chronic disease. And with limited resources to pay for treatment, those with chronic diseases are much more likely to become disabled and die as a result.

In all, about 80 percent of the deaths and disabilities from chronic diseases in Africa and South Asia involved people under the age of 60, more than double the share in many rich countries, said Thomas J. Bollyky, a fellow at the council and one of the report's authors. In lower-income countries in particular, about 40 percent of the deaths from chronic diseases occur in people younger than 60, compared with 13 percent in rich countries.

If the trend continues unabated, it could have far-reaching consequences, the report stated, including catastrophic health expenditures and impoverishment among low-income populations. At the national level, it would further strain already overburdened health systems and could lead to lower economic productivity.

In rich countries, mortality patterns changed slowly, over generations, giving health systems time to adapt. But in poorer countries, the changes are often happening too fast for threadbare health care systems that are still geared toward treating infectious diseases to cope. The report notes that spending on health care in middle- and low-income countries has tripled over the past 20 years but that it is still small: All the governments in sub-Saharan Africa together spend about as much on health care a year as Poland – about \$30 billion.

Chronic diseases are finding a foothold among much poorer people, who are less able to afford the medicines and treatment that might mitigate their illnesses. In rural Ghana, for example, minimum-wage earners with diabetes spend 60 percent of their incomes on insulin, the report noted.

International New York Times, December 5, 2014

Cancer et hasard, gare aux dérives interprétatives

Un article paru le 2 janvier dans la revue *Science*, écrit par deux scientifiques réputés de l'université Johns-Hopkins (Baltimore), annonçait que la variation du risque de survenue de cancer entre différents organes était expliquée par le nombre de divisions des cellules souches dans les tissus concernés pendant la durée de vie. Il est rare qu'une publication scientifique provoque autant de réactions du public, des scientifiques, des associations. Elles s'expliquent en partie par l'irruption des approches mathématiques en biologie et en médecine, mais pas seulement.

Cet article, dont les conclusions et la formulation sont ambiguës, était accompagné par un commentaire éditorial du journal *Science* et un communiqué de l'université Johns-Hopkins, affirmant que le hasard et la malchance – «*bad luck*» – interviennent dans un plus grand nombre de cancers que les facteurs environnementaux, comportementaux et héréditaires. Cette malchance serait, selon le communiqué, responsable de 65% des cancers, entretenant une confusion entre variations des localisations des tumeurs (22 localisations – dont cinq que l'on peut considérer comme identiques, atteignant différents os – sur 31 au total) et variations du taux d'incidence des cancers (nombre de nouveaux cas de cancers survenant dans une population). On doit regretter la dérive des interprétations entretenue par une communication imprécise.

Les cellules souches sont des cellules indifférenciées caractérisées par leur capacité à engendrer des cellules spécialisées par différenciation cellulaire, tout en se maintenant par prolifération (auto-renouvellement). Les auteurs montrent effectivement une corrélation entre le nombre de divisions des cellules souches pendant la durée de vie et le risque de développer un cancer dans

quelques organes particuliers. Le nombre de divisions de ces cellules étant associé à un risque constant de mutations, les auteurs concluent que plus le potentiel de renouvellement de cellules souches d'un organe est élevé, plus le risque de cancer augmente dans ce tissu pendant la durée de la vie.

Il s'agit d'une information scientifique originale et intéressante, qui porte sur un nombre de tissus limité (31, dont cinq segments osseux, trois localisations de tumeurs digestives et d'autres cancers de fréquence variable: peau, poumon, cerveau, ovaire, os, sang...), les données sur les cellules souches étant encore peu abondantes ou fiables. ...

Il serait très dangereux de laisser penser que la prévention ne concerne que de rares cas au prétexte que la plupart des cancers seraient liés à la «malchance».

L'étude publiée dans *Science* laisse en suspens d'autres interrogations. Comment, dans le cadre du hasard, placer les inégalités sociales, géographiques et économiques qui ont un impact sur la survenue des cancers? Et comprendre les tumeurs de l'enfant? Le réel problème que soulève cet article dans ses conclusions est d'affirmer que les événements liés au hasard ont une responsabilité très «substantielle» dans la survenue des cancers et de pointer du doigt le fait que la prévention ne concernerait qu'un nombre limité d'organes. En fait, d'autres chiffres montrent qu'un tiers des cancers, parmi les plus graves, sont quasi exclusivement dus au tabac (P. Jha et R. Peto, *New England Journal of Medicine*, 2 janvier 2014), qu'environ 10% à 15% des cancers sont liés à une alimentation inadéquate ou à des toxiques environnementaux, et que le patrimoine génétique «pèserait» sur environ 10% des cancers. Cette corrélation, mise en perspective avec les erreurs génétiques ou mutations associées aux divisions cellulaires portant sur les cellules

souches, permet de réinterpréter les variations de risque entre différents organes.

Extrapoler ces données partielles portant sur quelques tissus à l'ensemble des cancers est un raccourci qui n'autorise pas à conclure sur la valeur effective de la prévention et du dépistage précoce dans le plus grand nombre de cancers. Echappent à ce travail deux cancers fréquents, ceux du sein et de la prostate, pour lesquels le lien avec le vieillissement est avéré par des analyses systématiques: après 75 ans, près de 30% des femmes ont des tumeurs du sein essentiellement muettes, et 40% à 50% des hommes ont un cancer de la prostate (J. Jahn et coll., *International Journal of Cancer*, 8 janvier 2015, en ligne). Cette présence sans impact sur la vie s'oppose à la gravité des mêmes cancers survenant à un âge plus précoce.

Le caractère inéluctable (événements stochastiques, aléatoires) de la transformation maligne de certains tissus de l'organisme porté par cet article ne rend pas compte de la diversité des différents types de cancers. Il serait très dangereux de laisser penser que la prévention ne concerne que de rares cas au prétexte que la plupart des cancers seraient liés à la «malchance». Aux côtés des efforts du dépistage et du progrès thérapeutique, la poursuite des recherches sur les facteurs de risques individuels (hérédité et comportements) et collectifs (environnementaux et sociétaux) vise à mieux comprendre les cancers et les prévenir ou les dépister. Le hasard de la pagination dans le journal *Science* met un article d'auteurs européens immédiatement après celui des scientifiques américains: ils montrent que fumer est associé à la perte du chromosome Y dans les cellules sanguines, proposant ainsi une explication au risque plus élevé de survenue et de gravité des cancers liés au tabac chez les hommes que chez les femmes.

Le Monde, 14 janvier 2015

Das Krebsregistrierungsgesetz geht in die nächste Runde

Mit der Verabschiedung des Entwurfs durch den Bundesrat im Oktober 2014 ist das Krebsregistrierungsgesetz (KRG) in die parlamentarische Phase gelangt. Als Erstrat befasst sich der Nationalrat mit dem Gesetz. Dessen zuständige Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit wird die Vorberatung im ersten Halbjahr 2015 beginnen.

Aus Sicht der Trägerorganisationen von Oncosuisse stellt der nun verabschiedete Entwurf eine Verbesserung gegenüber der Version aus der Vernehmlassung 2012 dar. Damals wurde die Befürchtung geäussert, dass die Ziele des Gesetzes nicht erreicht werden würden, da es zu viele Restriktionen beinhaltet. Der heute zur Diskussion stehende Entwurf gleicht das Spannungsfeld zwischen den divergierenden Interessen der Forschung (möglichst viele Daten), dem Datenschutz (möglichst wenig Daten) und den Finanzieren, also Bund und Kantone (zweckmässige Daten zu einem vernünftigen Preis) wesentlich besser aus. Aus Sicht einiger Beteiligten werden noch Änderungen gewünscht, sei dies beispielsweise beim Umfang der Pflichtdaten oder bei den Aufbewahrungsfristen.

Im Dezember 2014 wurde das KRG im Rahmen eines Anlasses der parlamentarischen Gruppe Gesundheit mit Prof. Dr. Jakob Passweg, Präsident Krebsliga Schweiz, Prof. Dr. med. Claudia Kuehni und Prof. Dr. Christine Bouchardy thematisiert. Mit einem Augenzwinkern erklärte dabei Ignazio Cassis, Nationalrat und ehemaliger Kantonsarzt des Tessins: «In der Schweiz ist ein Gesetz, mit dem alle ein bisschen unzufrieden sind, ein gutes Gesetz – ein typischer Kompromiss also».

Nichtsdestotrotz: Die Oncosuisse-Trägerorganisationen und insbesondere die Krebsregister prüfen den bundesrätlichen Vorschlag genau und werden relevante Änderungsvorschläge in den politischen Prozess einbringen. Wir hoffen, damit den langen Weg zu einem flächendeckenden und qualitativ hochstehenden schweizerischen Krebsregister abschliessen zu können.

*Patrick Imhof, Beauftragter Politik, Krebsliga Schweiz
patrick.imhof@krebisliga.ch*

Hinweis

Mehr Informationen zum Krebsregistrierungsgesetz, SKB-Ausgabe September 2013

Nouvelle phase pour la loi sur l'enregistrement des maladies oncologiques

Avec l'adoption du projet par le Conseil fédéral en octobre 2014, la loi sur l'enregistrement des maladies oncologiques (LEMO) est entrée dans la phase parlementaire. C'est le Conseil national qui est le premier à se pencher sur cette loi. Sa Commission de la sécurité sociale et de la santé publique, compétente en la matière, va entamer l'examen préalable au cours du premier semestre 2015.

Du point de vue des organisations responsables d'Oncosuisse, le projet à présent adopté représente une amélioration par rapport à la version en consultation en 2012. A l'époque, la crainte avait été émise que les buts de la loi ne puissent pas être atteints parce qu'elle contenait trop de restrictions. Le projet actuellement en discussion équilibre beaucoup mieux les tensions entre les intérêts divergents de la recherche (autant de données que possible), la protection des données (aussi peu de données que possible) et les responsables du financement, c'est-à-dire la Confédération et les cantons (données adéquates à un prix raisonnable). Certaines parties prenantes souhaitent encore des modifications, que ce soit par exemple au niveau de l'étendue des données obligatoires ou de la durée de sauvegarde.

En décembre 2014, il a été question de la LEMO dans le cadre d'une rencontre de l'Inter groupe parlementaire Politique de la santé de l'Assemblée fédérale avec le professeur Jakob Passweg, président de la Ligue suisse contre le cancer, la professeure Claudia Kuehni et la professeure Christine Bouchardy. A cette occasion, Ignazio Cassis, conseiller national et ancien médecin cantonal du Tessin, a déclaré avec malice: «En Suisse, une loi de laquelle personne n'est tout à fait satisfait est une bonne loi, c'est un compromis typique».

Néanmoins, les organisations responsables d'Oncosuisse et en particulier les registres des tumeurs examinent soigneusement la proposition du Conseil fédéral et veilleront à ce que les suggestions de modifications pertinentes fassent leur entrée dans le processus politique. Nous espérons ainsi pouvoir achever un long processus menant à un registre national des tumeurs de haute qualité, couvrant l'ensemble du pays.

*Patrick Imhof, responsable politique, Ligue suisse contre le cancer
patrick.imhof@liguecancer.ch*

Remarque

Plus d'informations sur la loi sur l'enregistrement des maladies oncologiques dans le numéro de septembre 2013 du BSC

Gemeinsam – und aufeinander abgestimmt – gegen Krebs

Die Nationale Strategie gegen Krebs 2014-2017 – kurz NSK – ist die schweizweite Strategie für eine verbesserte Krebsbekämpfung. Die Krebsliga unterstützt die Umsetzung mit ihrer neuen Verbandsstrategie.

Krebserkrankungen werden das schweizerische Gesundheitssystem in den kommenden Jahren besonders herausfordern. Einerseits ist aufgrund der demografischen Alterung mit einer weiteren Zunahme an Neuerkrankungen zu rechnen. Andererseits wird sich die Spezialisierung innerhalb der Onkologie verstärken und die Behandlung von Krebserkrankungen aufgrund neuer Forschungsergebnisse komplexer werden.

Wer im Kampf gegen den Krebs Erfolg haben will, kommt indes alleine nicht weit. Nur gemeinsam haben alle Beteiligten eine Chance, Fortschritte zu machen. Geht es um die Verbesserung von Vorsorge, Behandlung, Forschung, Betreuung und Versorgungsstrukturen in der Onkologie, müssen Leistungserbringer und Akteure der Nationalen Strategie gegen Krebs ihre Kräfte bündeln und zusammenspannen. Deshalb richten sie u.a. den 2. Schweizer Krebskongress im kommenden August in Freiburg gemeinsam aus.

Vor dem Hintergrund der eingangs beschriebenen Entwicklungen wurde Oncosuisse im Herbst 2011 beauftragt, gemeinsam mit den Kantonen eine nationale Strategie für eine verbesserte Krebsbekämpfung zu erarbeiten;

die Verantwortung für die Projektleitung übergab Oncosuisse der Krebsliga Schweiz, die wiederum die Verabschiedung der nationalen Strategie zum Anlass nahm, diese im Rahmen ihrer eigenen Verbandsstrategie tatkräftig zu unterstützen. Entsprechend wurde eine neue Verbandsstrategie entwickelt. Diese wurde im September 2014 von allen kantonalen und regionalen Krebsligen innerhalb des Verbands verabschiedet und liegt seit Mitte Dezember in drei Sprachen in gedruckter Form und als pdf-Version vor.

Die Verbandsstrategie richtet sich in einigen strategischen Leitlinien nach der NSK, die sich in drei Bereiche – Vorsorge, Betreuung und Forschung – gliedert – siehe Grafik. Auf diese Bereiche fokussiert auch die Verbandsstrategie der Krebsliga. Während in der NSK jedem Bereich Handlungsfelder und konkrete Projekte zugeordnet werden, definiert die Verbandsstrategie der Krebsliga passend dazu zu jedem Bereich Trends, für die wiederum Schwerpunkte formuliert wurden. Die NSK-Projekte reichen von der Förderung der schweizweiten Einführung von Brustkrebs-Screening-Programmen über die Definition von Patientenpfaden bis hin zu Massnahmen zur Förderung der klinischen Krebsforschung. Bei den Schwerpunkten der Verbandsstrategie der Krebsliga geht es beispielsweise um die Gesundheitsförderung und Krebsprävention, um die Langzeitüberlebenden, um die Förderung, Weiterentwicklung und Etablierung einer umfassenden onkologischen Rehabilitation, um die Selbstwirksamkeit von Betroffenen oder um die Förderung der krebsrelevanten Versorgungsforschung.

Und das Wichtigste: Sowohl bei der NSK wie auch bei der Verbandsstrategie der Krebsliga stehen im Mittelpunkt aller geplanten oder noch umzusetzenden Massnahmen die Betroffenen und ihre Angehörigen.

Bettina Junker, Leiterin Kommunikation, Krebsliga Schweiz, bettina.junker@krebsliga.ch

Abstimmung Nationale Strategie (NSK) und Verbandsstrategie (VBS)

NSK			VBS		
Bereiche (B)	Handlungsfelder (HF)	Projekte (P)	Bereich	Trends	Schwerpunkte
Vorsorge	Prävention	1 1.1 Stärkung der strukturellen Massnahmen und der Gesundheitskompetenz	Vorsorge	1 Gesundheitsfördernde Lebensbedingungen und Lebensstile	1.1 Gesundheitsförderung und Krebsprävention
	Früherkennung	2 2.1 Planung und Implementation von Darmkrebs-Screening-Programmen 3 2.2 Schweizweite Einführung von Brustkrebs-Screening-Programmen 4 2.3 Aufbau eines nationalen Expertengremiums zu Früherkennungsfragen 5 3.1 Patientenpfade		2 Qualitätsgesicherte und koordinierte Früherkennung	2.1 Koordination und Kooperation bei Früherkennungsprogrammen
Betreuung	Patientenpfade / Qualitätsentwicklung	6 3.2 Guidelines und Behandlungsrichtlinien 7 3.3 Tumorboards	Betreuung	3 Integrierte Betreuung mit hoher Qualität	3.1 Integrierte Versorgungsorganisation
	Versorgung	8 4.1 Integrierte Versorgungsorganisation			3.2 Onkologische Rehabilitation
	Bildung	9 5.1 Förderung der Selbstwirksamkeit von Patientinnen und Patienten 10 5.2 Kompetenzbildung für Fachpersonen			3.3 Langzeitüberlebende
Forschung	Forschungsförderung	11 6.1 Versorgungsforschung 12 6.2 Klinische und translationale Forschung	Forschung	4 Qualitativ hochstehende, patientennahe Forschung fördern	3.4 Leitlinien zur psychosozialen, psychoonkologischen, patientenorientierten Versorgung
	Epidemiologie und Monitoring	13 7.1 Bundesgesetz über die Registrierung von Krebserkrankungen (KRG) 14 7.2 Registerdaten zu Behandlungsqualität und Datenverknüpfungen 15 7.3 Wissenstransfer in Praxis und Politik			3.5 Selbstwirksamkeit von Betroffenen

Unis – et coordonnés – contre le cancer

La Stratégie nationale contre le cancer 2014-2017 (SNC) est la stratégie nationale pour intensifier la lutte contre le cancer. La Ligue suisse contre le cancer participe à sa mise en œuvre au moyen de la nouvelle stratégie de l'association.

Les cancers poseront des défis particuliers au système suisse de santé au cours des prochaines années. D'une part, compte tenu de l'évolution démographique, il faut s'attendre à une forte augmentation des nouveaux cas dans les années à venir; d'autre part, l'oncologie va connaître une spécialisation toujours plus poussée et la complexité du traitement des cancers est appelée à s'accroître à la faveur des nouveaux résultats de la recherche.

Il est indispensable de réunir toutes les forces pour la lutte contre le cancer. Ce n'est qu'ensemble que les diverses instances ont une chance de progresser. Qu'il s'agisse de l'amélioration de la prévention et du dépistage, des soins, de la recherche, de l'organisation de la prise en charge ou des services du domaine de l'oncologie, les prestataires de service et les acteurs de la Stratégie nationale contre le cancer doivent unir leurs forces et tirer à la même corde. C'est ainsi que le deuxième Congrès suisse du cancer sera organisé en commun en août prochain à Fribourg.

C'est dans le cadre des développements décrits ci-dessus qu'Oncosuisse a été chargée en automne 2011 d'élaborer une stratégie nationale en vue d'intensifier la lutte contre le cancer en collaboration avec les cantons. La direction de ce projet a été confiée à la Ligue suisse contre le cancer,

qui a profité de l'élaboration de sa propre stratégie pour y intégrer et soutenir fermement les éléments de la stratégie nationale. La nouvelle stratégie de l'association a ainsi été élaborée dans ce contexte. En septembre 2014, toutes les ligues cantonales et régionales contre le cancer ont adopté cette stratégie, qui est dorénavant disponible en trois langues sous format papier et en pdf.

La stratégie de l'association se conforme à plusieurs axes de la SNC, qui s'organise selon les trois secteurs Prévention et dépistage, Prise en charge et Recherche (cf. graphique). Ce sont également les axes principaux de la stratégie de la Ligue contre le cancer. Alors que la SNC définit pour chaque secteur des champs d'action et des projets concrets, la stratégie de la Ligue suisse contre le cancer détermine des tendances sous forme de thèmes prioritaires, également en fonction des trois secteurs. Les projets de la SNC vont de l'introduction de programmes de dépistage du cancer du sein dans toute la Suisse à la définition des itinéraires du patient jusqu'à des mesures d'encouragement de la recherche clinique sur le cancer. Les points forts de la stratégie de la Ligue suisse contre le cancer sont par exemple la promotion de la santé et la prévention du cancer, les survivants à long terme, la promotion, le développement et la consolidation de la réadaptation oncologique, le renforcement des ressources personnelles des personnes concernées ainsi que la promotion de la recherche sur les services de santé dans le domaine du cancer.

Le point le plus important reste que tant la SNC que la stratégie de la Ligue suisse contre le cancer placent les personnes malades et leurs proches au centre de toutes les mesures planifiées ou à mettre en œuvre.

Bettina Junker, Responsable du secteur communication, Ligue suisse contre le cancer, bettina.junker@liguecancer.ch

Stratégie nationale contre le cancer (SNC) et Stratégie de l'association

SNC			Stratégie de l'association		
3 domaines	7 champs d'action	15 projets (P)	Domaine	Tendances	Thèmes prioritaires
Prévention et dépistage	Prévention	1 1.1 Renforcement des mesures structurelles et des compétences en matière de santé	Prévention et dépistage	1 Conditions et modes de vie sains	1.1 Promotion de la santé et prévention du cancer
		2 2.1 Planification et mise en œuvre de programmes de dépistage du cancer de l'intestin			2 Coordination du dépistage et assurance-qualité
	3 2.2 Introduction de programmes de dépistage du cancer du sein à l'échelle de toute la Suisse	3 Prise en charge multidisciplinaire et intégrée et conseils de haute qualité		3.1 Organisation intégrée du système de soins	
	4 2.3 Création d'un organe national d'experts relatif aux questions de dépistage			3.2 Réadaptation oncologique	
Prise en charge	Itinéraires du patient / développement de la qualité	5 3.1 Itinéraires du patient	Prise en charge	3	3.3 Vivre à long terme après le cancer
		6 3.2 Recommandations et directives thérapeutiques			3.4 Directives concernant la prise en charge psychosociale, psychologique et centrée sur le patient
	7 3.3 «Tumorboards»	3.5 Renforcement des ressources propres des personnes concernées			
	8 4.1 Organisation des systèmes de santé	4.1 Promotion de la recherche			
Recherche	Système de santé	9 5.1 Promotion du sentiment d'efficacité personnelle des patients	Recherche	4 Promotion d'une recherche de haute qualité centrée sur le patient	4.2 Recherche sur les services de santé
		10 5.2 Acquisition des compétences pour les professionnels			
	Formation	11 6.1 Recherche sur les systèmes de santé			
Recherche	Promotion de la recherche	12 6.2 Recherche clinique et translationnelle			
		13 7.1 Loi fédérale sur l'enregistrement des maladies oncologiques (LEMO)			
	Épidémiologie et monitoring	14 7.2 Données enregistrées sur la qualité de traitement et l'interdépendance entre les données			
15 7.3 Transfert des connaissances en pratique et en politique					

Onkologische Rehabilitation; wann, wo und für wen?

Stephan Eberhard, Berner Klinik Montana

In den letzten Jahren hat die onkologische Rehabilitation (Tab. 1) einen festen Platz im Schweizer Gesundheitswesen gefunden. Sie wird sowohl im nationalen Krebsprogramm für die Schweiz 2011-2015 (1), in der Nationalen Strategie gegen Krebs 2014-2017 (2) als auch in dem von H+ erarbeiteten Definitionspapier der Rehabilitationsgebiete in der Schweiz; Def Reha 1.0 (3) genannt und definiert. Im November 2014 hat der Verein «SW!SS REHA» Qualitätskriterien für die «internistisch-onkologische Rehabilitation» (4) verabschiedet, welche zusammen mit oncoreha.ch erarbeitet wurden. Somit wird das Fachgebiet weiter strukturiert und entwickelt. Im Folgenden sollen ein paar Überlegungen zur Fragestellung der Indikation für eine onkologische Rehabilitationsbehandlung angestellt werden.

Von Seiten der in der Onkologie tätigen Fachärzten und anderer Fachpersonen wird vermehrt die Frage an mich herangetragen, wie man Patientinnen und Patienten in der täglichen Praxis erfassen kann, welche von einer Rehabilitationsbehandlung profitieren könnten?

Wann ist eine Rehabilitationsbehandlung sinnvoll

Zum Beginn wende ich mich der Frage zu, wann eine Rehabilitationsbehandlung für onkologische Patienten sinnvoll sein kann.

Tabelle 1

Definition der onkologischen Rehabilitation

Onkologische Rehabilitation ist ein gesundheits- und autonomieorientierter Prozess, welcher alle koordinierten Massnahmen medizinischer, pädagogischer, sozialer und spiritueller Art umfasst, die es dem Krebskranken ermöglichen, krankheitsbedingte oder durch die Therapie bedingte Behinderungen oder Einschränkungen zu überwinden und wieder eine optimale physiologische, psychologische und soziale Funktionalität zu erlangen, in der Art, dass er sein Leben aus eigener Kraft in grösstmöglicher Autonomie gestalten und seinen Platz in der Gesellschaft wieder einnehmen kann.

Erstens das sind vermutlich die meisten Fälle – kann sie nach der Erstbehandlung eines onkologischen Leidens erfolgen. Hier sehen wir in der Schweiz oft schwer gezeichnete Patientinnen und Patienten, welche neben der Rehabilitationsbehandlung auch noch eine Fortführung der im Akutspital eingeleiteten Therapien bedürfen. Bei den Patienten liegt der Fokus darauf, dass sie bei möglichst optimaler Autonomie wieder in ihr gewohntes Umfeld entlassen werden können.

Zweitens sollten Patienten nach abgeschlossener onkologischer Therapie auf ihren Rehabilitationsbedarf evaluiert werden. Diese Patienten sind oft emotional, seelisch und körperlich geschwächt und können ihre Rollen im gewohnten sozialen Umfeld nicht mehr in ausreichendem Mass einnehmen.

Oft vergessen wird die dritte Möglichkeit, nämlich den körperlichen, seelischen und emotionalen Aufbau für eine erneut notwendige onkologische Behandlung.

Viertens handelt es sich um Patienten mit Komplikationen, welche entweder durch die onkologische Erkrankung oder deren Behandlung verursacht wurden. Hier denke ich z.B. an pathologische Frakturen, Wunden, Neuropathien, Kompressionssymptome am Nervensystem, Schmerzen, Fatigue, Mangelernährung, emotionale und seelische Erschöpfung usw.

Rehabilitationsindikationen

In den oben genannten Situationen sollte der Patient auf Rehabilitationsindikationen hin untersucht werden. Dies kann heute durch ausführliche Assessments und umfangreiche Fragebögen geschehen. Eine solche Evaluation nimmt schnell eine Stunde und mehr in Anspruch und ist im gedrängten Praxisalltag oft schwierig durchführbar. Grundsätzlich geht es darum, mittels gezielter, kurzen Fragen einen Eindruck von der Teilnahmefähigkeit des Patienten am Leben zu erhalten.

1. Können Sie die Tätigkeiten, welche für Ihren Alltag notwendig und wichtig sind so ausüben, wie sie es möchten?
2. Können Sie den Alltag ohne den Einsatz von Hilfsmitteln bewältigen?
3. Gibt es Dinge, welche Sie gerne tun würden und die Sie sich heute nicht mehr zutrauen, verglichen mit der Zeit vor der Erkrankung?

Wird eine dieser Fragen mit «Nein» beantwortet, so sollte tiefer nach den Ursachen geforscht und eine Rehabilitationsbehandlung in Erwägung gezogen werden.

Als Beispiel:

- Hat der Patient das Vertrauen in seinen Körper verloren?
- Hat der Patient Schmerzen?
- Leidet der Patient unter Fatigue?
- Leidet der Patient unter Depressionen?
- Existieren psychophysische Einschränkungen welche den Patienten behindern?
- etc.

Es ist zu beachten, dass Symptome im Praxisalltag oft besser dokumentiert sind als die Funktions- und Partizipationsprobleme, welche sich daraus für den Patienten ergeben (5). Um Strategien zum Umgang mit vorhandenen Einschränkungen zu erarbeiten, empfiehlt sich allenfalls das Hinzuziehen einer in Rehabilitationsfragen geschulten Fachperson.

Eine andere Annäherung an das Abschätzen des Rehabilitationsbedarfs anhand einer «Performance Scale» zeigt Abb. 1.

Wird eine Rehabilitationsmassnahme erwogen so sind folgende Punkte zu klären:

1. Besteht ein realistisches Rehabilitationsziel?
2. Ist der Patient rehabilitationsfähig?
3. Wie ist das Rehabilitationspotential bezogen auf die Zielsetzung?
4. Unter Berücksichtigung der ersten beiden Punkte: wie ist die Rehabilitationsprognose?

Für eine sinnvolle Rehabilitationsbehandlung braucht es ein realistisches Ziel, das persönliche Potential des Patienten dieses zu erreichen, die physischen und psychischen Voraussetzungen sowie die Motivation von Patient und Umfeld, sich für diese Zielsetzung zu investieren und bei der Behandlung mitzumachen (Rehabilitationsfähigkeit). Sind diese Voraussetzungen gegeben, kann von einer günstigen Rehabilitationsprognose ausgegangen werden (Tab. 2).

Rehabilitationsfähigkeit, Rehabilitationspotential und Rehabilitationsprognose (Def Reha 1.0)

Die **Rehabilitationsfähigkeit** bezieht sich auf die physische und psychische Verfassung, die Motivation, die Motivierbarkeit und Belastbarkeit des Rehabilitanden zur Teilnahme an der Rehabilitation.

Das **Rehabilitationspotenzial** gibt die Fähigkeit wieder, individuelle und realistische Rehabilitationsziele zu erreichen.

Die **Rehabilitationsprognose** ist eine begründete Wahrscheinlichkeitsaussage zur Erreichbarkeit eines gemeinsam festgelegten Rehabilitationszieles. Dazu werden über einen notwendigen Zeitraum verschiedene Interventionen ausgehend von der aktuellen Erkrankung/Behinderung, des bisherigen Verlaufes, der Rückbildungsfähigkeit und des Kompensationspotenzials verbunden mit den individuellen Ressourcen miteinander verknüpft.

Tabelle 2

0	Voll Funktions- und Partizipationsfähig. - braucht krankheitsbedingt keine Hilfsmittel - geht den gewohnten Freizeitaktivitäten nach
1	Fähigkeit selbständig zu leben trotz Funktionseinschränkungen - bei erhaltener Arbeitsfähigkeit
1+	- allenfalls unter Einhaltung von zusätzlichen Ruhezeiten - mittels Arbeitsplatzanpassung - mittels Hilfsmitteln - eingeschränkt in den gewohnten Freizeitaktivitäten
2	Fähigkeit selbständig zu leben trotz Funktionseinschränkungen und fähig „leichte“ und an die Situation angepasste Arbeiten zu verrichten.
2+	- allenfalls unter Einhaltung von zusätzlichen Ruhezeiten - mittels Arbeitsplatzanpassung - mittels Hilfsmitteln - eingeschränkt in den gewohnten Freizeitaktivitäten
3	Fähig selbständig zu leben aber so stark eingeschränkt, dass keine zusätzlichen Tätigkeiten verrichtet werden können - weniger als 50% der „wachen“ Zeit im Bett
4	Fähig mittels zusätzlicher Hilfe alleine zu leben. - mehr als 50% der „wachen“ Zeit im Lehnstuhl oder im Bett
5	Vollständig Pflegeabhängig
6	Tod

Rehabilitationsmassnahmen in Betracht ziehen

Abbildung 1
Einschätzung des Rehabilitationsbedarfs aufgrund der Leistungsfähigkeit im Alltag (ECOG-PSR Adaptiert)

Zertifizierung «internistisch-onkologische Rehabilitation»

Bei einem positiven Entscheid für eine Rehabilitationsmassnahme stellt sich die Frage nach dem Ort der Durchführung. Sind in vernünftig erreichbarer Distanz ambulante Angebote vorhanden, so empfiehlt sich eine Kontaktaufnahme mit diesen Anbietern. Ist der Patient sehr geschwächt, braucht er eine hohe Therapieintensität oder sind die Wegstrecken dem Patienten nicht zumutbar, so empfiehlt sich die Zuweisung in eine stationäre Rehabilitationseinrichtung.

Ab dem Jahr 2015 können sich stationäre Rehabilitationseinrichtungen bei «SWISS REHA» für die «internistisch-onkologische Rehabilitation» zertifizieren lassen. Die Erfüllung dieser Kriterien, welche in weiten Teilen den noch unveröffentlichten Qualitätskriterien von «oncoreha.ch» entsprechen, gibt einen Hinweis auf die Qualität des Leistungsanbieters.

Einen einfach anwendbaren Algorithmus zum Entscheid über stationäre oder ambulante Rehabilitation sowie darüber, ob überhaupt eine Rehabilitationsindikation vorliegt, zeigt Abb. 2.

Offene Punkte bleiben im Augenblick die Wiedereingliederung der Patienten und Patientinnen ins Berufsleben

sowie die onkologische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen. Für die berufliche Wiedereingliederung stehen in verschiedenen Rehabilitationskliniken Abklärungsinstrumente wie die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) (6) zur Verfügung. Hier lohnt sich der individuelle Dialog mit den aufnehmenden Leistungsanbietern. Ansonsten sind die kantonalen IV-Stellen für Hilfestellungen und Fragen betreffend der beruflichen Wiedereingliederung zuständig. Das Krankenversicherungsgesetz schliesst diese Fragestellungen leider weitgehend aus.

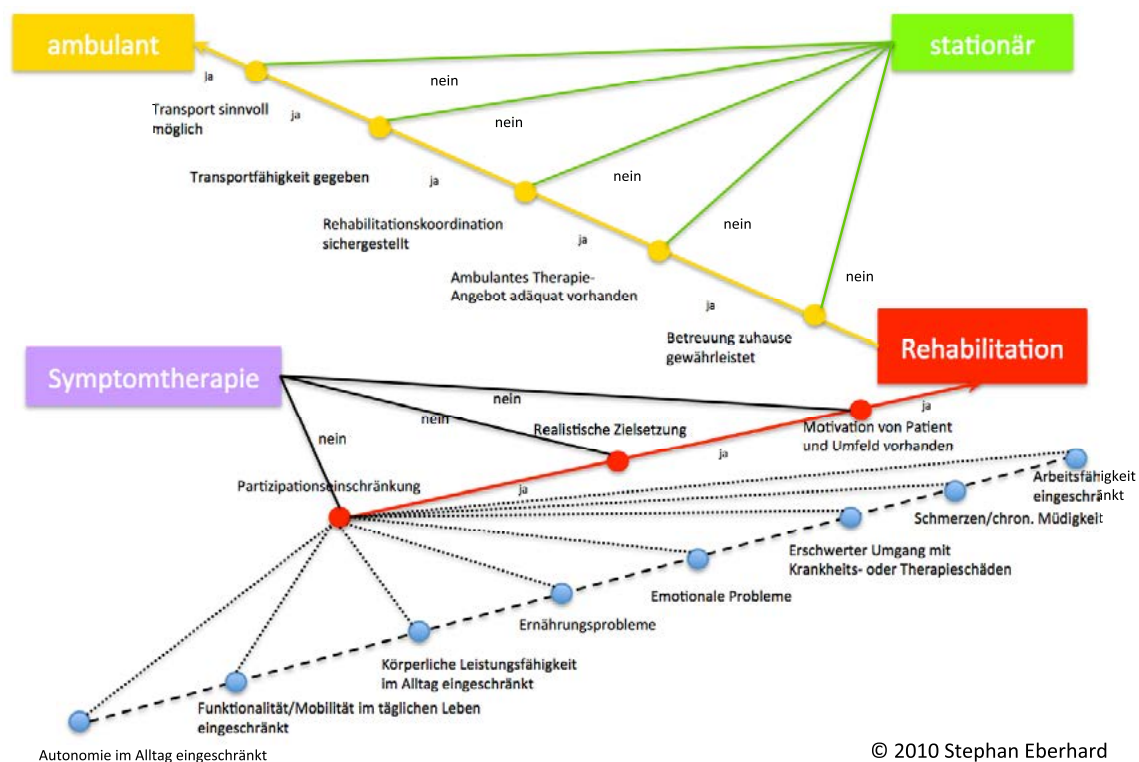
Strukturkriterien im ambulanten Bereich

Abschliessend noch ein Hinweis auf die spezielle Regelung der stationären Rehabilitation im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) in der Schweiz:

Die Krankenpflege – Leistungsverordnung (KLV) schreibt in Anhang 1 Art 11 vor (7), dass jede stationäre Rehabilitationsbehandlung mittels eines ärztlichen Gesuchs an den Versicherer vorgängig beantragt werden muss und dieses vom Vertrauensarzt der entsprechenden Kranken-

Abbildung 2

Algorithmus zum Entscheid über Rehabilitationsindikation und Art der Rehabilitationsbehandlung (stationär oder ambulant)



kasse positiv beurteilt werden muss, um eine Kostengutsprache für eine Rehabilitationsbehandlung zu erhalten. Dabei ist zu beachten, dass ein negativer Bescheid an den Patienten rechtlich einem Vorbescheid entspricht und der Patient – nicht der Arzt – in diesem Fall eine rekursfähige Verfügung bei der entsprechenden Krankenkasse einfordern kann. Der Rekursweg im Rahmen der Grundversicherung (KVG) ist für den Patienten kostenlos.

Der Verein «oncoreha.ch» hat Ende 2014 mit der Schweizer Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte (SGV) ein gemeinsames Projekt zur Erarbeitung von Indikationskriterien für die stationäre onkologische Rehabilitation gestartet. Die Erarbeitung dieser Kriterien wird das Kostengutsprachewesen für die onkologische Rehabilitation vereinheitlichen und vereinfachen.

Im ambulanten Bereich fehlen bisher sowohl Strukturkriterien als auch ein einheitlicher Rehabilitationstarif. Strukturkriterien sind von Seiten «SW!SS REHA» in Erarbeitung und deren Publikation ist für das Jahr 2015 zu erwarten. Für Fragen betreffend der Kostenübernahme durch die Krankenkassen sind in diesem Fall die Leistungserbringer die erste Anlaufstelle.

Literatur:

1. <http://www.oncosuisse.ch/seiten/startseite/?oid=1799&lang=de>
2. <http://www.oncosuisse.ch/seiten/startseite/?oid=1799&lang=de>
3. <http://www.hplus.ch/de/publikationen/fachpublikationen/>
4. <http://www.swiss-reha.com/swss-reha/qualitaetskriterien/index.php>
5. Cheville A.L., Beck L.A., Petersen T.L., Marks R.S., Gamble G.L. The detection and treatment of cancer-related functional problems in outpatient setting. Support Care Cancer, Vol 17, No. 1, p61-67, 15.05.2008
6. <http://sar-reha.ch/interessengemeinschaften/ig-ergonomie/efl.html>
7. <http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19950275/index.html>

Korrespondenz:

Stephan Eberhard
Berner Klinik Montana
CH-3963 Crans-Montana
stephan.eberhard@bernerklinik.ch

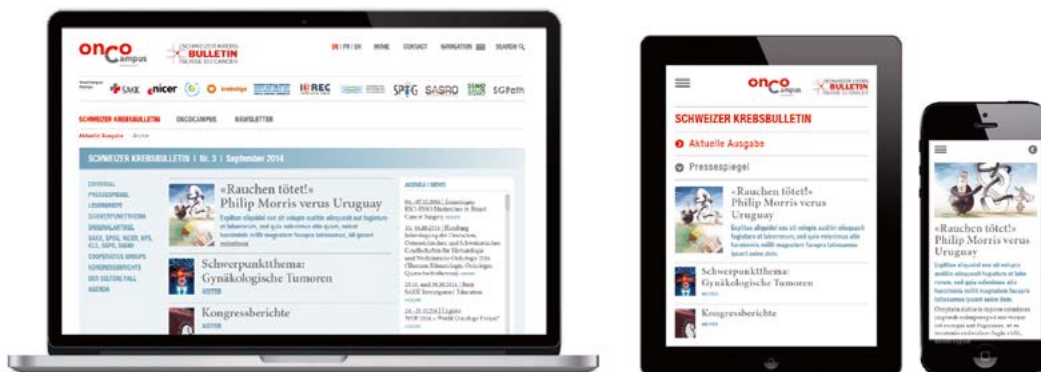


meets



Das Schweizer Krebsbulletin und OncoCampus Switzerland vertiefen ihre Zusammenarbeit mit dem Ziel, den wertvollen Inhalt dieser Zeitschrift auch auf digitalen Kanälen zu vermitteln. Dieses Projekt verhilft somit dem Schweizer Krebsbulletin zu stärkerer Verbreitung. Ausserdem können wichtige News auch zwischen dem Erscheinen der regulären Heftnummern vermittelt werden. Wir freuen uns auf eine zukünftige Zusammenarbeit mit Ihnen als Partner und ebenso auf Ihre Kontaktnahme mit uns:

Diese Abbildung ist nur eine mögliche Visualisierung und hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit



Onkologische Rehabilitation in der Schweiz: Aktuelle Situation und Zukunft

M. Ture^{1,3}, J. Jenewein², F. Angst³, A. Aeschlimann³,
C. Martin-Soelch⁴, U. Schnyder², H. Walt¹

¹Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und ²Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsspital Zürich, Schweiz, ³RehaClinic Bad Zurzach, Schweiz, ⁴Departement für Psychologie, Universität Freiburg, Schweiz

Einleitung

Eine Krebserkrankung führt oft zu körperlichen Beeinträchtigungen und psychischen Belastungen sowie zu einer verminderten Lebensqualität (LQ). Während und nach der Akutbehandlung kehren die Betroffenen häufig in ihre Umgebung zurück, ohne über die früheren körperlichen Kapazitäten zu verfügen. Dies wiederum belastet sie und die Angehörigen psychisch und physisch. Es ist daher bei der Betreuung von Krebspatienten ein ganzheitlich angelegter Ansatz mit interdisziplinären Behandlungsstrategien erforderlich [1]. Hauptziele der Rehabilitation (Reha) sind die Verbesserung der LQ und eine optimale Wiedereingliederung im Alltag [2, 3]. Es muss bei der Zielsetzung der Reha sowohl das soziale- als auch das berufliche Umfeld des Rehabilitanden berücksichtigt werden [3].

Hintergrund

Krebs ist die zweithäufigste Todesursache in der Schweiz [4]. Die Inzidenzrate betrug im Jahr 2008 für alle Krebserkrankungen (ohne Melanome) 37'600 Neuerkrankungen und 17'000 Todesfälle [5]. Dank Früherkennung, Prävention und Fortschritten in den Behandlungsmethoden steigt die Überlebensrate stetig, weshalb Krebs heutzutage oft auch als chronische Erkrankung erscheint [4]. Zusammen mit dem Altern der Bevölkerung gewinnt die Etablierung onkologischer Reha-Massnahmen zusätzlich an Bedeutung und wird ein wichtiger Aspekt auch für die Versicherer. Insbesondere werden geringere Kosten durch weniger IV-Rentenversicherungsfälle und Krankheitstage erwartet [6, 7].

Die heutige Situation in der Schweiz und die Rolle der integrativen Medizin

In einigen westlichen Ländern ist die onkologische Reha bereits ein fester Bestandteil der Krebsbehandlung [4]. Studien belegen deutlich die Wirksamkeit onkologischer Reha-Programme [8, 9, 10, 11, 12]. Während in angelsächsischen- und anderen nördlichen Ländern ambulante

Programme etabliert sind, wendet man in der Schweiz, Österreich und Deutschland eher stationäre Massnahmen an [4, 13]. Strukturierte, standardisierte Screening- und Anmeldeverfahren sowie klare Regelungen bezüglich der Finanzierung stationärer onkologischer Reha-Massnahmen sind zwingend, denn lange Wartezeiten auf einen Reha-Platz sind oft ein Grund zur Stornierung der Anmeldung.

Neben körperlichen Beeinträchtigungen leiden Patienten oft auch an psychischen Belastungen und Fatigue [14, 15, 16, 17, 18, 19]. Letzteres ist durch anhaltende Müdigkeit und rasche Erschöpfung gekennzeichnet, die in Zusammenhang mit der Erkrankung und deren Therapiemassnahmen stehen [20, 21]. Während und kurz nach der Chemo- oder Radiotherapie leiden bis zu 95% der Patienten daran [21, 22]. Trotz der hohen Patientenanzahl fehlen oft systematische Screenings sowie Behandlungsmöglichkeiten [23]. Zu Letzteren gehören körperliches Training, Psychoedukation und Verhaltenstherapie [24, 25]. Zudem bietet die Komplementärmedizin integrative, ergänzende Behandlungsmöglichkeiten wie Yoga, Qigong, Akupunktur, Akupressur, Einnahme von Ginseng oder Guarana [21].

Die Zukunft der onkologischen Rehabilitation in der Schweiz

Die Forschung zur onkologischen Reha in der Schweiz steckt noch in den Anfängen. Daher wurde eine Pilotstudie entwickelt, in welcher die aktuelle Situation bezüglich Inanspruchnahme, Finanzierung und Wirksamkeit stationärer onkologischer Reha untersucht wird [26]. Mittels standardisierter Fragebogen und unter Berücksichtigung relevanter psychosozialer Einflussfaktoren sollen die LQ sowie der subjektive Gesundheitszustand von Krebspatienten mit und ohne onkologischer stationärer Reha quantifiziert werden. Ausserdem wird der Verlauf der LQ bis zu vier Monaten nach dem stationären Eingriff gemessen. Dies wird durch eine multizentrische Kohortenstudie ermöglicht. Die Patienten der Interventionsgruppe nehmen eine Reha in Anspruch, während die Kontrollgruppe 1 trotz Reha-Empfehlung keine Reha-Finanzierung durch die Krankenkasse und die Kontrollgruppe 2 keine Reha-Empfehlung ärztlicherseits erhalten. Die Daten der drei Gruppen werden an folgenden Zeitpunkten erfasst: Spitaleintritt, Spitalaustritt bzw. Reha-Beginn, Ende der Reha und drei Monate danach. Die Datenanalyse erfolgt anhand von statistischen Vergleichen, Korrelationen, multiplen linearen und logistischen Regressionen. Die Rekrutierung dauerte von April 2013 bis November 2014 und wurde von Zurzach Spa Foundation Schweiz finanziell unterstützt. Die Daten geben einen Einblick über Konzepte und mögliche Wirkungen der Nachbehandlung von onkologischen Patienten nach initialer Therapie im

Akutspital in der Schweiz. Die Evidenz-basierten Schlussfolgerungen helfen mit, die Wissenslücken gegenüber anderen Ländern zu schliessen.

Referenzen

- Engel, G. L. (1977). The need for a new model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-137.
- Cromes, G.F. (1978). Implementation of interdisciplinary rehabilitation. *Rehab Counselling Bull*, 21, 230 – 237.
- World Health Organization (1981). *Disability Prevention and Rehabilitation*. Technical Report Series no. 668. Geneva: WHO.
- Oncosuisse (2011). *Nationales Krebsprogramm für die Schweiz 2011-2015*. Bern: Rub Graf-Lehmann AG.
- Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10 (<http://globocan.iarc.fr>). Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010.
- Ewert, T., Cieza, A., Stucki, G. (2002). Die ICF in der Rehabilitation. *Phys Med Rehab Kuror*, 12, 157 - 162
- Neary D. Epidemiology (2009). In: Feuerstein M. (Ed). *Work and cancer survivors*. Springer Science+Business Media.
- Korstjens I., Mesters I., Van der Peet E., Gijzen B. & Van den Borne B. (2006) Quality of life of cancer survivors after physical and psychosocial rehabilitation. *European Journal of Cancer Prevention*, 15, 541–547.
- Khan, F., Amatya, B. Ng, L., Demetrios, M., Zhang, N.Y. & Turner-Stokes, L. (2012). Multidisciplinary rehabilitation for follow-up of women treated for breast cancer. Review. Cochrane Database of Systematic Reviews. 12:CD009553.
- Mewes JC., Steuten LM., Ijzerman MJ., van Harten WH. (2012). Effectiveness of multidimensional cancer survivor rehabilitation and cost-effectiveness of cancer rehabilitation in general: a systematic review. *Oncologist*, 17(12), 1581-93.
- Hellbom, M., Bergelt, C., Bergenmar, M., Gijzen, B., Hävard Loge, J., Rautalathi, M., Smaradottir, A. & Johansen, C. (2011). Cancer rehabilitation: A Nordic and European perspective. *Acta Oncologica*, 50, 179–186.
- Teichmann, J. V. (2002). Onkologische Rehabilitation: Evaluation der Effektivität stationärer onkologischer Rehabilitationsmassnahmen. *Rehabilitation*, 41, 53 – 63.
- Perseus, J., Catuogno S., Wyrsh Nadja (2014) Onkologische Rehabilitation in der Schweiz: Behandlungsschwerpunkte und Perspektiven. *Info Onkologie & Hämatologie*, 2, 23-26
- DeFlorio, M.L. & Massie, M.J. (1995). Review of depression in cancer: gender differences. *Depression*, 3, 66–80.
- Härter, M., Reuter, K., Aschenbrenner, A. & Schretzmann, N. (2001). Psychiatric disorders and associated factors in cancer: results of an interview study with patients in inpatient, rehabilitation and outpatient treatment. *European Journal of Cancer*, 37, 1385–1393.
- Honda, K. & Goodwin, R. (2004). Cancer and mental disorders in a national community sample: findings from National Comorbidity Survey. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 235 – 242.
- Curt, G. A., Breitbart, W., Cella, D., Groopman, J. E., Horning, S. J., Itri, L. M., Johnson, D. H., Miaskowski, C., Scherr, S. L., Portenoy, R. K., & Volgelzang, N. J. (2000). Impact of cancer-related fatigue on the lives of patients: New findings from the fatigue coalition. *Oncologist*, 4, 353 – 360.
- Ahlber, K., Ekman, T., Gaston-Johansson, F. & Mock, V. (2003). Assessment and management of cancer-related fatigue in adults. Review. *Lancet*, 362, 640–50.
- Glaus, A. (1998). Fatigue in patients with cancer. Analysis and assessment. *Recent Results Cancer Research*, 145 (I-XI), 1 – 172.
- Minton, O., Berger, A., Barsevick, A. et al. (2013). Cancer-related fatigue and its impact on functioning. *Cancer* 119 (Suppl 11), 2124 – 2130.
- Witt, C.M., Horneber, M. & Rostock, M. (2014). Komplementärmedizin bei der tumorassoziierten Fatigue. *TumorDiagn u Ther*, 35, 326 – 330.
- Prue, G., Rankin, J., Allen, J., Gracey, J. et al. (2006). Cancer-related fatigue: A critical appraisal. *Eur J Cancer*, 42, 846–863.
- Escalante, C.P., Manzullo, E.F. (2009). Cancer-related fatigue: the approach and treatment. *J Gen Intern Med*, 24 (Suppl 2), 412–S416.
- Howell, D., Keller-Olaman, S., Oliver, T.K. et al. (2013). Apan-Canadian practice guideline and algorithm: screening, assessment, and supportive care of adults with cancer-related fatigue. *Curr Oncol*, 20, e233–e246.
- National Comprehensive Cancer Network. *NCCN Cancer-Related Fatigue Panel*. Cancer- Related Fatigue (2014). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) Version 1. www.pfizerpro.com/resources/minisites/oncology/docs/NCCNFatigueGuidelines.pdf
- Ture, M., Jenewein, J., Angst, F., Aeschlimann, A., Martin-Soelch, C., Schnyder, U., Walt, H. (2013). Outcome and effectiveness of cancer rehabilitation in Switzerland: A study protocol. *Schweizer Krebsbulletin*, 33, 123-124.

Korrespondenz:

Prof. Dr. Heinrich Walt
 Universitätsspital Zürich
 Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
 Frauenklinikstrasse 24, CH-8091 Zürich
heinrich.walt@usz.ch, www.oncocampus.ch

Qualitätssicherung in der onkologischen Rehabilitation – Wo stehen wir heute?

Nic Zerkiebel, Klinik Susenberg, Zürich

Einleitung

Der Begriff «onkologische Rehabilitation» wurde an anderer Stelle definiert^{1,2}. Zum Thema Qualitätssicherung in der onkologischen Rehabilitation sind in der Schweiz in den vergangenen Jahren bereits Publikationen erschienen^{3,4}. Wo stehen wir heute? Was gibt es noch zu tun?

Aufgrund der Entwicklung in der Onkologie mit zunehmender Chronifizierung onkologischer Erkrankungen und der resultierenden Zunahme der Fälle besteht ein wachsender Bedarf an spezifischer onkologischer Rehabilitation. Es existieren verschiedene ambulante und stationäre Rehabilitationsangebote für Patienten mit einer Krebserkrankung. Deren Indikationen, Zielsetzungen, Qualität und koordinierende Strukturen sind jedoch häufig unzureichend definiert. Die Finanzierung ist gerade bei ambulanten Programmen vielfach nicht geklärt. Das Bewusstsein um die Notwendigkeit einer onkologischen Rehabilitation ist bei politischen Entscheidungsträgern, Versicherungen und Fachpersonen in der Onkologie am Wachsen. Der Verein oncoreha.ch setzt sich seit Jahren für die Anerkennung der interdisziplinären und multiprofessionellen onkologischen Rehabilitation als eigenständigen Teil des Unterstützungsprozesses für alle von Krebs Betroffenen in der Schweiz ein. Der Vorstand von oncoreha.ch hat 2011 die Arbeitsgruppe Qualität beauftragt, Qualitätskriterien zu definieren, damit die onkologische Rehabilitation mit hoher Qualität, mit den notwendigen finanziellen Mitteln und der politischen Abstützung gezielt weiter entwickelt werden kann.

Definitionen

Qualität ist ein Mass dafür, wie sehr Leistungen des Gesundheitswesens für Individuen oder ganze Bevölkerungsgruppen die Wahrscheinlichkeit erwünschter Gesundheitsergebnisse erhöhen und dem aktuellen Fachwissen entsprechen.⁵ Qualität kann ferner als Übereinstimmung von Leistungen mit Ansprüchen oder als Erfüllung der gemeinsam vereinbarten Anforderungen umschrieben werden. Das zentrale Element in der Qualitätssicherung

ist der SOLL/IST-Vergleich. Das heisst, es können nur Strukturen, Prozesse, Ergebnisse etc. optimiert werden, zu welchen auch einigermassen breit abgestützte, gesicherte SOLL-Vorstellungen vorhanden sind.

Dieses SOLL setzt sich aus verschiedenen Elementen zusammen. Die wichtigsten sind:

- «State of the Art» (Practice Guidelines, Literatur, Lehrbücher, Evidence based Medicine/Nursing/Practice, systematisiertes Erfahrungswissen, wissenschaftliche Erkenntnis etc.);
- Wünsche und Vorstellungen der Patienten und ihrer Angehörigen;
- Wirtschaftlichkeit (Vorgaben aus den Tarifverträgen, seitens des Kantons, des Bundes etc.).

Qualitätssicherung umfasst alle organisatorischen und technischen Massnahmen, die der Schaffung und Erhaltung einer definierten Qualität eines Produkts oder einer Dienstleistung dienen.

Qualitätskriterien (auch *Normen* genannt) sind das, was nach Ansicht von Fachleuten, Berufsleuten, Wissenschaft, Politik, Patienten und deren Angehörige als gute Struktur, guten Prozess, gutes Ergebnis und angemessene Behandlung oder Betreuung angesehen wird. Um zur Umschreibung eines Qualitätskriteriums zu kommen, muss ein Einigungs- und Genehmigungsverfahren unter den genannten Gruppen eingeleitet und abgeschlossen worden sein («Qualität muss vereinbart werden.»). Eine von oncoreha.ch eingesetzte Arbeitsgruppe, bestehend aus Vertretern verschiedener Berufsgruppen ambulanter und stationärer onkologischer Rehabilitationsprogramme, hat ein Konzept zur Qualitätssicherung in der onkologischen Rehabilitation entwickelt⁶. Als Teil dieses Konzeptes wurden ein Katalog mit branchenspezifischen Qualitätskriterien für ambulante und stationäre onkologische Rehabilitation und ein Strukturhebungsbogen erarbeitet. Dieser Katalog wurde einer ausgewählten Anzahl von Fachleuten zur Vernehmlassung unterbreitet. Die eingegangenen Stellungnahmen wurden berücksichtigt und in die Endfassung eingearbeitet.

Die Qualitätskriterien gliedern sich in sechs Bereiche

- a) Konzept
- b) Interprofessionelles Leistungsangebot
- c) Ärztliche Leitung und Verantwortung
- d) Prozessoptimierung
- e) Fachliche Kompetenz der Leistungserbringer
- f) Arbeit mit Qualitätskennzahlen

Um die Massnahmen zur Qualitätssicherung und Qualitätsförderung einer Einrichtung nach aussen nachweisen zu können (**Transparenz der Qualität**), gibt es hauptsächlich folgende drei Möglichkeiten:

- Qualitätslabel⁷ und/oder Zertifikate⁸ (eine unabhängige Stelle bescheinigt (= zertifiziert) der Einrichtung, dass sie über ein funktionierendes Qualitätsmanagementsystem verfügt (Zertifikat) bzw. eine gute Leistungsqualität erbringt (Label). Die Erteilung eines Qualitätslabels oder Zertifikates erfolgt auf der Grundlage von schriftlichen Unterlagen und Audits. Für das Audit eignet sich im Gesundheitswesen die externe Peer⁹ Review auf Basis von Qualitätskriterien. Sowohl die Qualitätskriterien als auch der Strukturhebungsbogen der Arbeitsgruppe Qualität von oncoreha.ch dienten als Grundlage bei der Erarbeitung des Kriterienkataloges für die onkologische Rehabilitation von SW!SSREHA¹⁰. Mit der Anerkennung dieses Kriterienkataloges durch SW!SSREHA besteht ab sofort für stationäre Leistungserbringer die Möglichkeit einer Zertifizierung. Kriterien für ambulante Angebote werden zurzeit entwickelt.
- Qualitätsberichte (die Einrichtung legt regelmässig Rechenschaft über ihre Anstrengungen und Erfolge der Qualitätssicherung und Qualitätsförderung ab). Der Strukturhebungsbogen der Arbeitsgruppe Qualität von oncoreha.ch kann als Minimumvariante eines Qualitätsberichtes angesehen werden. H⁺ stellt eine Vorlage zur Erstellung von Qualitätsberichten für stationäre Einrichtungen zur Verfügung.
- Kennzahlen (die Einrichtung weist nach, inwiefern sie Qualitätsziele erreicht, indem sie die Zielerreichung misst). Aktuell existieren noch keine anerkannten Kennzahlen für die onkologische Rehabilitation. Stationäre Einrichtungen sind gemäss dem nationalen Messplan Rehabilitation des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ verpflichtet, onkologie-unspezifische Daten zu erheben und einzureichen.

Wo stehen wir heute?

Zur Erhebung der aktuellen Qualität bestehender ambulanter und stationärer Angebote für onkologische Rehabilitation wurden die wie oben beschrieben interprofessionell erarbeiteten, vernehmlasssten Qualitätskriterien sowie der Strukturhebungsbogen 2013/2014 von zwölf Mitgliedern des Vereins oncoreha.ch auf den Erfüllungsgrad geprüft respektive ausgefüllt (Selbstdeklaration, kein externes Audit). Dabei zeigte sich ein sehr erfreuliches Bild. Die meisten teilnehmenden Leistungserbringer erfüllen gemäss eigenen Angaben bereits heute einen Grossteil der Qualitätskriterien. Dies gilt insbesondere für die Bereiche Konzept, interprofessionelles Leistungsangebot, Ärztliche Leitung und Verantwortung sowie Prozessoptimierung. Betreffend der fachlichen Kompetenz der Leistungserbringer mangelt es zurzeit noch an spezifischen Weiter- und Fortbildungsangeboten für zahlreiche Berufsgruppen. Deshalb wird dieser Punkt von den meisten Anbietern nur teilweise erfüllt.

Bei der Auswertung der Strukturhebungsbögen zeigte sich, dass viele Anbieter die onkologischen Rehabilitationspatienten nicht in spezifischen Programmen behandeln und somit keine genauen Angaben betreffend der Ressourcen/Stellenprozente der involvierten Fachspezialisten und Berufsgruppen machen konnten. Das Angebot an Fachspezialisten und die notwendige Infrastruktur ist aber bei den meisten Anbietern bereits jetzt vorhanden. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Gebiet der onkologischen Rehabilitation noch im Aufbau begriffen ist, dass aber schon jetzt vielerorts gute Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität¹¹ vorhanden ist.

Was gibt es noch zu tun?

In den vergangenen Jahren wurde bezüglich Verankerung der onkologischen Rehabilitation schon viel erreicht. Dennoch bestehen wie schon im Artikel 2012³ beschrieben noch zahlreiche offene Punkte, welche zur Qualitätssicherung in der onkologischen Rehabilitation in der Schweiz geklärt und definiert werden sollten. Unter anderem braucht es ein einfaches Screening-Instrument zur Erfassung von Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und -prognose von Krebspatienten für die behandelnden Onkologen, Haus- und Spitalärzte. Innerhalb des Rehabilitationszyklus fehlen schweizweit einheitliche onkologiespezifische Assessment-Instrumente und partizipationsorientierte Grobzielkategorien (Stichwort ANQ-Messplan). Darauf aufbauend könnten problem- und partizipationsorientierte Leitlinien/Behandlungspfade als Orientierungshilfe und als Instrument für die Qualitätssicherung erarbeitet werden, welche für die einzelnen Einrichtungen an ihre eigenen Bedürfnisse adaptierbar wären. Des Weiteren sollte versucht werden, einige wenige, möglichst einfach zu erhebende Kennzahlen der Leistungsqualität aus den Bereichen Struktur, Prozess, Ergebnis und Indikation (Angemessenheit) zu definieren. Eine Kennzahl ist die Umsetzung eines Qualitätsmerkmals in eine quantifizierbare Grösse. Diese Grössen interessieren allerdings nur, wenn sie durch Massnahmen der Qualitätssicherung und -förderung auch tatsächlich beeinflusst werden können. Gesucht sind also einige wenige Kennzahlen der Qualitätsentwicklung, die

- aussagekräftig sind, d. h. mit relevanten Fragen der Leistungsqualität in der onkologischen Rehabilitation in Beziehung stehen;
- einfach (d. h. kostengünstig) zu erheben sind;
- interinstitutionell, ev. gesamtschweizerisch, ev. international vergleichbar sind (Referenzwerte!);
- positiv beeinflusst werden können

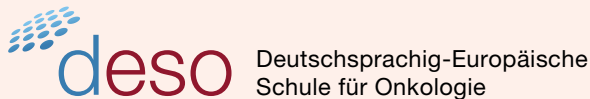
Zu guter Letzt sollte die onkologische Rehabilitation in den Aus-, Weiter- und Fortbildungsprogrammen der verschiedenen Berufsgruppen verankert werden, um die Qualität langfristig und anhaltend zu fördern und zu sichern.

Literatur:

1. Eberhard S., Nationales Krebsprogramm für die Schweiz 2011-2015, pp 148-161, Oncosuise
2. Eberhard S., Onkologische Rehabilitation; wann, wo und für wen? Schweizer Krebsbulletin Nr. 1/2015, p. 17-20
3. Zerkiebel N., Qualitätssicherung in der onkologischen Rehabilitation. Schweizer Krebsbulletin Nr. 3/2012, p. 218-221
4. Zerkiebel N., Qualitätssicherung in der onkologischen Rehabilitation, SGGP Bern, Band 124, 2014
5. Quelle: Zertifizierung im medizinischen Kontext. Empfehlungen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Juni 2011
6. Zerkiebel N., Bachmann-Mettler I., Mauri S., Nobs M., Perseus J., Rothenbühler M., Schneider B., Konzept Qualitätssicherung in der onkologischen Rehabilitation, 2013, unveröffentlichtes Dokument
7. Ein Qualitätslabel oder Qualitätsgütesiegel ist ein Konformitätszeichen, das bestätigt, dass ein Produkt oder eine Leistung bestimmte normative Anforderungen erfüllt. Ob ein Produkt oder eine Leistung die normativen Anforderungen erfüllt, wird durch ein Audit vor Ort überprüft. Quelle: Zertifizierung im medizinischen Kontext. Empfehlungen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Juni 2011
8. Zertifikat: Urkunde oder Bestätigung, die beschreibt, aufgrund welcher Prüfprozesse zu welchem Zeitpunkt und durch wen festgestellt worden ist, dass ein Qualitätsmanagementsystem, ein Produkt oder eine Leistung die definierten normativen Anforderungen zum Zeitpunkt des Audits erfüllt. Quelle: Zertifizierung im medizinischen Kontext. Empfehlungen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Juni 2011
9. Ein Peer ist ein «Gleichrangiger» oder «Ebenbürtiger». Die Gleichrangigkeit des Peers bezieht sich sowohl auf die hierarchische Stellung in einer Einrichtung als auch auf die fachliche Kompetenz und den beruflichen Erfahrungshintergrund. Übernimmt der Peer die Funktion des Auditors, ist eher Gewähr für fachgerechte und inhaltlich vertiefte Prüfung, Empathie auf Seiten des Auditteams sowie Akzeptanz der Bewertung auf Seiten der Auditierten geboten. Quelle: Zertifizierung im medizinischen Kontext. Empfehlungen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Juni 2011
10. Eberhard S., SW!SS REHA: Qualitäts- und Leistungskriterien internistisch-onkologische Rehabilitation, Schweizer Krebsbulletin Nr. 1/2015, p. 26
11. Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem Fund Q, 44, Suppl:166-206

Korrespondenz:

Dr. med. Nic Zerkiebel EMBA FH
Chefarzt, Vorsitzender der Geschäftsleitung
Klinik Susenberg
Schreiberweg 9, CH-8044 Zürich
Tel. +41 (0)44 268 38 38
n.zerkiebel@susenbergklinik.ch



18. Internationales Seminar «Onkologische Pflege – Fortgeschrittene Praxis»

03. - 04. September 2015, Universität St. Gallen / Schweiz

Seminarziele und -Leitung:

- Wissen aus onkologischer Forschung und Literatur vermehren und vertiefen
- Eigene Pflegepraxis reflektieren und mit dem existierenden Wissen vergleichen
- Erkennen, welche Veränderungen in der eigenen Pflegepraxis nötig sind

Dr. Agnes Glaus, PhD, Pflege-Expertin, Tumor- und Brustzentrum ZeTuP, St. Gallen (CH)

Monica Fliedner, MSN, Pflege-Expertin, Inselspital, Bern (CH)

Elke Irlinger, MHSc, Pflege-Expertin, Stuttgart (DE)

Mag. Irene Achatz, Universitätsklinik für Innere Medizin, Wien (AT)

Akkreditierung durch die EONS

Informationen: Deutschsprachig-Europäische Schule für Onkologie (deso), Frau Gabi Laesser
Rorschacherstr. 150, CH-9006 St. Gallen, Schweiz
Tel. +41 (0)71 243 00 32, Fax +41 (0)71 245 68 05
deso@oncoconferences.ch, www.oncoconferences.ch (Rubrik deso)

SW!SS REHA: Qualitäts- und Leistungskriterien internistisch-onkologische Rehabilitation

Stephan Eberhard, Berner Klinik Montana
Präsident oncoreha.ch
Stephan.eberhard@bernerklinik.ch

An der ausserordentlichen Generalversammlung im November 2014 hat der Verein SW!SS REHA Qualitäts- und Leistungskriterien für die internistisch-onkologische Rehabilitation (1) verabschiedet. Somit finden sich nun unter dem Dach von SW!SS REHA Qualitätskriterien für 7 von 9 der im Grundsatzpapier Def Reha 1.0 (2) genannten Rehabilitationsgebiete.

SW!SS REHA ist der Verband der führenden Rehabilitationskliniken der Schweiz. Als solcher hat er sich dem Anliegen verschrieben, die Rehabilitation in der Schweiz zum Wohle der Patientinnen und Patienten als festen Bestandteil des Gesundheitswesens zu etablieren und dieses Anliegen durch die Förderung hochqualitativer Leistungen zu fördern. Jeder Leistungsanbieter, welcher die vorliegenden Qualitätsanforderungen erfüllt und ein entsprechendes Assessment besteht, kann Mitglied von SW!SS REHA werden.

Wie hoch die durch SW!SS REHA geleistete Arbeit mit den Qualitäts- und Leistungskriterien eingeschätzt wird, zeigt sich daran, dass viele Kantone diese Kriterien als Grundlage für die Ausschreibung von Leistungsaufträgen beiziehen. In diesem Sinn darf es eine legitime Vision sein, dass die meist überregional agierenden Rehabilitationskliniken zukünftig noch vermehrt von dieser Arbeit profitieren können, sollten sich die Kantone für die Leistungsausschreibung einheitlich an den SW!SS REHA Kriterien orientieren.

Die neu vorliegenden Kriterien für die internistisch-onkologische Rehabilitation ermöglichen nun auch eine Akkreditierung für dieses Fachgebiet. Die Kriterien wurden zusammen mit der Arbeitsgruppe Internistische Rehabilitation der SGIM und oncoreha.ch erarbeitet und tragen somit den fachlichen Bedürfnissen in vorbildlicher Weise Rechnung. Die Kriterien definieren einen Qualitäts- und Leistungsstandard, welcher sowohl aus Sicht der Fachgruppen als auch von SW!SS REHA für eine sinnvolle

Leistungserbringung erreicht werden muss. Für dieses junge Fachgebiet war es aber auch notwendig, die Kriterien nicht zu eng zu formulieren um weder die Kreativität der Leistungsanbieter noch die daraus folgende Fachgebietsentwicklung einzuschränken. Die Kriterien sind am 1. Januar 2015 in Kraft getreten und es wird sich zeigen, wie gut sie sich im Alltag bewähren. Sie werden regelmässig an neue Erkenntnisse angepasst werden.

Für die Entwicklung und Strukturierung der onkologischen Rehabilitation ist die Verabschiedung dieser Kriterien ein wichtiger Schritt in die Zukunft. Ab sofort gibt es einen Rahmen, an dem sich sowohl Leistungsanbieter, Kostenträger als auch Behörden und politische Gremien orientieren können. Ebenso zeigt sich die Stossrichtung für die Weiterentwicklung des Fachgebietes.

Die Verbindung der zwei Fachrichtungen «onkologische Rehabilitation» und «internistische Rehabilitation» hat sich aufgrund der grossen Gemeinsamkeiten ergeben. Grundsätzlich handelt es sich aber um zwei eigenständige Fachgebiete.

Es ist wünschenswert, dass sich die Leistungsanbieter, welche im Gebiet der onkologischen Rehabilitation tätig sind, zukünftig an diesen Kriterien orientieren. Die Kriterien sind absichtlich so verfasst, dass man als Klinik mit eigener Abteilung aber auch als Leistungsanbieter mit einem Schwerpunkt in diesem Bereich das Assessment von SW!SS REHA bestehen kann.

Die neu vorliegenden Qualitäts- und Leistungskriterien gelten für die stationäre «internistisch-onkologische Rehabilitation». Qualitäts- und Leistungskriterien für ambulante Rehabilitationsangebote werden durch SW!SS REHA vermutlich im Verlaufe des Jahres 2015 verabschiedet.

<http://www.swiss-reha.com/swss-reha/qualitaetskriterien/index.php>

http://www.hplus.ch/de/publikationen/fachpublikationen/einzelansicht_produkte/nocache/1/?productuid=273

Korrespondenz:

Stephan Eberhard, Berner Klinik Montana
Präsident oncoreha.ch
Präsident AG Internistische Rehabilitation SGIM
CH-3963 Crans-Montana
stephan.eberhard@bernerklinik.ch

Onkologische Rehabilitation: Einige gesundheitsökonomische und politische Gedanken

Willy Oggier, Präsident Swiss Reha

Für eine Rehabilitation müssen nach Dr. Stefan Bachmann, Chefarzt der Kliniken Valens, die Rehabilitationsbedürftigkeit, die Rehabilitationsfähigkeit und das Rehabilitationspotential gegeben sein. Eine Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn die Funktionseinschränkungen bei einer Person trotz aller Massnahmen der kurativen Medizin weiter bestehen oder die Funktionsfähigkeit auf lange Sicht infolge einer Schädigung bedroht ist, und diese Fähigkeits- und Funktionsstörungen mittels einer Rehabilitation beseitigt oder verbessert werden können. Eine Rehabilitationsbedürftigkeit ist auch dann ausgewiesen, wenn mit rehabilitativen Massnahmen eine Verschlimmerung der Krankheiten oder Funktionsausfälle verhütet werden kann. Die Rehabilitationsfähigkeit ist dann gegeben, wenn eine Person aufgrund ihrer körperlichen, kognitiven und psychischen Verfassung die für die Durchführung und Mitwirkung bei den Therapien notwendige Belastbarkeit und Motivation oder Motivierbarkeit besitzt. Schliesslich besteht ein Rehabilitationspotential, wenn eine erfolversprechende Rehabilitationsprognose gestellt werden kann, das heisst, wenn die betroffene Person spezifische und realistische Therapieziele voraussichtlich und auch nachhaltig erreichen kann. (Bachmann, in: Oggier, 2015 (erscheint demnächst)).

In Bezug auf die onkologische Rehabilitation weist Prof. Dr. Anita Rieder, Leiterin des Instituts für Sozialmedizin und des Zentrums für Public Health der Medizinischen Universität Wien, darauf hin, dass vier verschiedene Ebenen zu unterscheiden sind: die präventive, die wiederherstellende, die unterstützende und die palliative Rehabilitation. Bei ersterer geht es darum, mögliche durch den Krebs bzw. die Therapien entstandene Komplikationen zu lindern oder diese zu verhindern. Bei der wiederherstellenden Rehabilitation geht es um die möglichst vollständige gesellschaftliche, berufliche und/oder schulische Reintegration des Patienten. Bei der unterstützenden Rehabilitation soll der Patient eine möglichst weitgehende funktionale Unabhängigkeit wieder erlangen. Bei der palliativen Rehabilitation geht es um eine möglichst angenehme Gestaltung der Lebensumstände des Patienten.

Die österreichische Expertin verweist im Weiteren auf die einschlägige Literatur, wonach nach Krebs Einschränkungen von 20 bis 30 Prozent in der Arbeitsfähigkeit ausgemacht werden können. Das Risiko für Arbeitslosigkeit ist um 37 Prozent höher als bei gesunden Kontrollgruppen. Zwei Drittel der Personen haben finanzielle Probleme. In der Regel gibt es zu wenig arbeitsbezogene Beratung seitens des Gesundheitssystems und der Arbeitgeber im Speziellen. Am Arbeitsmarkt bestehen Nachteile. Krebspatienten, denen es gelingt, in den Arbeitsalltag zurückzukehren, fühlen/erleben Einbussen im Selbstvertrauen, Schwierigkeiten im Umgang mit Symptomen, subjektiv in Frage gestellte Arbeitsfähigkeiten und verschlechterte Karriereaussichten. (Rieder, 2014)

Rehabilitation kann diese Probleme nicht alle beseitigen, aber mit Bestimmtheit einen substantiellen Beitrag zur Linderung leisten.

Die Zahl der Anträge auf onkologische Rehabilitation ist seit 2011 in Deutschland rückläufig. Lediglich ein Drittel der Krebspatienten nehmen derzeit entsprechende Leistungen in Anspruch. Dies geht aus dem Reha-Bericht 2013 der Deutschen Rentenversicherung hervor. Das Antragsverfahren sei zu kompliziert für schwer kranke Menschen, kritisiert die Deutsche Krebsgesellschaft.

Das Zeitbudget für die onkologische Rehabilitation von gesetzlich krankenversicherten Rentnern in Deutschland ist stationär auf 21 Tage begrenzt. Bei Erwerbstätigen liegt der Richtwert für die mittlere Behandlungsdauer um bis zu drei Tage höher. Die Unterscheidung zwischen Erwerbstätigen und Rentnern geht auf einen Beschluss des Fachausschusses für Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung vom September 2010 zurück. In den Jahren 2004 bis 2011 stieg die Zahl der Reha-Anträge für alle Indikationen bundesweit um 23 Prozent, das dafür verfügbare Budget um 6 Prozent. Während bei allen körperlichen Erkrankungen ein bis zwei Tage gestrichen wurden, müssen krebskranke Rentner seit Oktober 2012 mit fünf Tagen weniger auskommen. In der Praxis werden 9 von 10 Reha-Aufenthalten für Ruheständler heute von den Rentenversicherern organisiert und finanziert. Weil Krebserkrankungen verstärkt im höheren Lebensalter auftreten, stellen Rentner aktuell zwei Drittel aller Rehabilitanden der Deutschen Rentenversicherung im onkologischen Bereich dar. (Die GesundheitsWirtschaft, Nr. 6/2012)

Aus einer volkswirtschaftlich-gesundheitsökonomischen Optik ist diese Entwicklung für die Schweiz unbedingt abzuwenden. Denn für Rehabilitation lohnt sich dieser Aufwand eindeutig, sowohl qualitativ als auch ökonomisch.

Über 300'000 Menschen in Österreich sind derzeit an Krebs erkrankt. Jährlich erkranken über 36'000 Menschen neu. Seit dem Jahr 2012 stellt die onkologische Rehabilitation eine eigenständige Indikationsgruppe im österreichischen Rehabilitationsplan dar. Zuvor wurden Krebspatienten nur organbezogen rehabilitiert. Prof. Dr. Alexander Gaiger von der Universitätsklinik für Innere Medizin I an der Medizinischen Universität Wien präsentierte die Resultate einer von November 2011 bis August 2013 dauernden Begleitstudie: Gegenüber Krebspatienten ohne onkologische Rehabilitation zeigen die Patienten mit einer onkologischen Rehabilitation deutlich reduzierte Angst-, Depressions- und Distress-Werte. Im Vergleich «vor» und «nach» onkologischer Rehabilitation ergibt sich eine deutliche Reduktion von tumor- und therapieassoziierten Symptomen besonders in den Bereichen Schmerzen, Schlafstörungen, Konzentrationsschwäche, Ängstlichkeit, Depressivität und Distress (50%), bei einer gleichzeitigen Steigerung der körperlichen Aktivität, einer Verbesserung der subjektiven Lebensqualität sowie einer Verbesserung der Reintegration in das soziale und berufliche Umfeld. (Ärzte Woche, 31. Oktober 2013)

Auch für Deutschland lassen sich ähnliche Überlegungen für die Rehabilitation als Ganzes darstellen: Bis zum Jahr 2025 wird in Deutschland jeder vierte Erwerbstätige älter als 55 Jahre alt sein. Die Beschäftigten, die da sind, gesund und damit länger im Job zu halten, wird für die deutsche Volkswirtschaft daher immer wichtiger. Auf Initiative des Bundesverbandes der Deutschen Privatkliniken hat die Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation SGB IX die Prognos AG beauftragt, die Fakten wissenschaftlich zusammenzutragen. Danach kann dem drohenden Mangel an Arbeitskräften insbesondere durch medizinische Rehabilitation entgegengewirkt werden. Durch mehr Rehabilitation könnten allein im Jahr 2025 rund 200'000 Menschen dem Arbeitsmarkt zusätzlich erhalten bleiben. Eine erfolgreiche Rehabilitation amortisiert sich für die Deutsche Rentenversicherung bereits ab dem vierten Monat nach Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit durch den Rehabilitanden. Innerhalb der ersten 24 Monate nach der medizinischen Rehabilitation sind 85 Prozent der Personen weiterhin erwerbsfähig

und zahlen Beiträge an die Deutsche Rentenversicherung. Durch aktive Beitragszahler, die der Rentenversicherung erhaltenbleiben, könnten bis zum Jahr 2025 rehabilitations bedingte Zusatzeinnahmen von 2.17 Milliarden Euro erreicht werden, gegenüber 60 Millionen Euro pro Jahr an Ausgaben für die medizinische Rehabilitation. Vorzeitige Zahlungen von Erwerbsminderungsrenten in der Höhe von 1.5 Milliarden Euro werden gemäss dieser Rechnung vermieden. Die zusätzlichen Bruttoeinkommen von 150'000 Rehabilitanden, die nach der Rehabilitation mindestens wieder vier Monate erwerbstätig sind, betragen 1.68 Milliarden Euro. Bei einem Durchschnittssteuersatz dieser Gruppe von 25 Prozent belaufen sich die zusätzlichen Steuereinnahmen (nur für die vier Monate) auf 420 Millionen Euro. Wenn 50 Prozent der Rehabilitanden wenigstens ein Jahr nach der Rehabilitation noch arbeiten, belaufen sich die zusätzlichen Steuereinnahmen auf rund eine Milliarde Euro. (führen & wirtschaften im Krankenhaus, Nr. 5/2011).

Diese Beispiele zeigen: In einer älter werdenden Gesellschaft ist mit einer höheren Krankheitswahrscheinlichkeit zu rechnen. Krebserkrankungen gehören dabei in allen westeuropäischen Ländern zu den häufigsten Todesursachen. In einer älter werdenden Gesellschaft brauchen diese Menschen nicht nur verbesserte kurative Einsätze, sondern auch mehr hochqualifizierte Rehabilitation, wie sie von der Vereinigung Swiss Reha, der Vereinigung der führenden Rehabilitationskliniken in der Schweiz postuliert wird.

Mehr und vor allem bessere Rehabilitation tut daher gerade im Bereich der Onkologie not. Neue Kooperationsmodelle von somatischen/kurativen Spitälern und Rehabilitationskliniken sind daher dringender denn je. Und die politische Unterstützung auch.

Korrespondenz:

Willy Oggier, Dr. oec. HSG
Gesundheitsökonomische Beratungen AG
Weinhaldenstrasse 22, CH-8700 Küsnacht
Tel. +41 (0)44 273 52 34
gesundheitsoekonom.willyoggier@bluewin.ch

La réadaptation oncologique, partie intégrante du parcours de soin

Simonetta Mauri, IOSI Lugano
Noëlle Bender, Lega ticinese contro il cancro

De nos jours, les cancers tuent moins et se transforment peu à peu en maladie chronique qui requiert différentes modalités de traitements, qui impliquent entre autres une forte compromission psychophysique. Il suffit de relever la floraison d'articles concernant la réhabilitation oncologique pour constater que le sujet n'est plus un tabou. Ce type de réadaptation commence à prendre pied aussi en Suisse: en 2010 un groupe de professionnels de la santé ont fondé une association (oncoreha.ch) qui organise et soutient le développement de la réadaptation oncologique sur le territoire helvétique. Plusieurs congrès ont par la suite été organisés pour promouvoir la formation et le partage des professionnels intéressés.

L'expérience tessinoise

Au Tessin, l'expérience de réhabilitation oncologique a débuté en 2007 avec l'implémentation d'un programme spécifique pour les patients oncologiques hospitalisés à la clinique de Novaggio. La nécessité d'offrir une suite au parcours de réadaptation au niveau ambulatoire s'est rapidement avérée. C'est ainsi qu'en 2009, grâce au soutien de la Ligue Tessinoise contre le cancer (LTC), le projet de réadaptation ambulatoire a débuté auprès du IOSI (Institut Oncologique de la Suisse Italienne).

Depuis mai 2014, l'offre s'est étendue aux centres ambulatoires de Locarno et Mendrisio. Une ultérieure extension est prévue à Bellinzona pour 2015.

L'expérience acquise au cours de ces sept premières années nous ont permis d'optimiser l'offre sur la base des exigences des patients et de la constante évolution des différents types de traitement oncologique (toujours plus effectués en régime ambulatoire).

Nous avons suivi environ 350 patients avec une grande variabilité de caractéristiques (type de tumeur, stade, thérapie, âge du patient). Voici un panorama des problématiques majeures rencontrées.

Les difficultés sociales: presque la totalité des patients en souffrent, de manière plus ou moins grave. L'incapacité de travail comporte souvent des tensions ou des malentendus avec les employeurs, qui peuvent se traduire en pénalité ou en licenciement. Il arrive que les professionnels indépen-

dants se retrouvent sans couverture d'assurance suite aux pertes de gain et risquent de s'endetter afin de maintenir leur activité. Au niveau familial, des conflits liés à la mise en question du propre rôle, des insécurités peuvent naître et déstabiliser certains équilibres, ce qui peut conduire à un isolement plus marqué. Généralement on peut observer que les patients ont tendance à s'isoler, même au début de la maladie. L'intervention précoce d'un assistant social peut aider à contenir et à gérer ces situations difficiles.

La malnutrition: au moment du diagnostic, environ 75% des patients souffrent de malnutrition à différent degré. Généralement sous-évalué par le patient et les soignants, cet état s'aggrave durant le traitement oncologique si l'on n'intervient pas. Corriger l'apport calorique n'est pas une tâche aisée considérant les effets collatéraux des traitements (disgueusie, nausées, inappétence, lésions des muqueuses, diarrhées,...). L'introduction d'intégrateurs n'est généralement pas suffisant à satisfaire les besoins physiologiques : il s'agit aussi d'analyser les préférences et goûts alimentaires des patients afin de proposer des menus facilement réalisables et compatibles avec le budget domestique. Les patients ont une majeure information sur l'alimentation et ont souvent besoin de comprendre ce qui est plus adapté dans leur propre situation.

L'asthénie: la moitié des patients présente une asthénie, de légère à modérée, qui influence considérablement le déroulement des activités quotidiennes. D'origine multifactorielle, elle reste cependant peu influençable. Sur indication de plusieurs études, nous encourageons nos patients à suivre une activité physique régulière établie en accord avec un physiothérapeute. Il est fondamental de motiver les patients et leur entourage dès le début, car ils ont tendance à abandonner tout effort physique et à adopter un mode de vie plus sédentaire. Les activités se déroulent généralement dans un service de physiothérapie: cependant, afin de garantir un suivi adapté et continu même durant les phases aigües du traitement, le physiothérapeute peut se rendre à domicile du patient au besoin. Un ergothérapeute intervient souvent durant la prise en charge pour évaluer la nécessité de moyens auxiliaires et améliorer la

logistique domestique. La possibilité de pratiquer des activités en groupe, sous la supervision d'un physiothérapeute spécialement formé, est aussi proposée.

Il est important de relever que les patients sont très peu sollicités à faire des efforts car une idée répandue à tort considère l'entraînement intensif comme nuisible au bien-être et à la guérison.

Les problématiques psychologiques: contrairement à ce que la littérature scientifique prétend, peu de patients ont eu recours au psychologue ou au psychiatre au début de leur prise en charge: il est probable qu'ils aient été complètement absorbés par les soins, avec peu de temps pour réfléchir aux derniers événements et qu'ils aient concentré toutes leurs ressources pour affronter les traitements. Les problèmes apparaissent par contre vers la fin du traitement, lorsque le patient passe à une période de contrôle et qu'il reprend ses activités, le confrontant avec ses propres limites. Un support psychologique a souvent été demandé par l'entourage des patients en présence d'enfants.

Les problématiques sexuelles: bien que touchant au moins 20% des patients, seule une dizaine a accepté une consultation spécialisée. Les autres patients retenaient qu'il s'agissait d'un problème secondaire par rapport à la guérison du cancer, ou que cela représentait une question privée entre eux et leur partenaire.

La complexité d'une approche multidisciplinaire: la gestion d'un parcours de réadaptation intégré dans les soins oncologiques nécessite une bonne coordination entre les professionnels en action et leurs différentes interventions. Un coordinateur est fondamental pour pouvoir organiser efficacement ces activités. Dans le cas contraire, nous courons le risque de surcharger l'emploi du temps du patient ou de ne pas relever l'apparition de nouvelles problématiques qui pourraient interférer avec la prise en charge globale. Le coordinateur est en outre la personne de référence pour les différents opérateurs et peut transmettre à tout moment des informations à jour sur l'état du patient. Malheureusement le rôle du coordinateur, bien qu'il s'agisse d'un infirmier spécialisé en oncologie, n'est toujours pas reconnu par Tarmed et ses prestations ne peuvent pas être facturées.

Notre projet a progressé grâce au support financier de la LTC. Notre réseau, étendu sur tout le territoire tessinois, compte à l'heure actuelle 50 professionnels des différentes disciplines médicales et paramédicales: ils se réunissent à intervalle régulier pour discuter des cas les plus complexes et partager leurs expériences afin de continuellement améliorer l'offre de réadaptation.

De nombreuses questions sont encore ouvertes: outre l'aspect financier, la formation spécifique des opérateurs (jusqu'à présent il n'existe pas de cours spécialisé); la définition de critères de qualité (oncoreha.ch a élaboré une proposition, qui devrait être publiée l'année prochaine); l'introduction de la prévention secondaire (la LTC promeut déjà une série d'actions destinée à la prévention primaire et secondaire); une meilleure collaboration avec les assurances sociales, en particulier l'AI, de telle sorte que l'on puisse garantir une réintroduction et/ou une requalification professionnelle précoce.

Un objectif futur est celui d'offrir sur tout le territoire suisse une réadaptation oncologique précoce, personnalisée et efficace, afin de permettre aux patients de poursuivre au mieux leurs activités, professionnelles et autres. Cette modalité permettrait aux patients d'utiliser leurs ressources personnelles (self-empowerment) et éviterait des possibles rechutes (prévention secondaire). Nous espérons aussi que le concept de réadaptation oncologique soit introduit dans les parcours de formation et au niveau académique.

Références

- Alfano C.M., Ganz P.A., Rowland J.H., Hahn E.E. Cancer survivorship and cancer rehabilitation: revitalizing the link. *Journal of Clinical Oncology*, Vol30, No 9 (March 20), 2012: pp 904-906
- Bower J.E. Treating cancer-related fatigue: the search of interventions that target those most in need. *Journal of Clinical Oncology*, Vol30, No 36 (December 20), 2012: pp 4449-4450
- Mauri S., Bender N. Riabilitazione oncologica, una realtà nascente in Ticino. *Tribuna medica Ticinese*, febbraio 2013, pp 33-36
- Zerkiebel N. Qualitätssicherung in der Onkologischen Rehabilitation. *Schweizer Krebsbulletin*, Nr.3/September 2012, pp 218-221
- Eberhard S. Rehabilitation. *Nationales Krebsprogramm für die Schweiz 2011-2015*, pp 148-161
- www.oncoreha.ch

Correspondence:

Dr.ssa Simonetta Mauri
Istituto Oncologico della Svizzera Italiana
Via Capelli, 6962 Viganello
Tel. +41 (0)91 811 79 17
simonetta.mauri@eoc.ch

Cas clinique de readaptation oncologique

M. Werner ou les «échos du passé non-dépassés»¹

Christophe Rieder, Clinique bernoise de Montana

En montée, les balancements du funiculaire, entre les vignes, l'apaisent. Assis dans le sens inverse de la marche, il contemple la vallée qui rapidement change de perspective et semble s'ouvrir en révélant une dimension nouvelle. Corolle d'une fleur minérale géante actionnée par le fil du chemin en train de se dérouler...

Cet article met en évidence le travail psychologique visant à restituer, à réparer quelques aspects inhérents à l'image de soi, à l'estime de soi dans le cadre de ce champ de désolation laissé par la maladie et ses traitements ; il souligne les effets de résonance provoqués par la maladie en lien avec des éléments biographiques autour desquelles se cristallisent une personnalité. Il montre l'importance, dans un cadre stationnaire proposant un programme de thérapies intensif, de l'éloignement de l'environnement quotidien du patient, ce qui constitue souvent un levier de changement supplémentaire quant à la dynamique familiale et des interactions entre les membres de la famille.

1. Anamnèse

Né le 5 septembre 1970, le patient est le dernier d'une fratrie de 3 frères. Son père quitte le domicile conjugal lorsqu'il est âgé de 5 ans et le patient dit avoir été marqué par l'absence du père. Sa mère est décrite comme une personnalité gentille mais très influençable. Bon élève, il suit des études de théologie et rapidement trouve un poste de pasteur à la paroisse réformée d'une ville dans le Canton de Berne. Marié, il a 4 enfants (dont 3 garçons nés en 1997, 2000 et 2002, ainsi qu'une fille née en 2004). Avec son épouse, ils ont pu, tous deux, assurer sur le plan professionnel un temps partiel pour pouvoir assumer pleinement leurs fonctions parentales et les travaux ménagers. Toutefois, exposé à de multiples sollicitations et sous la pression des coupes budgétaires, le patient voit sa quantité de travail à fournir augmenter constamment et ceci – bien malgré lui – au détriment de sa famille. Surchargé et éprouvant des difficultés à exprimer ses limites et besoins, il éprouve un sentiment d'échec à la fois sur les plans professionnel et privé lorsque le diagnostic de sa maladie tombe.

2. Parcours médical

- Juillet 2011: diagnostic de leucémie aiguë myéloïde
- 2 cycles d'induction de chimiothérapie: juillet et octobre 2011
- Thérapie de consolidation: juillet et février 2012
- 24.2.12: chimiothérapie haute-dose suivie d'une transplantation autologue de cellules souches (refus par le patient d'une transplantation allogène)
- 5.7.12: Récidive
- 17.8. 12: Transplantation autologue de cellules souches
- 20.9.12: Transplantation allogène de cellules souches
- 14.1.14: Récidive moléculaire
- 20.8.14: Résultats investigation moléculaire négatifs

Remarque: le centre universitaire spécialisé se situe à 200 kilomètres du domicile du patient.

Le patient se trouve confronté ensuite tout au long de son traitement à diverses graves complications ; ainsi, au début décembre 2013, une crise aiguë de la maladie du greffon contre l'hôte (GVHD) survient, qui se traduit notamment par des troubles de l'élocution ; en février 2014 se développent des troubles de la sensibilité, ainsi que des crises d'épilepsie focale simple récidivante. En 2014, on constate une nécrose de la tête du fémur droit. En octobre de la même année, il subit une thoracotomie en raison d'une atteinte pulmonaire. Un séjour de réadaptation stationnaire est envisagé.

3. Impact psychologique

- a) Gestion des effets secondaires:
 - maux de tête insupportables (difficilement traitables en raison d'une allergie à la morphine)
 - vécu d'étouffement dû à ses problèmes pulmonaires
 - diminution de l'audition
 - vertiges
 - fatigue majeure aliénante
 - troubles de la concentration
 - douleurs au niveau des hanches (nécrose)
 - changement de son apparence physique (suite à un débridement au niveau du cou)
- b) Perte de son identité, de sa fonction de père et d'époux (distance physique (isolation) et gestion des effets secondaires)
- c) Perte de contrôle total du patient sur le déroulement des mesures thérapeutiques et sur son emploi du temps: interventions chirurgicales pratiquées en urgence après des investigations invasives
- d) Sentiment de dépendance vis-à-vis d'un environnement médical progressivement perçu comme source de tous ses tourments. (sentiment de désappropriation de son corps)

Ces éléments susmentionnés se traduisent par des tendances anxio-dépressives, toutefois relatives, sur les valeurs HADS lors de son admission.

(A : 9 / D : 9 / seuil : 8-10)

4. Réadaptation: les objectifs et moyens mis en place

L'objectif global:

Améliorer l'état général pour retrouver son autonomie dans les activités du quotidien

Objectifs spécifiques:

Améliorer la sécurité de la marche avec et sans moyens auxiliaires

Augmenter le périmètre de la marche

Faire sa toilette et habillage sans aide

Travail sur la coordination et l'équilibre

5. Mesures

Augmenter la force musculaire et l'endurance

Renforcer la musculature du dos pour améliorer la stabilité du tronc

Entraîner la motricité fine

Le programme de notre patient se compose de :

- physiothérapie individuelle
- exercices physiques dans la salle de musculation
- tapis roulant anti-G
- motomed
- groupe de marche (nordic walking)
- gymnastique en piscine
- balnéothérapie et massage
- ergothérapie
- conseil diététique en groupe ainsi qu'en individuel
- logopédie et acupuncture, si nécessaire.
- Entraînement aux techniques de respiration
- groupe « conscience corporelle » (inspiré du tai-chi)
- groupe de relaxation (Jacobson)
- groupe de méditation (inspirée de la pleine conscience)
- séance individuelle de thérapie psycho-oncologique
- groupe psycho-onco (facultatif)

6. Approche psycho-oncologique

A notre premier contact, le patient est souriant, sympathique, s'exprimant d'une voix douce, au ton monocorde; son discours est posé, différencié. La relation s'établit facilement, le patient est assez contrôlé, son humeur est subdépressive. Préoccupé par ses douleurs à la hanche, il espère éviter une nouvelle intervention chirurgicale. Les

derniers tests hématologiques mettent en évidence une rémission de la leucémie. Il évoque sa situation familiale difficile et se dit intéressé à participer au groupe «onco».

6.1. Groupe de parole «onco»

Le programme proposé dans ce groupe intègre des éléments psycho-éducatifs avec les caractéristiques des groupes d'entraide. Un des premiers objectifs vise à normaliser les émotions ressenties et traduisant une certaine labilité émotionnelle, un sentiment de solitude, la possible impression de se sentir exclu du monde des bien-portants. Nous parlons aussi des spécificités de cette maladie, et une fois la discussion lancée, les gens parlent entre eux, échangent les éléments positifs de leurs parcours respectifs ayant constitué des ressources et leur ayant permis de mieux faire face à leurs difficultés.

Interrogé précisément sur ce sujet, M. Werner explique dans le groupe que ce n'est pas vraiment sa famille, ses enfants qui constituent une ressource car il se perçoit plutôt comme un poids supplémentaire, une charge pour sa famille. Et il poursuit en expliquant qu'il a lui-même souffert de l'absence de son père très jeune et qu'il avait à coeur de veiller à être très présent pour ses enfants. Il fait l'amer constat que lorsqu'il lui arrive d'être à la maison, épuisé et diminué physiquement, il ne se trouve pas en état d'assurer une qualité de présence ou de remplir sa fonction de père telle qu'il la conçoit.

6.2. Conceptualisation du cas

Axe I : gestion des effets secondaires et auto-efficacité

Le patient travaille sur la réappropriation de son corps et sur l'augmentation de son sentiment de contrôle perçu, ceci à l'aide de la méditation-pleine conscience, de techniques de respiration et du biofeedback qui rend objectivables ses progrès. L'objectif vise à permettre au patient d'élargir son champs de conscience sur l'ici et maintenant avec visualisation d'une oasis intérieure (refuge) et d'en goûter les bénéfices.

Axe II : restitution de sa fonction de père

Nous évoquons lors d'une séance individuelle le travail de l'association Resiliam² de Genève qui aide des parents malades du cancer à intégrer la maladie dans leur fonction parentale. Pour ce faire, ils proposent de constituer une «boîte-mémoire» composée d'objets symboliques, de messages, autant de traces, de souvenirs de natures diverses appelés à être remis à l'enfant lors d'un anniversaire important ou d'un cap précis. Cette notion de message différé dans le temps pour chacun de ses enfants convainc

le patient et il apparaît que le fait de nourrir ce projet et d'y réfléchir peut déjà constituer un pas en direction d'une réparation possible de cette image de père.

Axe III: Perte de contrôle

Travail de thématisation autour de son inscription à l'association Exit qui aboutit à la compréhension d'une ultime reprise de contrôle et que la possibilité de solliciter cette association lui permet ainsi de, périodiquement, reprendre la décision de choisir la vie. Par ailleurs, un travail très riche de métabolisation possible gravite autour de son travail de rédaction théologique sur la figure de Joseph, père de Jésus, qui doit disparaître au profit du père céleste.

Axe IV: Affirmation de soi

Face au sentiment de dépendance assez ambivalent à l'égard du corps médical qu'il admire aussi par ailleurs, nous travaillons au moyen de jeux de rôle sur les façons dont il peut mettre des limites, exprimer ses besoins, pouvoir dire non d'une façon acceptable et aimable.

- Les massages m'ont fait du bien
- J'ai aimé aussi les activités qui m'ont permis de mieux sentir mon corps (respiration, groupe « conscience corporelle »)
- Le fait de parler de ma situation m'a donné de la force
- J'ai aussi profité des relations avec les autres patientes
- Le fait d'avoir une structure, un plan de la journée (avec repas réguliers) était positif pour moi

8. Entretien téléphonique après son séjour de réadaptation stationnaire

Une opération de prothèse de hanche s'avère incontournable. Il me dit avoir pu profiter de son séjour dans notre clinique et qu'il reviendra s'il en a la possibilité. Avec son épouse, ils ont décidé de se séparer pour mieux prendre soin – séparément – de leurs enfants.

7. Réadaptation: résultats

7.1. Notre évaluation quantitative:

	TUG (Timed up and go)	Test de marche (40m)	HADS (seuil : 8-10) (A=Anxiété D=Dépression)
Admission	13"	40 "	A=9 / D=9
Sortie	11"	43"	A=7 / D=7

7.2. Evaluation qualitative de M. Werner:

- Dans ce cadre, j'ai pu seulement penser à moi (à la maison, pas possible)
- J'ai pu m'entraîner de la façon aussi intensive que ma situation le permettait

1. Prof. F. Stiefel, CHUV «L'accompagnement du patient oncologique», conférence donnée à Montana, Congrès Quadrimed, janvier 2008
2. Association RESILIAM, p/a Marie-Christine Rey, Rue de la Ferme 13, 1205 Genève, 077 411 31 63
Fondation As'trame, Clos-de-Bulle 7, 1004 Lausanne, 021 648 56 56

Correspondence:

Christophe Rieder, lic. psych.
DU Psycho-oncologie
Clinique bernoise de Montana
christophe.rieder@bernerklinik.ch

Ein Reha-Aufenthalt wird zur Kraftquelle für die ganze Familie

Regula Pfeifer, Zürich
im Auftrag der Kinderkrebshilfe Schweiz

Die Rehabilitationsklinik Katharinenhöhe in Schwarzwald im Schwarzwald stärkt von Krebs betroffene Kinder und Jugendliche medizinisch und psychosozial für ihre Rückkehr in den Alltag. Familie Bucher aus Aarwangen BE war im Dezember 2013 dort, damit sich Tochter Saphira von ihrer Leukämie-Erkrankung erholen konnte. Die Erfahrung tat allen sehr gut, wie Brigitte Bucher und ihre drei Töchter bei einem Besuch erzählen.

«Am liebsten hätte ich dort zwei Zimmer für uns gekauft», sagt die siebenjährige Elina, und ihre ältere Schwester Saphira pflichtet bei. «Die beiden wollten auf der Katharinenhöhe wohnen bleiben, so gut gefiel es ihnen», erklärt ihre Mutter, Brigitte Bucher. Alle sitzen am Esstisch und knabbern Peperoni und kleine Brötchen. Die Mädchen sind eben von der Schule zurückgekehrt, Saphira mit dem Velo, Elina zu Fuss. Giannina, die Kleinste, ist auch da. Das Kindergartenkind ist nachmittags zuhause, kuschelt sich gern an die Mutter und versorgt die Zwerghühner. Die Familie wohnt im ländlichen Aarwangen, in der Hälfte eines umgebauten Bauernhauses. Die Grosseltern wohnen in der Nähe. An diesem Nachmittag kommt die Grossmutter kurz vorbei. Sie wird später Elina ins Ballett begleiten.

Wer von der Familie krebskrank war, ist beim Besuch nicht erkennbar. Die Mutter klärt auf: Es sei Saphira, die älteste der drei Töchter. Die heute Elfjährige wirkt überlegt und freundlich. Doch sie hat Schwieriges erlebt. 2011 hat sie die Diagnose Leukämie erhalten. Die Familie begleitete sie durch die neun Monate Intensivtherapie und die anschliessende Erhaltungstherapie. Das zerrte an den Kräften. «Wir waren überfordert und nörgelten oft aneinander herum», erinnert sich Brigitte Bucher. Wie erleichtert waren sie, als sich der Reha-Aufenthalt endlich abzeichnete, da die Kinderkrebshilfe, die Krankenkasse und Stiftungen bei der Finanzierung halfen. «Sonst hätten wir uns das nicht leisten können», sagt Brigitte.

Alles loslassen und sich erholen

Den Dezember 2013 verbrachten sie auf der verschneiten Rehaklinik Katharinenhöhe, wo sie zwei Zimmer ohne Fernseher bewohnten. «Da konnten wir alles abgeben und uns erholen», sagt Brigitte Bucher. Die Hausarbeit fiel weg, die Kinder waren morgens und nachmittags meist in Spielgruppen betreut. Mittags kam die Familie im Speisesaal zusammen, gemeinsam mit den anderen 32 Familien, die gleichzeitig in der Reha waren. Die Eltern sprachen in Gesprächsrunden mit anderen betroffenen Eltern und liessen sich von der Psychologin beraten. Sie besuchten die Massage, die Rückenschule und die Wassergymnastik. Und sie schliefen, wann immer die Müdigkeit sie übermannte. Die Tage waren gefüllt mit individuell abgestimmten Plänen, welche die Rehaklinik für jede und jeden entwickelt hatte. «Papa tanzte Zumba», sagt Elina strahlend und turnt auf ihrem Stuhl rum. Brigitte und Roland schätzten es, mit anderen betroffenen Eltern zusammen zu sein. «Wir waren eine reine Onkologie-Gruppe. Wir mussten niemandem etwas erklären, jeder wusste, was los war», sagt Brigitte. Auch das Miteinander der



Kinder fand sie bewundernswert. «Kinder mit amputiertem Bein oder mit Katheter waren von den anderen bestens akzeptiert.»

Spiel und Sport, Therapie und Schule wechseln sich ab

Ihre eigenen Kinder genossen die Zeit in ihren Spielgruppen, in denen kranke Kinder und Geschwister bunt gemischt waren. Sie waren ihrer je altersentsprechenden Spielgruppe zugeteilt. Saphira besuchte den Club der grösseren, Elina die Räuberhöhle der mittleren und Giannina den Kinderplanet der kleinen Kinder. Da fanden alle drei eine neue allerbeste Freundin, mit der sie weiterhin per Brief und Mail in Kontakt sind. Ab und zu wurden die Kinder von Therapeuten abgeholt und gingen zum Baden oder Turnen, in die Schule, in die Heilpädagogik oder in die Physiotherapie.

«Die Kletterwand war das Tollste», finden Saphira und Elina unisono. Die Wand befindet sich im Fitnessbereich des Hauses, unweit anderer Trainingsgeräte. Auch aufs Hochseil, das draussen aufgespannt ist, wagten sich die beiden älteren Töchter einmal, trotz eisiger Kälte und Schnee. Ein wenig Angst hatte sie dabei schon, gibt Saphira zu.

Auf der Katharinenhöhe lernte sie endlich den Schulunterricht wieder geniessen, etwas, was zuhause verloren gegangen war. Der Lehrer an der Reha hatte viel Zeit für die drei Schülerinnen in Saphiras Klasse, das tat ihr gut und stärkte ihr Selbstbewusstsein.

Auch ans Basteln erinnern sich alle drei Mädchen gern. Sie stellten Adventskalender her, bedruckte Taschen, Traumfänger, Halsketten, Zebrakuchen, Waffeln und anderes mehr, oft gemeinsam mit ihren Eltern. Einiges davon boten sie an einem hausinternen Markt zum Verkauf. Das machte Spass, wie die Fotos auf Mutters Fotoapparat beweisen. Und Elina zeigt stolz das Speckstein-Herz mit Kerze drin, das sie auf der Katharinenhöhe geschliffen hat. Selbstverständlich brachte der Reha-Aufenthalt mehr als Erholung, besonders für Saphira.



Giannina (rechts) mit ihrer neuen Freundin Edda an der Samichlausfeier

Saphira wird stärker und die ganze Familie ruhiger

«Saphira konnte ihre Kraftdefizite aufholen», sagte Brigitte Bucher. «Sie bekam eine geradere Haltung und wurde insgesamt ruhiger». Die Spannung, unter der sie zuhause wegen Schwierigkeiten in der Schule gelitten hatte, schwanden dahin. Auch die Familie fand zur Ruhe und zu einem freundlicheren Umgang miteinander. Und den Geschwisterkindern Elina und Giannina tat es gut, endlich ebenso viel Aufmerksamkeit wie ihre kranke Schwester zu erhalten und dieselben Angebote wie sie in Anspruch nehmen zu dürfen. Zuhause hatte sich zuvor alles um Saphiras Behandlung und Therapie gedreht.



▲ Saphira (links) und zwei Kolleginnen verkaufen selbstgemachte Sachen im reha-internen Markt

◀ Elina klettert auf das Hochseil draussen (Hochseilgarten)

Das Reha-Team schreibt an die Schule

Das Reha-Team half auch ein drängendes Problem lösen. Saphira hatte wegen ihrer Krankheit viel Schulstoff verpasst und fühlte deshalb den belastenden Druck, alles nachholen zu müssen. Ihre Eltern wollten ihr helfen und baten die Schulleitung, ihre Tochter die fünfte Klasse zweimal machen zu lassen, einmal mit Hauptfächern, dann mit Nebenfächern. Die Schulleitung lehnte ab, sie sah das Problem nicht, Saphira war in ihren Augen eine gute Schülerin.

In der Reha thematisierten Saphiras Eltern ihr Anliegen und erhielten breite Unterstützung. Das ganze Reha-Team, inklusive der Lehrer, die Schulleiterin und der Arzt, verfassten gemeinsam einen Brief an die Aarwanger Schulleitung. Das hatte Wirkung, Safira erhielt die Erlaubnis zum doppelten Besuch der fünften Klasse. Die Eltern waren erleichtert und dem Reha-Team dankbar. Auch sonst schwärmt Brigitte über sie: «Der Austausch im Reha-Team war irrsinnig. Immer wussten alle, was los ist mit unserem Kind.»

Nun besucht Saphira die fünfte Klasse zum zweiten Mal und fühlt sich gut dabei. Etwas Weiteres lernte das Mädchen auf der Katharinenhöhe: perfekt Hochdeutsch sprechen. Darauf sind sie und ihre Mutter bis heute stolz. Die Gelegenheit dazu ergab sich wie von selbst. Fast alle anderen Familien stammten aus Deutschland. Die Sprache der neuen Freundin übernahm die aufgeweckte Saphira rasch.

Zum Abschied ruft die Mutter die Mädchen. Sie kommen kurz aus dem Spielzelt, welches das halbe Wohnzimmer einnimmt und verschwinden danach wieder darin. Brigitte begleitet den Gast zur Tür hinaus, weist mit dem Arm in Richtung Aare und sagt: «Da gehen wir mit den Kindern im Sommer schwimmen, das ist wunderbar.»

Korrespondenz:

Regula Pfeifer, Zürich
regula.pfeifer@hispeed.ch

Jugendliche rehabilitieren in Gruppen, Kinder mit ihrer Familie

Die Rehabilitationsklinik Katharinenhöhe liegt wie ein kleines Dorf auf einem Bergrücken im Schwarzwald. Ein Haus reiht sich ans andere, hier ist ein Spielplatz, da ein Fussball- und ein Volleyball-Feld, dort eine Anlage therapeutischer Geräte unter zwei Dächern. Hier werden Jugendliche und Kinder nach der Intensivphase der Krebstherapie während vier Wochen wieder für den normalen Alltag vorbereitet. Die Klinik ist aufgeteilt in einen Trakt, in dem Jugendliche leben, und einen für Familien.

Die Rehabilitation der Jugendlichen ist gruppenorientiert. Die Jugendlichen, die ihre Reha normalerweise alleine auf der Katharinenhöhe verbringen, sind altersgemässen Gruppen zugeteilt. Ihre Behandlung besteht schwerpunktmässig aus Physiotherapie und psychologischer Betreuung. Die Reha will den Jugendlichen ihre Beweglichkeit zurückgeben, wo nötig auch mit Hilfsmitteln, einem Rollstuhl oder einer Prothese. Und sie unterstützt die jungen Männer und Frauen psychologisch. Dies ist insbesondere bei schmerzbedingten Blockaden oder gedanklichen Negativspiralen notwendig, wie Geschäftsführer Stephan Maier ausführt. Ausserdem setzen sich die jugendlichen Patienten, fachlich unterstützt, auch mit ihren altersspezifischen Fragen auseinander, etwa mit Sexualität, Partnerschaft und Berufseinstieg. Auf diese Weise soll der Einzelne mit Hilfe der Gruppe und des betreuenden Teams wieder zurück in den Alltag finden. 2013 waren 345 und 2014 336 Jugendliche und junge Erwachsene in der Klinik.

Die Rehabilitation der Kinder ist familienorientiert. Sie legt den Fokus auf das Familiensystem, das sie nach den Turbulenzen der akuten Krankheitsphase des Kindes wieder ins Gleichgewicht bringen will. Dabei wird nicht nur das an Krebs erkrankte Kind von Ärzten und Therapeuten behandelt und betreut und somit physisch und psychisch gestärkt, sondern auch seine Eltern und Geschwister. Denn auch sie leiden teilweise unter somatischen oder psychosomatischen Symptomen und erhalten in der Rehaklinik medizinische, gesundheitsfördernde und psychosoziale Unterstützung. Das kranke Kind und seine Familie müssten zur Normalität zurückfinden, Vertrauen wieder aufbauen und unter Umständen mit Behinderungen leben lernen, schreibt die Reha-Klinik auf ihrer Homepage. 2013 waren 407 und 2014 399 Kinder mit ihren Familien auf der Katharinenhöhe.

Meine Zeit auf der Katharinenhöhe im Schwarzwald

Benjamin Lüthi, Basel

Ab Ende Juli 2012 verbrachte ich einen Monat in der Rehabilitationsklinik Katharinenhöhe im tiefen Schwarzwald, die sich auf die Nachsorge für Kinder und junge Erwachsene mit einer Krebserkrankung spezialisiert hat. Vor dieser doch relativ langen Zeit war ich schon ziemlich unsicher, wie das wohl werden sollte. Denn ich hatte bereits über ein Jahr immer wieder im Krankenhaus verbracht und das Letzte, was ich wollte, war nochmals so etwas Ähnliches.

Meine Bedenken waren spätestens nach wenigen Tagen völlig verschwunden! Ich fand mich in einer ganz tollen Gruppe von 19 jungen Erwachsenen aus ganz Deutschland und einer Kollegin aus der Schweiz wieder, die mehr oder weniger das Gleiche erlebt hatten. Es war von Beginn weg ein Grundverständnis für jede Einschränkung da, die jeder Einzelne mit sich trug. Ich musste mich nicht immer erklären, wenn es beim Sport einmal überhaupt nicht lief. Das führte zu einem ganz tollen Umgang in der Gruppe und jedem wurde die für ihn notwendige Hilfe entgegengebracht.

Das Angebot war zudem äusserst abwechslungsreich gestaltet. Da ich seit der Operation noch Probleme mit meinem rechten Arm habe, wurde mir täglich Physio- und Ergotherapie verordnet. Diese Massnahme war auf jeden Fall sehr wertvoll, denn ich hatte immer mit extrem verhärteten Muskeln zu kämpfen und war in der Bewegung etwas eingeschränkt. Ein weiteres wichtiges Reha-Ziel war es, die körperliche Belastbarkeit zu verbessern. Dies war zum einen im Krafraum möglich, zum anderen gab es mehrmals die Woche ein sportliches Gruppenangebot wie Ballspiele, Klettern, Nordic Walking und vielem mehr. Für mich persönlich waren diese Stunden immer ein Highlight, da ich es vom Fussball her gewöhnt war, im Team zu spielen. Im Gegensatz zum Verein, wo ich konditionell immer hinterherhinkte, war das auf der Katharinenhöhe keine zusätzliche psychische Belastung, weil wir uns zusammen in der Gruppe verbessern wollten. Zur körperlichen Entspannung bekamen wir dann noch einmal in der Woche eine Massage.

Es gab auch viele freiwillige Programmpunkte: Es gab ein Werkraum, wo ich ein T-Shirt bedruckte und nebenbei mit meinen Freunden schwatzte und Musik hörte. Dieser lockere Umgang war ein ganz wichtiger Teil während der Reha! Die Krankheit stand nicht pausenlos im Mittelpunkt, es wurde auch über lustige und andere interessante Themen gesprochen. Vielleicht über Lieblingsessen, zum Essen im Spital und wie es einem schlecht ging, um wieder auf den letzten, sehr amüsanten Restaurantbesuch



zu sprechen kommen. So wurde nebenbei im Gespräch immer wieder Erlebtes verarbeitet und diskutiert, ohne dass man sich das vorgenommen hat. Diese Art von Verarbeitung ist viel wichtiger, weil ich dabei noch das tolle T-Shirt bedruckte, was sich im Kopf positiver widerspiegelte, als wenn ich in einem Raum nichts anderes gemacht hätte, als über die Krankheit zu sprechen. Natürlich gab es auch einige Gruppengespräche, in denen die Krankheit das Hauptthema waren. Doch da war es auch mal möglich sich ein bisschen zurückzuhalten, wenn es einem nicht danach war.

Mit grossem Engagement habe ich mich auch beim Kreativprojekt beteiligt, wo wir einen Stummfilm über das Leben auf der Katharinenhöhe gedreht haben. Es war sehr interessant, die ganze Entstehungsgeschichte von der Idee, über das Filmen und Schneiden bis hin zum fertigen Film mitzuverfolgen. All diese Projekte wurden von sehr kompetenten Leuten betreut, zu denen ich auch eine sehr gute Beziehung aufbaute.

Im Seilpark war es schön mit meinen Grenzen und Ängsten einmal auf eine andere Weise umzugehen, als das ich das vom Spital her gewohnt war. In dieser Höhe zu balancieren und zu wissen, dass durch die Sicherung gar nichts passieren konnte, war schon ein ganz spezielles Gefühl von Freiheit. Auch die Gruppenausflüge waren sehr toll, wir waren am Titisee und auf einer Sommerrodelbahn und am Abend gingen wir jeweils zusammen in ein Restaurant essen. Diese Ereignisse waren für das Wohlbefinden in der Gruppe äusserst wertvoll! Die Gruppe wuchs immer mehr zusammen und wir unternahmen auch in der Freizeit und am Wochenende zusammen Dinge. Wir waren oft im hauseigenen Schwimmbad, spielten Karten, schauten zusammen einen Film oder veranstalteten eine Wasserschlacht.

Die Zeit in der Rehaklinik war für mich auf jeden Fall unvergesslich! Meine extreme Müdigkeit bekam ich zumindest ein wenig in den Griff, da ich seit langem wieder einmal einen geregelten Tagesablauf hatte. Mein Selbstvertrauen und das Vertrauen in den eigenen Körper habe ich auch deutlich verbessern können. Ich konnte im Schwarzwald endlich wieder meine eigenen Grenzen finden, nachdem mir diese im vergangenen Jahr vom Spital und der harten Therapie immer wieder aufgezeigt wurden. Zudem konnte ich über Gefühle, Ängste und andere Probleme unzensiert sprechen und erhielt Tipps und bekam andere Bewältigungsstrategien mit. Aber die Gruppe war der Grundstein für das Gelingen dieser ganze Zeit. In einer anderen Gruppe, in der ich mich nicht so wohl gefühlt hätte, wäre mein Fazit sicherlich nicht so positiv ausgefallen. Ich habe zu einigen noch engen Kontakt, vor allem zu meinem Zimmernachbarn aus Bremen, zu dem

ich einen ganz guten Draht hatte. Ich werde einige neue Freunde sicherlich auch einmal besuchen.

Diese Einrichtung ist meiner Meinung nach goldwert! Wie es schon im Leitbild der Katharinenhöhe steht, konnte ich wieder richtig aufleben! Denn die Nachsorge nach einer so intensiven und auch psychisch sehr belastenden Zeit, ist fast genau so wichtig wie die Therapie selbst. Für mich war es ein Glück, dass ich nach Deutschland durfte, da es in der Schweiz kein vergleichbares Angebot gibt.

Seit diesem Aufenthalt ist nun eine ganze Weile vergangen und ich kämpfe immer noch mit der starken Müdigkeit und bin körperlich weiterhin nicht so stark belastbar. Aus diesem Grund werde ich im März dieses Jahres erneut auf die Katharinenhöhe gehen und hoffe, dass ich ein weiteres Mal profitieren kann.



Korrespondenz:

Benjamin Lüthi
Pfeffingerstrasse 75, CH-4053 Basel
Tel. +41 (0)77 434 53 10

Deactivation to antineoplastic agents

Ulf Petrausch^{1*}, Magdalena Pircher^{1*}, Daniel Reding², Barbara K. Ballmer-Weber³ & Bernhard Pestalozzi¹

¹Department of Oncology, University Hospital Zurich, Zurich, Switzerland

²Department of Internal Medicine (Oncology Unit), Cantonal Hospital Zug, Baar, Switzerland

³Department of Dermatology (Allergy Unit), University Hospital Zurich, Zurich, Switzerland

*equally contributed to the manuscript

Deactivation to antineoplastic agents is becoming a standard of care in hemato-oncology. Hypersensitivity to antineoplastic drugs represents an increasing problem in oncology due to the use of an expanded repertoire of different agents. Additionally, since these (new) agents show a higher efficacy, patients are exposed to the same antineoplastic drug for a longer time period resulting in a higher chance of sensitization. Once sensitization to a certain antineoplastic drug is present, therapy has to be modified, irrespective of its efficacy. Treatment modifications avoiding drugs causing hypersensitivity may affect the course of the disease and life expectancy. Therefore, therapeutic interventions are needed to allow the continuation of efficient antineoplastic drugs even if a hypersensitivity reaction has occurred.

As an example, hypersensitivity reactions to carboplatin and oxaliplatin occur frequently. Both these drugs are commonly used as part of poly-chemotherapy-regimens. Incidences of 12% to 17% of hypersensitivity reactions have been reported for these treatment modalities in the literature. More than 50% of the reported reactions were classified as moderate to severe [1-3].

To illustrate the typical clinical situation we should like to present the following case. A 42 year old male patient was diagnosed with borderline resectable adenocarcinoma of the pancreatic head. Surgical exploration was performed at another hospital, but resection was not attempted due to unexpectedly extensive invasion of the superior mesenteric vein. The patient was started on induction chemotherapy with FOLFIRINOX (folinic acid, fluorouracil,

irinotecan, oxaliplatin) in an effort to downsize the tumor. During the first cycle of FOLFIRINOX the patient developed swelling of the tongue, slight dyspnea and a skin rash 20 min after the start of the irinotecan application. The infusion had to be stopped and the symptoms slowly resolved after administration of steroids and antihistamines. Irinotecan was re-administered 2 weeks later causing a similar and more pronounced reaction. The treating oncologist was convinced that irinotecan had to be discontinued. After contacting our institution he agreed to transfer the patient for an attempt to deactivation. We successfully treated the patient with a third cycle of FOLFIRINOX infusing irinotecan in a hyperfractionated manner without any signs of hypersensitivity reaction. After 2 additional cycles of FOLFIRINOX (with hyperfractionated irinotecan) a complete resection of the pancreatic adenocarcinoma with reconstruction of the superior mesenteric vein could be performed. Postoperatively, FOLFIRINOX with hyperfractionated irinotecan was successfully given for another eight cycles again without any signs of hypersensitivity.

Hypersensitivity to drugs presents with a wide variety of clinical symptoms and can be graded from mild to severe (Table 1). Clinical presentation depends on the underlying immunological mechanism. In the 1960s Coombs and Gell presented the concept of four mechanisms by which substances including drugs can cause hypersensitivity reactions. Additional knowledge about the activation of T cells has led to the modification of the description of the T-cell mediated drug hypersensitivity (Table 2 [4]). Type I reactions have a rather typical presentation with symptoms of an immediate type reaction arising within one hour (rarely several hours) after drug application. The manifestation of our clinical case would be considered a moderate to severe immediate type reaction. By contrast, T-cell mediated late type reactions take place one hour to several days after drug administration.

The first challenge in onco-allergy is to identify the drug that is most likely responsible for the hypersensitivity reaction. In the majority of cases chemotherapy regi-

Table 1: Clinical grading of immediate type reactions

GRADE	MILD	MODERATE	SEVERE
CLINICAL FEATURES	cutaneous and subcutaneous only	cardiovascular, respiratory, or gastrointestinal involvement	hypoxia, hypotension or neurologic compromise
DEFINING SYMPTOMS AND SIGNS	Generalized erythema, periorbital edema, urticarial or angioedema	Dyspnea, stridor, wheeze, nausea, vomiting, dizziness, diaphoresis, chest or throat tightness, abdominal pain	cyanosis or SpO ₂ ≤92% at any stage, hypotension (systolic BP < 90 mmHg in adults), confusion, collapse, loss of consciousness, or incontinence

	Type of immuneresponse	Pathophysiology	Clinical symptoms	Typical chronology of the reaction
I	IgE	Mast cell and basophil degranulation	Anaphylactic shock Angioedema Urticaria Bronchospasm	Within 1 to 6 h after the last intake of the drug
II	IgG and complement	IgG and complement-dependent cytotoxicity	Cytopenia	5–15 days after the start of the eliciting drug
III	IgG or IgM and complement or FcR	Deposition of immune complexes	Serum sickness Urticaria Vasculitis	7–8 days for serum sickness/ urticaria 7–21 days after the start of the eliciting drug for vasculitis
IV a	Th1 (IFN γ)	Monocytic inflammation	Eczema	1–21 days after the start of the eliciting drug
IV b	Th2 (IL-4 and IL-5)	Eosinophilic inflammation	Maculopapular exanthema, DRESS	1 to several days after the start of the eliciting drug for MPE 2–6 weeks after the start of the eliciting drug for DRESS
IV c	Cytotoxic T cells (granzyme B, perforin, FasL)	Keratinocyte death mediated by CD4 or CD8	Maculopapular exanthema, SJS/TEN, pustular exanthema	1–2 days after the start of the eliciting drug for fixed drug eruption 4–28 days after the start of the eliciting drug for SJS/TEN
IV d	T cells (IL-8/ CXCL8)	Neutrophilic inflammation	Acute generalized exanthematous pustulosis	Typically 1–2 days after the start of the eliciting drug (but could be longer)

Table 2: Classification of drug allergies (published in [4]), maculopapular exanthema (MPE), Stevens-Johnson Syndrome (SJS) and Toxic Epidermal Necrolysis (TEN), Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms (DRESS)

mens consist of multiple drugs given over a few hours, often combined with antiemetic drugs.

Therefore, a hypersensitivity reaction to a drug can occur during the infusion of another drug applied subsequently, rendering the identification of the culprit elicitor very difficult. The problem is even more difficult in the situation of a late type reaction occurring after all drugs of a treatment regimen have been applied. To potentially identify the responsible drug of an IgE-mediated reaction, the method of choice is prick and/or intracutaneous testing. The knowledge on skin testing with anti-neoplastic drugs is improving; however, certain substances cannot be tested in the skin because of their necrotizing effect or due to the fact that non-irritant skin test concentrations have not yet been identified and published for many drugs (i.e. anthracyclines). In general, the sensitivity of skin testing is rather low [4]. At the same time, patients may be in urgent need to receive their anti-neoplastic treatment. Given the difficulty to perform clinical trials in patients with allergic reactions to anti-neoplastic drugs, pragmatic decisions have to be made with the aim to allow continuation of an effective poly-chemotherapeutic regimen. In addition to the practical need and beside the theoretical

knowledge about drug hypersensitivity the underlying pathophysiologic mechanism of an individual hypersensitivity reaction will remain undefined in most cases. The algorithm described below is considered a deactivation protocol and not a desensitization protocol since no long term tolerance to the cytotoxic agents will be initiated. Therefore, every administration of the suspected drug has to be done as part of deactivation protocol.

When hypersensitivity to an antineoplastic drug is suspected, we use the following algorithm at our institution: First, the patient has to be precisely interviewed about the clinical reaction and the patient's chart has to be critically reviewed in order to identify the drug with the highest likelihood of being responsible (medical history). Second, the oncologist has to evaluate alternative anticancer treatments without the suspected antineoplastic drug. If no valid alternative is available and the reaction is clinically assumed to represent an immediate-type hypersensitivity reaction, a desensitization protocol can be considered (medical need). If no prompt administration of the next cycle of chemotherapy is needed and the knowledge for non-irritant and established skin test concentration is

available, prick and intracutaneous testing is performed at the Department of Dermatology (Allergy Unit) (testing). Ideally, skin testing is performed with various concentrations of the suspected drug to increase the knowledge of non-irritant concentrations of cytotoxic agents. Furthermore, plasma tryptase level is measured in all patients with immediate type reaction to rule out the possibility of an underlying mastocytosis. Specifically, since tryptase is a marker of mast cell degranulation during an allergic IgE-mediated reaction, it should be measured at 1 to 4 hours after an adverse infusion reaction has occurred. Measurement of increased serum tryptase concentration supports the suspicion that a reaction may be IgE mediated.

Finally, deactivation treatment is performed applying the following considerations. For reactions considered to be of the immediate type we use a 12-step hyperfractionated deactivation protocol [5]. Deactivation treatment is usually not performed for cytotoxic drugs causing late type reactions. Importantly, deactivation treatment is contraindicated, if the patient had developed severe skin reactions such as Stevens-Johnson-Syndrom, Lyell-Syndrom or DRESS (Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms). Patients are treated with anti-histamines and steroids 12 hours and one hour before the start of the deactivation protocol. The protocol is designed to increase the administered concentration of the anti-neoplastic drug every 15 min until the final dose is reached within approximately 6 hours. For the first deactivation treatment the patient is admitted to the intensive care unit to insure close monitoring of vital signs and immediate medical intervention in case of an adverse reaction. For the first hyperfractionated application only a single suspected drug is applied. The remaining substances of the poly-chemotherapy regimen are administered one day later with the exception of antiemetic drugs. When tolerance is good, further applications are performed in an outpatient setting and the remaining drugs of poly-chemotherapy can be given after the hyperfractionated drug application on the same day. In all cases the deactivation protocol has to be closely monitored by a physician to insure prompt intervention in case of any hypersensitivity reaction. The treatment of choice for a severe hypersensitivity reaction is adrenalin injected

intramuscularly followed by intravenously injected antihistamines [6]. Steroids have no effect in the first minutes of the allergic reaction but show a late phase effect.

So far, we have used such hyperfractionated deactivation protocols for treating patients with mild to severe allergic reactions to the following drugs: rituximab, tocilizumab, irinotecan, carboplatin and taxanes. We were able to give the drugs at therapeutic doses in all patients. Thus, before changing the anti-neoplastic drugs to a potentially less effective alternative because of hypersensitivity reactions, a hyperfractionated application should be considered, preferably applied at a center with experience in deactivation treatments.

References:

1. Markman M, Kennedy A, Webster K, Elson P, Peterson G and others. 1999. Clinical features of hypersensitivity reactions to carboplatin. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 17:1141.
2. Limsuwan T, Castells MC. 2010. Outcomes and safety of rapid desensitization for chemotherapy hypersensitivity. *Expert opinion on drug safety* 9:39-53.
3. Brandi G, Pantaleo MA, Galli C, Falcone A, Antonuzzo A and others. 2003. Hypersensitivity reactions related to oxaliplatin (OHP). *British journal of cancer* 89:477-81.
4. Demoly P, Adkinson NE, Brockow K, Castells M, Chiriac AM and others. 2014. International Consensus on drug allergy. *Allergy* 69:420-37.
5. Castells MC, Tennant NM, Sloane DE, Hsu FI, Barrett NA and others. 2008. Hypersensitivity reactions to chemotherapy: outcomes and safety of rapid desensitization in 413 cases. *The Journal of allergy and clinical immunology* 122:574-80.
6. Dhami S, Panesar SS, Roberts G, Muraro A, Worm M and others. 2014. Management of anaphylaxis: a systematic review. *Allergy* 69:168-75.

Correspondence:

PD Dr. med. Ulf Petrusch
 FMH Oncology & FMH Clinical
 Immunology/Allergology
 Department of Oncology, University Hospital Zurich
 Rämistrasse 100, CH-8091 Zurich
 ulf.petrusch@usz.ch

Das Netzwerk Onkologie der Ostschweiz: ein Modell für die integrierte Versorgung von Krebspatienten in der Schweiz

Thomas Cerny, Kantonsspital St. Gallen

Einleitung

Das Kantonsspital St. Gallen (KSSG; www.kssg.ch) ist mit über 5000 Mitarbeitern (3605 Personaleinheiten) und 663 Ausbildungsplätzen das grosse Medizinische Zentrum der Ostschweiz mit Angebot und Leistungen auf universitärem Niveau. Im Jahre 2013 beispielsweise wurden an den Standorten St. Gallen, Rorschach und Flawil mit 833 Betten 34'225 Patientenaustritte nach 263'946 Pflgetagen mit einer mittleren Verweildauer von 7,7 Tagen dokumentiert.

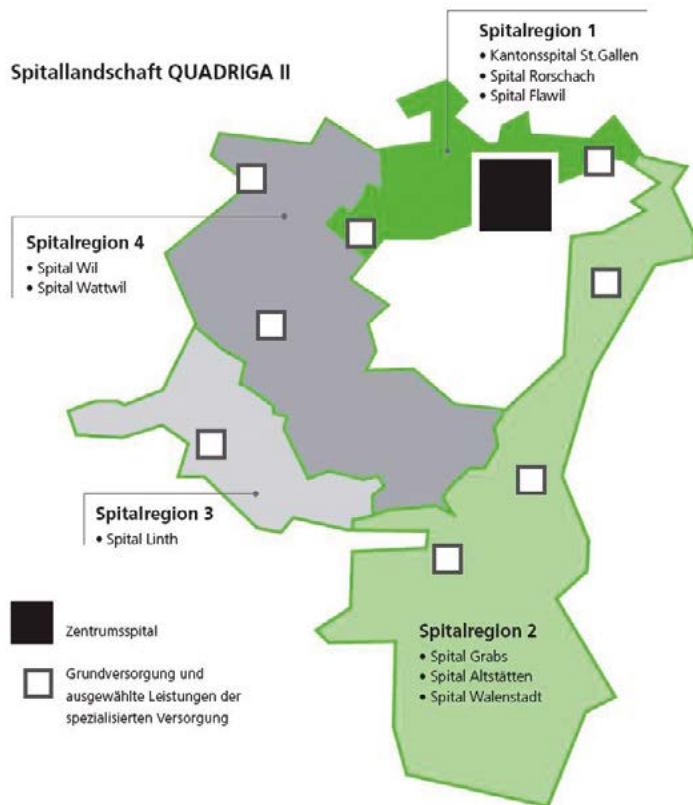
St. Gallen mit eigener klinischen Forschungsabteilung sowie die daraus hervorgegangenen weiteren Bereiche wie das Brustzentrum, das Palliativzentrum und das Zentrum für Integrative Medizin bilden in enger Zu-

sammenarbeit die interdisziplinäre und interprofessionelle Plattform für eine patientenzentrierte hochstehende integrierte onkologische Versorgung der Bevölkerung der ganzen Ostschweiz und für viele Patienten aus dem Fürstentum Lichtenstein und darüber hinaus. Dabei sind wir seit der Integration der beiden Spitäler Rorschach und Flawil an allen drei Standorten onkologisch vertreten und direkt verantwortlich mit ambulanten und stationären Leistungen (Spitalregion 1). Darüber hinaus besteht ein vertraglich ausformuliertes onkologisches Netzwerk (Dr. F. Hitz) auf Grund eines kantonalen gesundheitspolitischen Versorgungsauftrages (Spitalregion 2 mit Spital Grabs, Spitalregion 3 mit Spital Uznach und Spitalregion 4 mit Spital Wil) und eine seit langem bestehende konsiliarische Onkologie-Sprechstunde am Kantonsspital Herisau (AR). Auch viele niedergelassene Onkologen machen im Netzwerk mit und kommen regelmässig an Tumorboards.

Das KSSG betreibt heute ein aus einem onkologischen Forschungslabor hervorgegangenes Medizinisches Forschungszentrum (MFZ; www.mfz.kssg.ch) mit Grundlagenforschung und insbesondere translationaler Forschung. Angegliedert ist dem für alle Disziplinen offenen MFZ eine Clinical Trials Unit im Rahmen der Swiss-CTO des Schweizerischen Nationalfonds SNF. Im Jahr 2013 wurden 78 wissenschaftliche Artikel von oder mit unserer



Luftaufnahme Areal Kantonsspital St. Gallen



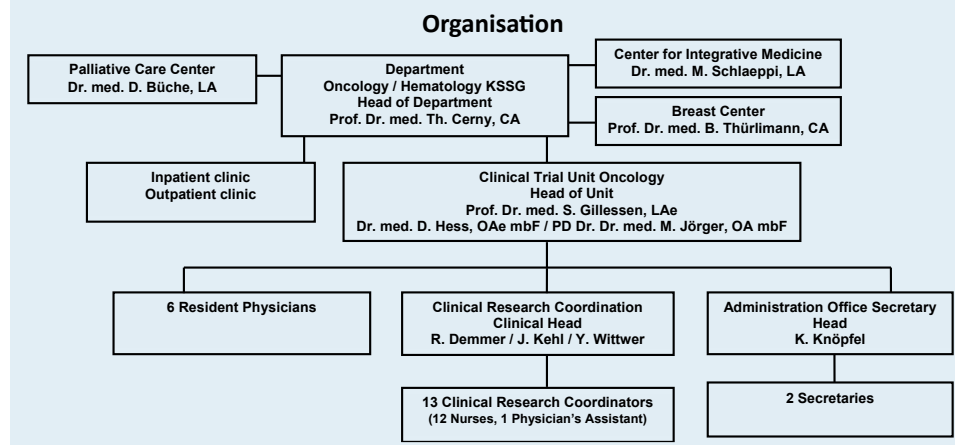
Die Kliniken und Institute im Dienste der Onkologie und Hämatologie

Die «Klinik für Onkologie und Hämatologie» mit einem grossen Ambulatorium und 4 Bettenstationen mit total an die 50 Betten (Palliativstation 0113: PD Dr. F. Strasser, Patricia Bigger, Leukämiestation 0111: Dr. U. Hess, Britta Gehl, Allgemeine Abteilung 0204: Prof. U. Güller, Marlis Dörig, Privatabteilung 0204: Prof. T. Cerny, Marlis Dörig) ist im Departement Innere Medizin eingegliedert. Dazu gehört auch der sehr wichtige Bereich Psychoonkologische Betreuung und Musiktherapie der Onkologie und Hämatologie mit Angeboten im stationären wie ambulanten Bereich (Fr. Dr. M. Renz). Das interdisziplinäre Brustzentrum (Prof. B. Thürlimann) ist eine eigenständige Organisationseinheit welche mit 8 beteiligten Kliniken und Instituten eng zusammenarbeitet und im Gebäude der Frauenklinik stationär und mit eigenem onkologischem Ambulatorium arbeitet. Das Brustzentrum St. Gallen

Klinik publiziert, dazu kamen zwei Bücher von Frau Dr. Monika Renz (www.kssg.ch/.../Wissenschaftliche_Publikationen_2). Unsere Klinik führt nun zum 25. Mal einen jährlichen 3-tägigen internationalen Ärzte-Fortbildungskurs für Klinische Onkologie durch (DESO: www.oncoconferences.ch) sowie in diesem Jahr erstmals eine internationale Prostate Consensus Conference (www.prostateconsensus.org).

Die Klinik für Onkologie und Hämatologie ist aktuell die grösste A-Klinik für Onkologie der Schweiz mit > 40 Onkologen/Hämatologen (im Kader sind 9 Mitarbeiter habilitiert, 5 davon sind Professoren) und entspricht mit dem umfassenden Dienstleistungsangebot, seiner Netzwerkstruktur, seiner ausgebauten Forschungsinfrastruktur und seinem Ausbildungsangebot einem Modell für ein schweizerisches «Comprehensive Cancer Center» (www.onkologie.kssg.ch).

Klinische Forschungsabteilung der Klinik für Onkologie und Hämatologie



wurde als erstes mit dem Qualitätslabel der Krebsliga und der Gesellschaft für Senologie ausgezeichnet. Das aus der Onkologie hervorgegangene Palliativzentrum (Dr. D. Büche) und das Zentrum für Integrative Medizin mit Standort Flawil (Dr. M. Schläppi) sind heute im Departement Medizinische Dienste (IMD) eingegliedert. Die Klinik für Onkologie und Hämatologie hat eine eigene klinische Forschungsabteilung mit breiter aktiver Phase 1 Unit (Frau Prof. S. Gillessen) mit aktuell 21 Mitarbeitern und ist mit dem Medizinischen Forschungszentrum (MFZ, Prof. B. Ludewig) mit einem eigenem Forschungslabor (Prof. Ch. Driessen) und einer CTU (Prof. Ch. Driessen) in direkter Kollaboration. Im Bereich Hämatonkologie (Dr. U. Hess) haben wir seit 1991 425 Hochdosistherapien mit autologen Stammzelltransplantationen durchgeführt und unser Zentrum ist nach JACIE-Standard zertifiziert.

Die Forschungszusammenarbeit ist auf nationaler Ebene mit der SAKK und mit verschiedenen universitären Zentren und der ETH (translational) gut etabliert und erfolgreich. Ebenso arbeiten wir vorab international mit verschiedenen Forschergruppen und mit vielen pharmazeutischen Partnern im Rahmen von gemeinsamen Studienprojekten, wo wir unseren Patienten ein breites Angebot von attraktiven Studien anbieten. Aktuell sind > 40 Studienprotokolle mit 6 Phase 1 Studien offen und viele hundert klinische Studien sind im «follow up».

Im Rahmen der nationalen klinischen Forschung der SAKK (www.sakk.ch) ist unser Zentrum seit Jahren an der Spitze der Studienbeteiligung und viele der Studien werden und wurden von Kaderärzten aus St. Gallen geleitet und initiiert. Der amtierende SAKK-Präsident Prof. B. Thürlimann stammt aus unserem Zentrum.

Die Klinik für Radioonkologie (PD Dr. L. Plasswilm), das Institut für Pathologie (Prof. W. Jochum) sowie das Departement Radiologie (Prof. S. Wildermuth) und Nu-

clearmedizin (Prof. F. Forrer) sowie das Medizinische Forschungszentrum MFZ (Prof. B. Ludewig) sind eigenständige Institutionen in verschiedenen Departementen am KSSG und arbeiten in enger Zusammenarbeit mit der Klinik für Onkologie und Hämatologie. Das von der Krebsliga Ostschweiz gegründete Krebsregister St. Gallen-Appenzell (Frau Dr. S. Ess, www.krebsliga-sg.ch/de/krebsregister/) ist eine äusserst wertvolle und viel genutzte Quelle für Informationen über die Entwicklungen der verschiedenen Krebsarten in unserer Region und ist auch zunehmend instrumentell zum Aufbau spezieller klinischer Register. Die Ostschweiz hat auch ein eigenes Kinderspital (www.kispisg.ch) mit einer hämatologischen und onkologischen Abteilung (Frau Dr. J. Greiner).

Mit den zahlreichen Kliniken der grossen chirurgisch und internistisch tätigen Disziplinen bestehen heute über 12 etablierte und mindestens wöchentlich stattfindende interdisziplinäre Tumorboards. In enger Zusammenarbeit wird nach gemeinsam ausgearbeiteten Standards nach international gültigen Diagnose- und Therapie-Richtlinien und «best evidence» gearbeitet. Durch viele gemeinsame klinischen Studien wird die Qualität der Behandlung sowie die Innovation und Teamleistung gefördert. Die grössten Partner sind die Viszeral- und Thorax-Chirurgie (Prof. B. Schmied und PD Dr. A. Dutly), die Frauenklinik (Prof. R. Hornung), die Urologie (Prof. HP. Schmid) sowie die Orthopädie (Prof. B. Jost) und Plastische Chirurgie (Prof. J. Grünert). Von den internistischen Disziplinen ist die Zusammenarbeit besonders eng mit der Gastroenterologie (Frau Prof. Ch. Meyenberger), der Pneumologie (Prof. M. Brutsche), der Endokrinologie (Prof. M. Brändle) und der Infektiologie (Prof. P. Vernazza). Das Blutspendezentrum, welches auch die Stammzellgewinnung für uns durchführt, ist selbständig (Frau Dr. J. Thierbach), ebenso das Zentrum für Labormedizin ZLM (Prof. W. Korte). Eine regelmässige genetische Sprechstunde findet am KSSG in Zusammenarbeit mit der Universität Basel (Prof. K. Heinimann) statt.

Klinik am Rapport



Interdisziplinäre Tumorboards

Am Kantonsspital St. Gallen finden insgesamt 12 verschiedene interdisziplinäre Tumorboards statt. Jeder Patient mit neu diagnostiziertem Tumor wird an einem dieser Tumorboards vorgestellt. Zudem werden alle Patienten, bei welchen eine mehrere Disziplinen involvierende weitere Therapieentscheidung getroffen werden muss, ebenso an einem Tumorboard gemeinsam diskutiert. Das Ziel der interdisziplinären Tumorboards ist es, in Anwesenheit mindestens eines Leistungsträgers jeder an der Behandlung beteiligten medizinischen Spezialität die für den individuellen Patienten beste therapeutische Strategie festzulegen. Am Tumorboard für Gastrointestinale Tumore z.B., welches zweimal wöchentlich stattfindet, sind dies mindestens ein Viszeralchirurg, ein



Tumorboard Viszeralchirurgie

Medizinischer Onkologe, ein Radioonkologe, ein Gastroenterologe, ein Diagnostischer Radiologe, ein Pathologe und ein Nuklearmediziner. Alleine am Tumorboard für Gastrointestinale Karzinome werden jährlich über 1'200 Patienten/-innen besprochen. Die wöchentliche Durchführung interdisziplinärer Tumorboards steigert nachgewiesenermaßen die Behandlungsqualität der Patienten. Zudem fördert das interdisziplinäre Tumorboard auch die Kommunikation und Effizienz zwischen den verschiedenen Spezialisten und dient als Teaching für Ärzte/-innen in Ausbildung. Zunehmend werden die im Netzwerk eingebundenen Partner mittels Video zu den Tumorboards zugeschaltet.

Etablierte Interdisziplinäre Tumorboards am Kantonsspital St. Gallen:

- Gastrointestinale Tumore
- Lungentumore
- HNO-Tumore
- Brusttumore
- Gynäkologische Tumore
- ZNS-Tumore
- Sarkome
- Urogenitale Tumore
- Hauttumore
- Neuroendokrine Tumore
- Radio-Onkologie/Orthopädieboard
- Hämatoonkologisches Board

Brustzentrum

Das Brustzentrum des Kantonsspital St.Gallen ist ein eigenständiger interdisziplinärer Bereich mit integrierter Brustchirurgie, medizinischer Onkologie und Radiologie. Es arbeiten dabei 5 Kaderärzte der Brustchirurgie mit 5 Kaderärzten der Medizinischen Onkologie zusammen, dazu kommen 2 Rotationsassistenten der Medizinischen Onkologie sowie einer aus der Frauenklinik. In denselben räumlichen Einheiten werden die ganze Diagnostik und Vorabklärungen präoperativ durchgeführt, ebenso wie die

postoperativen Besprechungen und adjuvanten Therapien inkl. der Nachsorge. Die Mammographie, Stereotaxie und deren Befundung findet ebenfalls in denselben Räumlichkeiten statt. Gemeinsame wöchentliche Sprechstunden finden mit den Kaderärzten der Plastischen Chirurgie und der Palliativmedizin im Brustzentrum statt. Kombinierte onkologisch/plastische Operationen werden regelmässig durch die SenologInnen zusammen mit den Plastischen Chirurgen durchgeführt.

Unser Brustzentrum mit den Standorten KSSG und Grabs wurde 2012 als erstes von der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie und der Krebsliga auditiert und zertifiziert. Alle Fälle beider Kliniken werden an einem gemeinsamen präoperativen und postoperativen Tumorboard besprochen. Wir behandeln ca. 300 Patientinnen mit Neudiagnose eines Mammakarzinoms gemäss Zertifizierungskriterien. Über 40 Mitarbeiter betreuen am Standort KSSG jährlich etwa 1700 Patientinnen mit gutartigen und bösartigen Brusterkrankungen sowie gynäkologischen Tumoren. Das Brustzentrum nimmt in der Schweiz eine führende Rolle in der klinischen Forschung von Brustkrebs ein. Der Chefarzt des Brustzentrums Prof. B. Thürlimann ist Präsident der SAKK, dessen Stellvertreter PD Dr. Th. Ruhstaller Präsident der Projektgruppe Brust der SAKK. Die meisten Kaderärzte sind «principal investigators» von nationalen und internationalen Studien.

Das onkologisch-hämatologische Ambulatorium am KSSG

Das grosse Ambulatorium am KSSG leistet monatlich zwischen 1450 und 1650 Patientenconsultationen (18'557 im Jahr 2013) davon sind 600-770 (total 8275 in Jahr 2013) begleitet durch Interventionen wie Chemotherapien, Transfusionen, Punktionen etc. Es arbeiten 23 Pflegefachfrauen und 3 Pflegeassistentinnen unter der Leitung von Sonja Betschart und Linda Bernhardsgrütter mit 18 Behandlungsplätzen. In den vielen allgemeinen und spezialisierten Sprechstunden arbeiten 33 Ärzte unter der organisatorischen Leitung von Dr. Ch. Rothermundt und den jeweiligen Leadern der Spezialsprechstunden. Das Ambulatorium ist z.Zt. in einer baulichen Erweiterungsphase bis Sommer dieses Jahres und wird dann 28 Behandlungsplätze aufweisen. Die Führung der sehr komplexen Disposition und Sekretariate steht unter der Leitung von Sabine Haab.

Unsere PflegeexpertInnen sind auch die fachlichen Anlaufstelle für alle Ambulatorien im Netzwerk und beteiligen sich täglich an der Weiterbildung der Kolleginnen im Haus und im ganzen Netzwerk unter der Leitung von Lydia Hungerbühler. Im ganzen Onkologie-Netzwerk der Ostschweiz werden jährlich an die 50'000 onkologische Konsultationen geleistet!

Palliativzentrum

Palliative Care (Dr. D. Büche; www.palliativzentrum.kssg.ch) ist am Kantonsspital St.Gallen eng mit der Klinik für Onkologie verbunden – sie konnte sich innerhalb und aus der Onkologie heraus entwickeln. Sie ist seit 2006 als Palliativzentrum am KSSG interdisziplinär etabliert, damit die Palliative Care-Dienstleistungen auch für andere Kliniken nutzbar wurden. Trotz dieser Eigenständigkeit besteht weiterhin eine sehr enge und fruchtbare Zusammenarbeit zwischen der Klinik für Onkologie und dem Palliativzentrum inkl. gegenseitiger Anstellung von Kaderärzten.

Die Palliative Care am Kantonsspital St.Gallen umfasst zwei Palliativstationen mit insgesamt 24 Betten, was bei einer durchschnittlichen Verweildauer der Patienten von ca. 14 Tagen 500 betreute Patienten pro Jahr ausmacht. Von diesen Patienten sterben im Durchschnitt 40% auf den Palliativstationen, die übrigen werden wieder nach Hause, ins Pflegeheim oder in das zuweisende Spital zurückverlegt. Der Palliativ-Konsiliardienst führt zudem über 3000 Konsilien pro Jahr durch, die Hälfte davon als Schmerz-Konsiliardienst, die andere Hälfte als Palliativ-Konsiliardienst. Dadurch, dass der Palliativ-Standard von Sanacert spitalweit eingeführt wurde, besteht eine breite Kompetenz bezüglich Palliative Care sowohl bei den Pflegefachpersonen als auch bei den Ärzten und anderen Fachpersonen. Von den Menschen, die im Kantonsspital St. Gallen versterben (ca. 800 Patienten pro Jahr), stirbt nur eine Minderzahl auf der Palliativstation. Dies ist ein Ausdruck der breiten Verankerung der Palliative Care im gesamten Spital. Die Palliativprechstunden sind noch ausbaufähig. Sie bestehen sowohl in der Klinik für Onkologie als auch im Brustzentrum. Auch hier wird darauf geachtet, dass diese spezialisierten Sprechstunden nicht von den Onkologen abgekoppelt werden, sondern vielmehr als beratende Dienste punktuell als Unterstützung zur Verfügung stehen. Schwerpunkte dabei sind schwierige Symptomkontrolle wie Schmerzen, Fatigue, Anorexie, Hilfe und Beratung bei schwierigen Entscheidungen sowie der Netzaufbau für die palliative Betreuung zuhause. Ziel ist es, dass jeder Onkologe in seiner Facharzt-Weiterbildung diese Kompetenzen erarbeiten kann und dass das Kader diese Kompetenzen aufrechterhält. Im Onkologie-Netzwerk werden Konsilien an anderen Spitälern angeboten, dies sowohl stationär als auch ambulant. Parallel dazu besteht die Möglichkeit sich über den ärztlichen (24 Stunden, 365 Tage) als auch den pflegerischen (wochentags, zu Arbeitszeiten) Beratungsdienst Informationen einzuholen. Die Palliative Care Hotline ermöglicht Betroffenen und Angehörigen, sich rund um die Uhr beraten zu lassen. Ebenfalls arbeiten die Ärzte des Palliativzentrums im spitalexternen mobilen Palliative Care Dienst – dem palliativen Brückendienst der Krebsliga Ostschweiz – mit

und unterstützen diese pflegerische Dienstleistung durch ihr spezialisiertes ärztliches Palliativ-Wissen. Somit darf von einer fast lückenlosen Palliativversorgung gesprochen werden. Die Dienstleistungen werden spitalextern noch nicht überall so genutzt, dass die angestrebte Qualität erreicht wäre. Die stete Steigerung der Nachfrage als auch die spezifischeren Fragestellungen zeigen, dass wir auf dem richtigen Weg sind. Selbstverständlich gehört zur Netzwerkpflege auch die Weiter- und Fortbildung von Personal, was wir durch Basiskurse für Ärzte, Pflege, Seelsorgende, Sozialarbeiter als auch durch Kurse für Fortgeschrittene bis hin zum Masterstudiengang in Zusammenarbeit mit der Fachhochschule St.Gallen anbieten.

Radioonkologie

Die Klinik für Radio-Onkologie, Kantonsspital St. Gallen (PD Dr. L. Plasswilm) ist ein modernes Zentrum der radio-onkologischen Patientenversorgung und der klinischen Tumorforschung.

Als Zentrumsambulanz werden der Klinik für Radio-Onkologie KSSG jährlich zirka 1'400 Patientinnen und Patienten zur Behandlung oder Beratung zugewiesen. Die Patienten werden ambulant, stationär und je nach Erkrankung auch in Kombination mit anderen Therapien, wie z.B. Operation und Chemotherapie, bestrahlt. Die Mitarbeitenden der Klinik arbeiten eng interdisziplinär und partnerschaftlich mit allen anderen Fachdisziplinen des KSSG zusammen. In die Gesamtbetreuung der Patienten sind neben den chirurgisch-onkologischen Fachdisziplinen alle weiteren onkologischen Spezialisten sowie zusätzliche Beratungsangebote, darunter z.B. Psychoonkologie, Sozial- und Ernährungsberatung eingebunden. Die Klinik für Radioonkologie ist an allen Tumorboards des KSSG aktiv beteiligt. Auch mit externen Partnern und niedergelassenen Kollegen wird ein enger Austausch gepflegt. 45 Mitarbeitende (Administration, MTRAs, Medizin-Physiker, Ärzte) der Klinik für Radio-Onkologie bieten den Patienten somit gesamthaft eine Therapie und medizinische Betreuung auf einem hohen Niveau. Der Chefarzt der Klinik ist auch Präsident der Sektion Radioonkologie, Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung (SAKK). Ein Oberarzt der Klinik und der Leitende MTRA sind im Vorstand der Schweizer Fachgesellschaft «Scientific Association of Swiss Radiation Oncology» (SASRO) engagiert. Kaderärzte der Klinik beteiligen sich an verschiedenen klinischen Studien, auch in der Funktion als «principal investigator». Medizinphysiker der Klinik sind in Kooperation mit verschiedenen Herstellern beteiligt an der Weiterentwicklung radio-onkologischer Software, aber auch von Bestrahlungs- und Messtechniken. Sie sind für die Dosimetrievergleiche der Schweizerischen Gesellschaft für Strahlenbiologie und Medizinische Physik (SGSMP) verantwortlich und wir-

ken in verschiedenen Fachkommissionen der SGSMP mit. Physiker und Ärzte der Klinik publizieren regelmässig in anerkannten Fachjournalen. Bezüglich Facharztausbildung trägt die Klinik den A-Status.

Die Klinik für Radio-Onkologie verfügt über zwei moderne Linearbeschleuniger mit Multi-Leaf-Kollimatoren und Portal Imaging inkl. Cone-Beam-CT sowie über eine Tomotherapieanlage. Zudem stehen ein eigener Large-Bore-CT, ein Simulator und ein Bestrahlungsplanungssystem zur Verfügung. Zusätzlich werden zur Bestrahlungsplanung im Spital akquirierte MRI- und PET-CT-Bilder verwendet. Die intensitätsmodulierte Radiotherapie (IMRT), die volumetrisch modulierte Bogentherapie (IMAT), die bildgeführte Radiotherapie (IGRT) wie auch die Tomotherapie sind etablierter Standard im Behandlungskonzept der Patienten bei unterschiedlichsten Tumorentitäten. Die klinikinterne Vernetzung erfolgt über die Krankenakte Medfolio und das radio-onkologische Informationssystem ARIA. Zur weiteren Ausstattung der Klinik gehören zwei Röntgenanlagen (mit Strahlqualitäten bis 60 kV bzw. bis 300 kV) für die «konventionelle» Strahlentherapie. Ein an ARIA angebundenes «high dose rate»-Afterloadinggerät dient der intrakavitären, intraluminalen, interstitiellen sowie der intraoperativen Brachytherapie. In enger Zusammenarbeit mit der Klinik für Urologie wird die «low dose rate»-Brachytherapie der Prostata mit I-125-Seeds durchgeführt.

Zentrum für Integrative Medizin

Komplementärmedizin ist ein Sammelbegriff für ergänzende Heilverfahren, die zur Linderung von verschiedenen Symptomen und zur Förderung der Selbstheilungskräfte eingesetzt werden. Integrative Medizin beinhaltet die Kombination von komplementärer und die konventioneller Medizin. Das Zentrum für Integrative Medizin Kantonsspital St.Gallen bietet – wo Patienten dies explizit wünschen – eine Kombination von ausgewählten, sich ergänzenden komplementärmedizinischen Massnahmen aus dem ärztlichen, dem therapeutischen und dem pflegerischen Bereich sowohl ambulant als auch stationär an. Ein multiprofessionell zusammengesetztes Team arbeitet dazu mit anderen Fachbereichen des Kantonsspitals St.Gallen eng zusammen. Das Zentrum für Integrative Medizin hat zwei Standorte, in St.Gallen und Flawil. An beiden Orten können Patienten ambulant und auf ausgewählten Stationen indikationsspezifisch integrativmedizinisch behandelt werden (Dr. M. Schläppi; www.integrativemedizin.kssg.ch).

Ausblick Swiss Comprehensive Cancer (SCCC) Netzwerke

Die nächsten 15 Jahre werden gekennzeichnet sein durch eine rasche Zunahme der Anzahl der Patienten durch die altersdemographische Entwicklung, durch die vielen

immer wirksameren und z.T. auch komplexeren, immer individuelleren Behandlungsoptionen mit besserer Prognose. Als Folge davon wird die Prävalenz sich mehr als verdoppeln bis 2030, d.h. ca. 500'000 Menschen in unserem Land leben dann mit oder nach einer Krebserkrankung. Folge davon sind eine rasche Kapazitätsnachfrage nach onkologischen und hämatoonkologischen Dienstleistungen, welche aufgrund der zunehmend fehlenden Ärzte und Pflegefachleuten nicht mehr wie bis anhin abgedeckt werden kann.

Wir brauchen neue Konzepte der raschen Effizienzsteigerung auf dem gesamten Betreuungsweg. Zum einen durch strukturierte Teambildung mit besseren Teamleistungen, wobei insbesondere Doppelspurigkeiten zwischen Pflegenden und Ärzten und fachfremde administrative Arbeiten zu eliminieren bzw. durch andere Mitarbeitergruppen zu leisten sind. Auch werden Pflegenden mehr ärztliche Funktionen und Verantwortung durch entsprechende Spezialisierung übernehmen. Zudem werden wir die Ausbildungskapazitäten für Ärzte und Pflegenden ausweiten müssen.

Die enorme Entwicklung der Onkologie und Hämatologie machen zudem eine hohe Konzentration der Spezialisten notwendig. Gerade die in einigen Zentren praktizierte separate Organonkologie geht an den Realitäten der Forschung und des Potentials unseres Fachs vorbei: personalisierte Medizin ist gerade nicht Organmedizin und eine effiziente Umsetzung neuer Therapien geht genau in Richtung einer onkologischen offenen Plattform, wie sie in einem CCC ermöglicht wird.

Für eine effiziente Versorgung immer älterer Menschen ist eine Netzwerkstruktur dieser CCC unter Einbindung möglichst vieler Dienstleister im niedergelassenen Bereich notwendig (vgl. Nationale Strategie gegen Krebs NSK, Handlungsfeld 4, www.oncosuisse.ch). Um zudem international in einer rasch globalisierten onkologischen Welt auf höchstem Niveau bestehen zu können, wird die Schweiz sich zu einem hochkompetenten Onkologie-Kampus der SCCC's über das ganze Land vernetzen müssen.

Korrespondenz:

Prof. Dr. med. T. Cerny
Präsident Krebsforschung Schweiz KFS
Präsident Oncosuisse OS
Chefarzt Klinik für Onkologie und Hämatologie
Departement Innere Medizin, CH-9007 St. Gallen
Tel. +41 (0)71 494 10 62, Fax +41 (0) 71 494 28 78
thomas.cerny@kssg.ch

SAKK News

Claudia Herren, SAKK Coordinating Center, Bern



Happy Birthday, SAKK!

Das Schweizer Netzwerk für klinische Krebsforschung feiert 2015 sein 50-Jahre-Jubiläum. Botschafter aus Sport, Politik, Kultur und Medizin machen sich im Jubiläumsjahr stark für die Forschung gegen Krebs – darunter Skirennfahrerin Wendy Holdener, Nationalrat Ruedi Lustenberger und Spitzenkoch Ivo Adam.

Seit 50 Jahren setzt sich die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung (SAKK) dafür ein, neue Krebstherapien zu erforschen und bestehende Behandlungen weiterzuentwickeln. Die SAKK wurde 1965 als Schweizerische Chemotherapiegruppe gegründet und ist heute das nationale Krebsforschungsnetzwerk, dessen Mitglieder alle Universitätsspitäler sowie viele Kantons- und Regionalspitäler in der ganzen Schweiz sind. Patientinnen und Patienten erhalten an diesen Zentren die zum aktuellen Stand der Wissenschaft bestmögliche Therapie, auch wenn diese für die Routinebehandlung noch nicht verfügbar ist. Die SAKK nimmt gegenwärtig jährlich rund 1000 Patientinnen und Patienten in klinische Studien auf und hat ein Budget von 15 Mio. Franken. Seit 1965 sind 25'000 Patienten in Studien der SAKK behandelt worden. «Auch 50 Jahre nach der Gründung ist unser wichtigstes Ziel die bestmögliche Krebstherapie für Patientinnen und Patienten» so SAKK-Präsident Beat Thürlimann.

Die Krebsforschung der vergangenen Jahrzehnte hat erreicht, dass sich die Prognosen für viele Patientinnen und Patienten verbessert haben. Gegen zahlreiche Krebserkrankungen gibt es heute wirksame Behandlungen und die Überlebenszeit nimmt zu. «Die Verbesserung der Behandlung ist nur mit patientenbezogener, klinischer Forschung möglich. Die SAKK leistet diesen Beitrag in der Krebsmedizin für die Schweizer Patienten seit 50 Jahren», betont Beat Thürlimann. «Auch dank der SAKK verfügt die Schweiz heute über die europaweit besten Be-

handlungswerte bei der Behandlung von Krebs.» Nach wie vor erkranken jedoch in der Schweiz jedes Jahr mehr als 35'000 Menschen an Krebs und über 15'000 sterben daran. Franco Cavalli, Krebspezialist und wissenschaftlicher Direktor des Onkologischen Instituts der Italienischen Schweiz: «Wir wissen immer mehr über Krebs und können ihn immer besser behandeln. Aber Krebs wird es immer geben und mit der steigenden Lebenserwartung werden die Krebsfälle in der Schweiz künftig eher zunehmen. Daher ist die Krebsforschung nötiger denn je.»

Mit Hilfe der heutigen Diagnostik können Tumore präziser eingeteilt werden und Krebstherapien werden immer besser auf einzelne Patientinnen und Patienten abgestimmt.

Personalisierte Behandlungen statt Breitband-Therapien stehen damit heute im Fokus der klinischen Krebsforschung. Für solche zielgerichteten Therapien klinische Studien durchzuführen, ist jedoch mit erheblichem Aufwand verbunden und gelingt nur als Zusammenarbeit in Forschungsnetzwerken wie der SAKK.

In ihrer Forschung gegen Krebs wird die SAKK im Jubiläumsjahr von Botschaftern aus Sport, Politik, Kultur und Medizin unterstützt. Unter ihnen ist die Skirennfahrerin Wendy Holdener: «Krebs kann jeden betreffen, umso wichtiger sind Vereine und Stiftungen wie die SAKK». Auch Spitzenkoch Ivo Adam weiss, dass eine gesunde Ernährung zwar eine Vorsorge gegen Krebs ist, aber leider kein Heilmittel. «Deshalb unterstütze ich die SAKK, weil sie mit klinischen Studien versucht, Therapien zu verbessern und neue Erkenntnisse zu gewinnen.»

Und Nationalrat Ruedi Lustenberger betont, warum die klinische Forschung mit und für Patientinnen und Patienten wichtig ist: «Wissenschaft und Forschung müssen dem Anspruch genügen, Erkenntnisse für die praktische Anwendung zu erbringen. Die klinische Krebsforschung stellt genau diese Verbindung her und hilft künftigen Patienten, von neuen Erkenntnissen zu profitieren.»

Die SAKK Botschafter im Jubiläumsjahr

Ursula Abgottspon, Partnerin von alt Ständerat This Jenny (†15.11.2014)

Ivo Adam, Spitzenkoch und Geschäftsführer

Dr. med. Sandro Anchisi, Leiter Abteilung Interne Medizin und Geriatrie CHVR Hôpital du Valais (RSV)

Prof. Dr. med. Markus Borner, Chefarzt Onkologie/Hämatologie Spitalzentrum Biel

Corsin Camichel, ehemaliger Eishockeyspieler

Prof. Dr. med. Franco Cavalli, Krebspezialist und wissenschaftlicher Direktor des Onkologischen Instituts der Italienischen Schweiz

Prof. Dr. med. Thomas Cerny, Präsident Krebsforschung Schweiz KFS

Tyla Durden, Pop-Artistin/Sängerin

GUSTAV, Sänger

Wendy Holdener, Skirennfahrerin

Laszlo I. Kish, Schauspieler, Regisseur und Kommunikationstrainer

Stefan Kobel, ehemaliger Beachvolleyball-Spieler

Sanna Lüdi, Freestyle Skierin

Ruedi Lustenberger, Nationalrat, Nationalratspräsident 2014

Jaël Malli, Sängerin

Gabriela Manetsch, Leiterin Forschungsteam Kantonsspital Graubünden

Dr. Klazien W. Matter-Walstra, Network Outcomes Research, SAKK Koordinationszentrum, Bern / European Center of Pharmaceutical Medicine ECPM, Universität Basel

Prof. Dr. med. Jakob Passweg, Präsident Krebsliga Schweiz

Dr. med. Stefanie Pederiva, Leitende Ärztin Onkologie Kantonsspital Baden

Prof. Dr. med. Bernhard Pestalozzi, Leitender Arzt Universitätsspital Zürich

Prof. Dr. med. Christoph Renner, Arzt Onkzentrum Hirslanden & Zürich, Präsident Swiss Tumor Institute

Prof. Dr. Christoph Rochlitz, Chefarzt Onkologie Universitätsspital Basel

Ted Scapa, Cartoonist

Kevin Schläpfer, Trainer EHC Biel

Nino Schurter, Mountainbike-Weltmeister

Mathias Seger, Eishockeyspieler ZSC Lions, Captain Eishockeynationalmannschaft

Christian Stucki, Schwinger

Weitere Informationen zum Jubiläumsjahr und zu den Ambassadors: www.sakk.ch



GUSTAV

GUSTAV ist ein Schweizer Musiker und Sänger. Seit 1998 hat er acht Studioalben und diverse Singles veröffentlicht und sich durch seine wilden Liveshows schweizweit einen Namen gemacht. Er lebt mit seiner Familie in Fribourg.

Warum engagieren Sie sich für die Krebsforschung und die Arbeit der SAKK?

Es ist mir ein Anliegen, dass die Krebsforschung vorangetrieben wird. Es berührt mich immer wieder sehr, wenn ich von Leuten höre, die an Krebs erkrankt sind und welche enorme Auswirkung dies auf das Umfeld haben kann.

Was erhoffen Sie sich von der Krebsforschung?

Ich erwarte ein stetiges Vorwärtkommen in der Forschung und jede Menge Erfolge, damit man einst Betroffenen die Gewissheit auf Heilung geben kann und nicht nur ein Hoffen darauf.

Was wünschen Sie der SAKK für die Zukunft?

Ich wünsche der SAKK weiterhin so krass engagierte Leute, die unermüdlich gegen dieses Monster ankämpfen. Irgendwann werden sie siegen. Wenn ich dabei auf irgendeine Art und Weise behilflich sein kann, ist dies eine Ehre für mich.

Am 20. Mai ist «Internationaler Tag der klinischen Studien». Die SAKK wird zu diesem Anlass eine Pressekonferenz geben und ein Öffentlichkeitsanlass auf dem Bundesplatz durchführen. Wie werden Sie diesen Tag verbringen? Ich werde auch dort sein.

SANNA LÜDI

Sanna Lüdi ist eine Schweizer Freestyle-Skierin und auf die Disziplin Skicross spezialisiert. Die schweizerisch-finnische Doppelbürgerin ist dreifache Weltcupsiegerin.

Warum engagieren Sie sich für die Krebsforschung und die Arbeit der SAKK?



Weil mich die Schicksale der betroffenen Personen immer sehr berühren. Es kann jeden treffen und ist irgendwie immer im Hinterkopf präsent. Ein Risiko, das unberechenbar ist im Gegensatz zum Risiko, welches ich im Skicross auf mich nehme. Ich verzweifle manchmal, wenn ich denke, was mit der heutigen Technik alles gemacht werden kann und trotzdem immer noch viele Menschen ihren Kampf gegen den Krebs verlieren.

Was erhoffen Sie sich von der Krebsforschung?

Dass Therapien mit weniger Nebenwirkungen für den Patienten entwickelt und in Zukunft mehr Leben erhalten werden können.

Was wünschen Sie der SAKK für die Zukunft?

Viele Erfolgserlebnisse im Kampf gegen diese schlimme Krankheit.

Am 20. Mai ist «Internationaler Tag der klinischen Studien». Die SAKK wird zu diesem Anlass eine Pressekonferenz geben und ein Öffentlichkeitsanlass auf dem Bundesplatz durchführen. Wie werden Sie diesen Tag verbringen?

So genau weiss ich das jetzt noch nicht. Ich bin zurzeit in der Rehabilitationsphase und je nach Heilungsfortschritt kann sich mein Plan dann jeweils kurzfristig ändern. Wenn es die Zeit aufgrund der bereits geplanten Therapien zulässt, vielleicht sogar an diesem Anlass in Bern.

Was ist Ihre grösste Herausforderung?

Die wiederkehrenden Niederschläge in Form von Verletzungen. Ich bin froh, dass diese Zeiten der Heilung jeweils absehbar sind und ich die Gewissheit habe, dass mein Knie wieder funktionieren wird und ich nicht eine Krankheit habe, bei welcher der Ausgang ungewiss ist.



RUEDI LUSTENBERGER

Ruedi Lustenberger ist Luzerner CVP Politiker und seit 1999 Vertreter im Nationalrat, welchen er im Jahr 2014 präsidiert hat. Der Schreinermeister ist Vater von fünf Kindern und lebt zusammen mit seiner Frau in Romoos.

Warum engagieren Sie sich für die Krebsforschung und die Arbeit der SAKK?

Wissenschaft und Forschung müssen dem Anspruch genügen, theoretische Erkenntnisse für eine spätere praktische Anwendung zu erbringen. Die klinische Krebsforschung stellt genau diese Verbindung her und hilft künftigen Patienten, von neuen Erkenntnissen zu profitieren. Die SAKK übernimmt somit eine zentrale Aufgabe im Wissenstransfer von der Grundlagenforschung zur Praxisanwendung. Diese Funktion ist überaus wichtig und unterstützenswert.

Was erhoffen Sie sich von der Krebsforschung?

Die Grundlagenforschung und deren kontinuierlich erlangten neuen Erkenntnisse stellt ein grosses Potential für zukünftige Therapieansätze im Bereich der Krebsbehandlung dar. Ich erhoffe mir, dass dieses Potential ausgeschöpft wird und dies eine stetige Verbesserung der Krebstherapien zur Folge hat. Zudem hat die Schweiz als traditioneller Forschungsstandort auch ein wirtschaftliches Interesse, dass die Grundlagenforschung und die klinische Forschung gepflegt und weitergeführt werden.

Was wünschen Sie der SAKK für die Zukunft?

Ich wünsche der SAKK, dass sie weiterhin erfolgreich im Dienste der Patienten und der Forschung ihre wichtige Arbeit fortführen kann.

Am 20. Mai ist «Internationaler Tag der klinischen Studien». Die SAKK wird zu diesem Anlass eine Pressekonferenz geben und einen Öffentlichkeitsanlass auf dem Bundesplatz durchführen. Wie werden Sie diesen Tag verbringen?

An diesem Tag werde ich in Luzern an einer Versammlung des Verbandes der Kieswerke teilnehmen und ein Referat halten.

Was ist Ihre grösste Herausforderung?

Bis jetzt war meine grösste Herausforderung das Präsidium des Nationalrates 2014. Was die Zukunft an neuen Herausforderungen bringt, wird sich zeigen.

HEIDI BAUMGARTNER

Heidi Baumgartner ist studierte Biotechnologin und gelernte Drogistin und arbeitet als Clinical Research Associate bei der SAKK. Früher war sie unter anderem in der experimentellen Hämatologie und Zellkulturtechnologie tätig. Die Arbeit in der Forschung im Bereich der Onkologie hat ihr Interesse an klinischen Studien geweckt.



Warum engagieren Sie sich für die Krebsforschung und für die Arbeit der SAKK?

Weil mich das Feld der Krebsforschung interessiert. Bevor ich zu der SAKK kam, habe ich in der Forschung gearbeitet. Bei der SAKK kann ich davon nun eine andere und neue Seite erfahren. Meiner Arbeit sind keine Grenzen gesetzt, gegen die Folgen von Krebs wird immer weiter geforscht. Das übergeordnete Ziel bleibt immer dasselbe: Krebs endgültig heilen zu können. Deshalb ist meine Arbeit sinnvoll und durch diesen Ansporn werde ich motiviert, täglich mein Bestes zu geben.

Was erhoffen Sie sich von der Krebsforschung?

Dass eines Tages jeder Krebs heilbar sein wird. Bis dahin sollte das Zusammenspiel der einzelnen Akteure noch enger werden und Synergien besser genutzt werden. Es sind so viele motivierte Leute an der Krebsforschung beteiligt; es wäre schön, einen Weg zu finden, sich noch besser zu koordinieren.

Was wünschen Sie der SAKK für die Zukunft?

Weitere 50 Jahre Entwicklung und Wachstum. Sie soll viele interessante und nützliche Studien durchführen können und ihren Fokus weiterhin auf die Bedürfnisse der Patienten ausrichten.

Am 20. Mai ist Tag der klinischen Forschung. Wie werden Sie diesen Tag verbringen?

Ich werde dann auf dem Bundesplatz am Öffentlichkeitsanlass der SAKK mithelfen und versuchen, unser Anliegen noch mehr an die Öffentlichkeit zu bringen.

Was empfinden Sie als Ihre grösste Herausforderung?

Ich möchte nicht, dass ich durch die Arbeit abgestumpft werde. Man darf nicht vergessen, dass hinter den Zahlen und Nummern Menschen verborgen sind. Klar kann ich nicht immer traurig durch mein Arbeitsleben gehen, aber ich will nicht teilnahmslos werden.

Publications Q1 2015

LUNG CANCER

SAKK 17/04

Rusch A, Ziltener G, Nackaerts K, Weder W, Stahel RA, Felley-Bosco E.

Prevalence of BRCA-1 associated protein 1 germline mutation in sporadic malignant pleural mesothelioma cases. Lung Cancer. 2015 Jan 8.

LEUKEMIA

GRAALL-2003/2005

Dhédin N, Huynh A, Maury S, Tabrizi R, Beldjord K, Asnafi V, Thomas X, Chevallier P, Nguyen S, Coiteux V, Bourhis JH, Hichri Y, Escoffre-Barbe M, Reman O,

Graux C, Chalandon Y, Blaise D, Schanz U, Lhéritier V, Cahn JY, Dombret H, Ifrah N. Role of allogeneic stem cell transplantation in adult patients with Ph-negative acute lymphoblastic leukemia. Blood. 2015 Jan 13.

LYMPHOMA

HD13

Behringer K, Goergen H, Hitz F, Zijlstra JM, Greil R, Markova J, Sasse S, Fuchs M, Topp MS, Soekler M, Mathas S, Meissner J, Wilhelm M, Koch P, Lindemann HW, Schalk E, Semrau R, Kriz J, Vieler T, Bentz M, Lange E, Mahlberg R, Hassler A, Vogelhuber M20, Hahn D, Mezger J, Krause SW, Skoetz N, Böll B, von Tresckow B, Diehl V, Hallek M, Borchmann P, Stein H, Eich H, Engert A; on behalf of the German Hodgkin Study Group; the Swiss Group for Clinical Cancer Research; the Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Pharmakologie und Therapie. Omission of dacarbazine or bleomycin, or both, from the ABVD regimen in treatment of early-stage favourable Hodgkin's lymphoma (GHSG HD13): an open-label, randomised, non-inferiority trial. Lancet. 2014 Dec 22.

ASCO GI

Poster

Helbling D. et al. Neoadjuvant chemoradiation (CRT) with or without panitumumab (Pan) in patients with K-ras unmutated, locally advanced rectal cancer (LARC): Final results of a randomized multicenter phase II trial (SAKK 41/07).

SAKK Dates 2015

May 5 & 6	Board Meeting and Retreat
May 20	Clinical trials day
June 11	9th Swiss PostASCO Bern
June 24	General Assembly
June 25 & 26	Semi-Annual Meeting Zurich
September 1	Board Meeting
September 10	Orphan Malignancies Seminar
November 3	Board Meeting
November 18	General Assembly
November 19 & 20	Semi-Annual Meeting Zurich

General Assembly

During the General Assembly, which took place on November 19, 2014, the participants were informed about the political issues and other ongoing processes that will influence the work of SAKK in the coming years.

Elections



C. Sessa & M. Ghielmini

One seat in the Board was available for election: *Michele Ghielmini* stepped down from his function as a Board member. The election was held with 16 voting members present. *Christiana Sessa* was unanimously elected – she is representing the

Italian speaking part of Switzerland. Sessa is a well-known member of the SAKK network for her long-term commitment and activity in the field of new drug development and gynaecological oncology. She is a worldwide reference person in these two topics and a common speaker on international congresses. Many thanks go to Michele Ghielmini for his great work in the SAKK board and long term commitment to SAKK.

Semi-Annual Meeting

SAKK held its winter semi-annual meeting on November 20 and 21, 2014, at the Congress Hotel Einstein in St.Gallen. In addition to the sessions within the various SAKK research groups, the GIST award and the Candy Heberlein research prize were granted. The semi-annual meeting provided once again an excellent platform to network and to foster the personal dialogue between experts, health professionals and other interested people in the field of cancer research. It was a pleasure to welcome such a remarkable number of participants and to assist in high-quality discussions. Many highlights were discussed within the various SAKK working and project groups and at the meetings of our partner organizations, connecting their expertise in joint meetings.

Research Grants

GIST-Award

The GIST Group Switzerland has awarded its science prize for the fifth time. The honor goes to *Anette Duensing*, M.D., Assistant Professor of Pathology, currently at the University of Pittsburgh Cancer Institute, Pittsburgh, Pennsylvania, USA. The laudatory speech was



H. Meier, A. Duensing, R. von Moos

given by SAKK vice-president *Roger von Moos* and Member of the GIST Group Award Committee. The prize endowed with CHF 10,000 was awarded for the study «*Unbiased Compound Screening Identifies Unexpected Drug Sensitivities and Novel Treatment Options for Gastrointestinal Stromal Tumors*», published in *Cancer Research* 2014. Most gastrointestinal stromal tumors (GIST) can be successfully treated with the targeted therapy drug imatinib mesylate (Glivec®/Gleevec®). However, approximately 50% of patients experience resistance to the drug within the first two years of treatment after initially benefiting from the therapy. Although second- and third-line regimens are available, they often only offer limited success. Therefore, new therapeutic strategies are urgently needed.

In the study, Anette Duensing's team performed a high-throughput drug screening to identify new treatment options for GIST patients. The panel included 89 drugs that are already approved for cancer treatment by the U.S. Food and Drug Administration (FDA). The experiments successfully identified two major drug classes as being very effective in destroying GIST cells – even those that are resistant to Glivec. This was unexpected, because most of the drugs included in the collection were «classical» chemotherapeutic agents – drugs that are traditionally known as not being effective in GIST. However, the above notion comes from studies that had been conducted before a reliable diagnosis of GIST was possible (i.e., before 1999). Hence, a number of non-GIST malignancies may have inadvertently been included. Moreover, a systematic testing of chemotherapeutic agents in GIST has not been done, in part due to the rarity of the disease.

In summary, by applying the high-throughput screening study the researchers were able to successfully identify

two classes of FDA-approved cancer drugs that are highly effective in GIST cell lines and GIST in vivo models. Clinical trials to test these drugs in GIST patients are currently being initiated.

Zurich researcher receives the Candy Heberlein research prize

The SFK (Swiss Foundation for the Promotion of Bone Marrow Transplantation) awarded the Candy Heberlein research prize for the first time at the SAKK semi-annual meeting on 20 November. The award went to *Dr. med. Antonia Müller* from Zurich University Hospital. Antonia Müller received the prize, which is worth of 30,000 francs, for her work on the «*Complex interactions after blood stem cell transplantation – immune function, pharmacological immunosuppression, GVHD and CMV reactivation*». The aim of this project is to study the associations between graft-versus-host disease (GVHD), its drug treatment and the immune function after blood stem cell transplantation. GVHD occurs because the transplanted immune system of the donor identifies the tissue in the recipient as foreign and attacks it. This often severe clinical picture is prevented or treated using medicines that suppress the immune system. On the whole, this leads to the transplanted patient displaying a highly compromised immune defence system and thus extreme suscep-



C. Heberlein, A. Müller, U. Schanz

tibility to infections, especially virus infections.

The SFK President *Candy Heberlein* has often been confronted with this particular issue in her SOS patient groups. She hopes to be able to offer patients better post-transplantation support in the future. The laudatory speech was given by *PD Dr. med. Urs Schanz*, consultant at the Zurich University Hospital and an expert in stem cell transplantation. The SFK wants to make it easier

for patients who need a bone marrow transplantation for their condition to have access to this treatment option. It informs patients and the public about the limits, possibilities and technical aspects of bone marrow transplantation and is constantly attracting new, voluntary donors of blood stem cells.

Further information on the SFK and its activities can be found at: www.knochenmark.ch

Research should be informed by experiences and needs of patients

On December 11, representatives of patient organizations, authorities, academic research and the pharmaceutical industry met in Bern for a workshop to discuss how the concerns of patients can be better integrated in research.

Many patients affected by chronic or serious diseases, along with their families, would like to see their experiences and needs being taken into account in their treatment, in the development of medicines and also to be more actively involved in clinical research. At the same time, it is also a concern of academic research, the pharmaceutical industry and authorities that patients should be better integrated. This has led to various initiatives in recent times, including the establishment of the European platform EUPATI (European Patients Academy on Therapeutic Innovation). This body aims to increase the knowledge of patients and patient organizations, so that they become effective patient representatives and advisors in medical research, for example in the field of clinical trials, with authorities or in ethics committees. Patients should receive scientifically grounded, objective and comprehensible information about research and drug development.

The aim of the conference in Bern was to bring together interested organizations from Switzerland and to create the conditions for the establishment of a national organization in the framework of the EUPATI platform. Efforts are being made in Switzerland to improve the involvement of patients but many initiatives are still in their infancy and there is no long history of experience to draw on – interestingly this also applies to companies from the pharmaceutical industry. While new Human Research Act mentions the involvement of patient representatives in ethics committees, this has not been implemented in the law by a single canton. However, patient representatives in the meantime have achieved representation in some cantons on the initiative of the committees. One reason for so many initiatives being in their infancy is certainly that the right contact partners have to be found. The homogeneity of the patient organizations and representatives in Switzerland is still very high. The Swiss Agency for Therapeutic Products (Swissmedic) has established a working group for the integration of patients with represen-

tatives of patient and consumer organizations as a two-year pilot project.

The Swiss Cancer League has tried various strategies to involve patients in strategic functions, but it has not been completely successful and is now focused on involving project-related patient organizations. SAKK is also pursuing the strategy of integrating patients more in their future research projects.

The idea is that these patients should be able to bring their knowledge to bear in the three pillars of research strategy, study development and communication. In an initial phase, which will start at the beginning of 2015, SAKK aims to select a consortium of patients and develop a set of specifications together with them. Please contact for further information: Dr. Claudia Weiss, Politics & Development, claudia.weiss@sakk.ch

Annik Steiner, Communications Manager
annik.steiner@sakk.ch

Denosumab (Xgeva®) for men with bone metastases from castration resistant prostate cancer only!

Denosumab (Xgeva®) can delay the occurrence of skeletal events (defined as pathological fracture, radiation therapy, surgery to bone, or spinal cord compression)^{1,2}. The results of several preclinical and clinical trials suggest that Denosumab given every 12 weeks is non-inferior to Denosumab given every 4 weeks. In order to test this formally, SAKK has developed the multi-center phase III non-inferiority trial SAKK 96/12, which is financially supported by santésuisse and open for accrual in most Swiss centres.

Women with breast cancer and men with castration resistant prostate cancer are eligible. In men with metastatic prostate cancer, treatment with Denosumab is occasionally started already when the disease is still hormone sensitive. So far, there is no data showing a benefit of a Denosumab treatment in patients with hormone sensitive prostate cancer. Recently, data from a novel trial was published where it was shown that zoledronic acid (e.g. Zometa®), a drug with a similar effect as Denosumab, was not beneficial for patients with hormone sensitive prostate cancer³. Importantly, the side-effects of Denosumab in a long-term treatment are not negligible;

especially the incidence of osteonecrosis of the jaw (ONJ) increases significantly with duration of the treatment.

Furthermore, Denosumab should not be used in men with castration resistant prostate cancer without bone metastasis. Although a trial showed an increased time until the occurrence of bone metastases⁴, Denosumab was neither approved in this indication by the FDA nor by the EMA due to the following reasons:

- Time to first bone metastasis is not a meaningful endpoint
- No influence on overall survival
- No improvement in pain or quality of life
- ONJ correlates with the duration of therapy

On the basis of this data we believe that the drug label for Xgeva® in Switzerland is imprecise. Denosumab should only be used for treatment of men with bone metastases from castration resistant prostate cancer (ideally within the above-mentioned trial SAKK 96/12).

Dr. Arnaud Templeton, arnaud.templeton@kssg.ch
PD Dr. Roger von Moos, roger.vonmoos@ksgr.ch

References

1. Fizazi K, Carducci M, Smith M, et al. Denosumab versus zoledronic acid for treatment of bone metastases in men with castration-resistant prostate cancer: a randomised, double-blind study. *Lancet* 2011;377:813-22.
2. Stopeck AT, Lipton A, Body JJ, et al. Denosumab compared with zoledronic acid for the treatment of bone metastases in patients with advanced breast cancer: a randomized, double-blind study. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 2010;28:5132-9.
3. Smith MR, Halabi S, Ryan CJ et al. Randomized controlled trial of early zoledronic acid in men with castration-sensitive prostate cancer and bone metastases: results of CALGB 90202 (alliance). *J Clin Oncol.* 2014 Apr 10;32(11):1143-50.
4. Smith MR, Saad F, Oudard S et al. Denosumab and bone metastasis-free survival in men with nonmetastatic castration-resistant prostate cancer: exploratory analyses by baseline prostate-specific antigen doubling time. *J Clin Oncol.* 2013 Oct 20;31(30):3800-6.

Correspondence:

Claudia Herren
SAKK Coordinating Center
Effingerstrasse 40, CH-3008 Bern
claudia.herren@sakk.ch



SAKK / Dr. Paul Janssen Fellowship

SAKK and Janssen-Cilag AG have decided to jointly award a fellowship endowed with CHF 30 000.-. The educational grant is aimed at offering young doctors the opportunity to spend three to four months at a renowned research center abroad to gain experience and acquire the necessary know-how and tools to develop and conduct top-quality clinical trials.

Doctors in training for their specialization in Swiss hospitals, active in clinical cancer research, are herewith invited to apply for the educational grant. The research grant will be awarded at the SAKK summer semi-annual meeting on June 25, 2015.

Regulations & application forms: www.sakk.ch/en/sakk-provides/for-research/research-grants/

Submission deadline: **April 30, 2015**



9th Swiss PostASCO
11th June 2015
09h45-17h00

Event & Kongresszentrum
Stade de Suisse
Future Lounge
Bern

www.swisspostasco.ch



FORTBILDUNG
SARKOME

Einladung

Fortbildung
"Weichteilsarkome - Dreiländer
Treffen"

Zürich
Donnerstag, 23. April 2015
14:00 - 18:20 Uhr
Restaurant "Au Premier"
Salon Alcina

Unter dem Patronat der:  SAKK
The Swiss Oncology Research Network

Survival Trends for non-Hodgkin lymphoma patients in Switzerland

Felicitas Hitz¹, Volker Arndt², Matthias Lorez², and the NICER Working Group

¹ Division of Oncology and Haematology, Kantonsspital, St. Gallen

² National Institute for Cancer Epidemiology and Registration (NICER), c/o University of Zurich

Keywords: Cancer, non-Hodgkin lymphoma, Relative Survival, Survival, Switzerland

Introduction

Non-Hodgkin lymphoma (NHL) are among the six most common cancer types in Switzerland with a stable standardized incidence rate for NHL at about 17 yearly diagnoses in males or 12 in females per 100'000 for the last 20 years. Standardized mortality rates decreased from 7 deaths due to NHL to 5 per 100'000 in males and from 5 to 3 per 100'000 in females in the same time period [1]. WHO classification defines B- and T-cell lymphoid malignancies and two major prognostic categories, the indolent and aggressive lymphoma. The aggressive lymphomas are sub-grouped into diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL), follicular lymphoma grade 3, Burkitt lymphoma, mantle cell lymphoma (MCL) and T-cell lymphoma. Follicular lymphoma grade 1-2, marginal zone B-cell, lymphoplasmacytic and small B lymphocytic lymphoma are classified as indolent (Table 2). Whereas the aggressive lymphomas have a high curative potential, the indolent lymphomas are slow-growing diseases exhibiting a heterogeneous clinical course, with a subset of patients expe-

riencing a benign course of disease whereas others have a more aggressive phenotype.

In the present descriptive study, epidemiological information from tumour registries of seventeen Swiss cantons have been collapsed to examine the survival patterns of adult patients diagnosed with malignant primary non-Hodgkin lymphoma during the last 30 years. In the international prognostic index (IPI) for aggressive lymphoma and the follicular lymphoma international prognostic index (FLIPI) for indolent lymphoma, age and disease specific characteristics but not gender are recognized as a prognostic factor. As in epidemiologic studies from other countries, we found clear survival differences between patient age-groups and NHL cell types, and minor differences between sexes in this population-based study.

Methods

This study is based on the National Core Dataset (NCD) managed by the National Institute for Cancer Epidemiology and Registration (NICER) for the purpose of national cancer monitoring in Switzerland. Twenty of 26 Swiss cantons have transmitted population-based cancer data to the NCD up to diagnosis date 31.12.2011. Cancer cases from 17 cantons were collapsed for this report: Appenzell Ausserrhoden (AR) and Appenzell Innerrhoden (AI), Basel-Landschaft (BL) and Basel-Stadt (BS), Fribourg (FR), Geneva (GE), Glarus (GL), Graubünden (GR), Lucerne (LU), Nidwalden (NW), Obwalden (OW), St. Gallen (SG), Ticino (TI), Uri (UR), Valais (VS), Zug (ZG) and Zurich (ZH). The cantons of Neuchâtel, Jura and Vaud could not be included, because they do not provide information on patient survival to the NCD.

Cancer registries recorded all incident cancer cases diagnosed in their resident population and assessed cases' survival by active and/or passive follow-up until 31.12.2011. We extracted 16'579 malignant primary cancer diagnoses for non-Hodgkin lymphoma (NHL) from 1980 to 2011.

Table 1. Number of malignant cases of non-Hodgkin lymphoma retrieved from the Swiss national dataset for survival analysis, by Swiss cantons, age and sex. Seventeen cantons are covered by nine cancer registries. The % of total person-years represents the contribution to national estimates.

Cantonal Cancer Registry	Year of diagnosis	Number of cases by age and sex							Person-years	% of total person-years
		15-64		65-74		75+		≥ 15		
		Male	Female	Male	Female	Male	Female	Both		
ZH/ZG	1980-2011	1295	971	757	627	822	900	5372	21986	32.2
SG/AR/AI	1980-2011	533	399	276	273	310	385	2176	11449	16.7
GE	1980-2011	574	369	227	211	275	352	2008	10416	15.2
BS/BL	1981-2009	465	356	308	236	302	397	2064	10668	15.6
TI	1996-2011	255	204	168	176	184	244	1231	5491	8.0
VS	1989-2011	251	179	124	114	137	131	936	4590	6.7
GR/GL	1989-2011	161	129	107	97	119	129	742	3051	4.5
FR	2006-2011	77	44	28	34	30	40	253	612	0.9
LU/UR/OW/NW	2010-2011	25	28	16	19	24	21	133	104	0.2
Total		3636	2679	2011	1787	2203	2599	14915	68367	100.0

For the cantons BL and BS the latest available year of diagnosis was 2009. NHL was defined by ICD-10 codes C82-C85 and C96. Morphological types were grouped according to HAEMACARE [2] and grade categories were according to KML (Kompetenznetz Maligne Lymphome) [3].

We excluded 17 primary diagnoses of NHL because they occurred after a primary NHL diagnosis in the same person. Patients with different multiple primary tumours (21%) were included [4]. We excluded all cases diagnosed at death (N=471) or with a death certificate as the only source of information (N=230). Case finding via death certificates was infrequent (1%-7%, depending on cancer registry). Excluded were 771 cases because no active follow-up has been performed. Recent active follow-up was lacking for 1'626 cases (i.e. follow-up before Dec 2011). The vital status of these cases was set lost to follow-up using the date of last contact. Further 175 cases were excluded because age at diagnosis was below 15 years, the eligibility limit in this study. A total of 14'915 cases (86%) remained for analysis, with 60% of observations uncensored (i.e. patients who have died).

Because we did not assume survival up to 31.12.2011 in the absence of reported death (i.e. based on passive follow-up alone), our survival estimates will be conservative. The assumption of survival in the absence of reported death could overestimate survival because two large registries did not utilize death certificates for several diagnosis years: ZH (1980-1996) and BS/BL (1981-2001, 2008-9). Completeness of case ascertainment for NHL was estimated with the mortality-incidence ratio (MIR). A ratio above unity is suggestive of under-registration of diagnoses. MIRs were determined for consecutive 5-year intervals from 1987 to 2011 for each cancer registry and provided no evidence for systematic under-registration [1]. MIRs ranged between 0.25 and 0.35.

Observed survival (OS) and relative survival (RS) were derived for consecutive time intervals of increasing length after diagnosis during which the hazards were assumed to remain constant. Temporal divisions were 0.05, 0.1, 0.2, 0.4, 0.6, 1, 2, 3, 4, 5, and 6 years. RS was calculated as the ratio of the observed survival of cancer cases and the expected survival of persons in the general population matching in age, sex, calendar year of death and cantonal pool [5]. Expected cancer survival was estimated using the Ederer II method applied to all-cause mortality tables for the cantons combined [6]. All-cause death probabilities, transformed from age-, sex- and calendar year-specific death rates, were interpolated and smoothed using the Elandt-Johnson formula [7]. RS ratios were estimated using the `strs` command (version 1.3.7) [8] written for the Stata Statistical Software [9]. Period survival analysis [10], which defines cases by follow-up dates, was applied. RS estimates were age-standardized using weights specific for NHL from the International Cancer Survival Standards

(ICSS) [11]. Ninety-five percent confidence intervals (95% CI) were estimated using the delta method to a transformation of the cumulative hazard. For age-standardized RS, 95% CI were estimated as described in [11].

To test for linear time trends of RS, the annual percentage change and its 95% CI was estimated with the Joinpoint Regression Program v4.0.4 [12].

Results

This report combines more than 68'000 person-years of survival experience for patients diagnosed with primary malignant NHL (Tab. 1). The data pool contains increasing numbers of cancer registries over time. Until 1995, only the cantons AR, AI, BL, BS, GE, SG, and ZH contributed to the pool, whereas canton TI joined in 1996, canton FR in 2006, canton LU in 2010, and cantons OW, NW, UR and ZG in 2011. Cantons without cancer registration before 1996 contributed only 20% of the total cases.

The case pool comprised of 7'850 male and 7'065 female patients (total 14'915). Age at diagnosis in our study ranged from the pre-defined 15 to 102 years. The median age at diagnosis was 66 years in men (interquartile range IQR 53-76) and 70 years in women (IQR 58-79). There was no change in median age at diagnoses over time. Almost half of all patients were diagnosed before their 65th birthday and 30% were older than 75. Information regarding detection of the cancer was available from the cantons GE, VS and FR and revealed that symptoms were responsible for detection in 75% of the cases.

Tab. 2 shows that by far the most common primary malignancy was diffuse large B-cell lymphoma, 30% in males and in females, or 2'339 male cases and 2'140 female cases, respectively. Diffuse large B-cell lymphoma form part of the dominant group of mature B-cell neoplasms, 6'059 cases or 78% in males and 5'551 cases or 79% in females. The group of mature T-cell and NK-cell neoplasms totalled 576 cases or 7% in males and 375 cases or 5% in females. Unspecified lymphoid neoplasms amounted to 13% in both sexes, 980 male and 935 female cases. The majority of cases (53% in males, 49% in females) were high-grade (aggressive) neoplasms, 31% were low-grade (indolent) in males, and 35% in females.

The survival experience at one and five years after diagnosis for males and females diagnosed with NHL is shown in Tab. 3 and in Fig. 1. Temporal survival trends were analysed using four consecutive time periods of five years duration, starting in 1992 and ending in 2011. For all grades of NHL combined, the age-standardized relative survival (RS) in men improved over time from 69.4 to 84.3% and 46.7 to 68.4% for one and five years after diagnosis, respectively. The statistically significant annual percentage changes (APC) were +1.1% and +2.3%,

Table 2. Number of cases for malignant non-Hodgkin lymphoma by HAEMACARE groupings, morphological type, grade and sex, diagnosed during 1980-2011 in seventeen Swiss cantons

HAEMACARE Group ¹	ICD-O-3 morphological type	ICD-O-3 code	ICD-10 code	Grade ²	No. of male cases	No. of female cases
Mature B-cell neoplasms	Malignant lymphoma, large B-cell, diffuse, NOS	9680	C83.3	aggressive	2339	2140
	Mantle cell lymphoma	9673	C83.8	aggressive	538	254
	Malignant lymphoma, large B-cell, diffuse, immunoblastic, NOS	9684	C83.4	aggressive	285	243
	Malignant lymphoma, mixed small and large cell, diffuse	9675	C83.2	aggressive	275	299
	Burkitt's lymphoma, NOS	9687	C83.7	aggressive	186	80
	Follicular lymphoma, grade 3	9698	C82.2	aggressive	154	177
	Malignant lymphoma, lymphoplasmacytic	9671	C83.8	indolent	517	445
	Malignant lymphoma, small B lymphocytic, NOS	9670	C83.0	indolent	515	409
	Follicular lymphoma, NOS	9690	C82.9	indolent	511	619
	Marginal zone B-cell lymphoma, NOS	9699	C82.7	indolent	425	517
	Follicular lymphoma, grade 2	9691	C82.1	indolent	198	212
Follicular lymphoma, grade 1	9695	C82.0	indolent	116	156	
Mature T-cell and NK-cell neoplasms	Mature T-cell lymphoma, NOS	9702	C84.4	aggressive	209	151
	Anaplastic large cell lymphoma, T cell and Null cell type	9714	C84.5	aggressive	118	68
	Angioimmunoblastic T-cell lymphoma	9705	C84.4	aggressive	72	56
	Mycosis fungoides	9700	C84.0	indolent	177	100
Unknown lymphoid neoplasms	Malignant lymphoma, non-Hodgkin's, NOS	9591	C85.9	unknown	666	621
	Malignant lymphoma, NOS	9590	C85.9	unknown	314	314
				Not listed ³	235	204
				All cases	7850	7065

1: Manual for Coding and Reporting of Haematological Malignancies (HAEMACARE).

2: Kompetenznetz Maligne Lymphome e.V. (KML)

3: Codes with <120 cases for males and females combined

respectively. The relative survival (RS) in women was generally higher compared to men, except for age 75+. The age-standardized RS improved over time from 73.2 to 84.8% and 49.7 to 74.1% for one and five years after diagnosis, respectively.

Grade-specific survival analysis demonstrated better survival for indolent types of malignancies as compared with aggressive malignancies. Positive trends for one-year as well as five-year relative survival are consistently more pronounced in aggressive types of NHL as compared to indolent NHL. This holds true for both sexes and all age-groups. It is related to the generally smaller RS values in aggressive NHL as compared to indolent NHL, where the one-year RS in patients below 65 has reached a level indistinguishable from persons of the general population (i.e. RS of 100%).

Patients above 75 years of age at diagnosis seemed to have gained slightly less in absolute terms than younger patients (age 15-64) if five-year RS in aggressive NHL is concerned. In males, the gap in RS has widened over time from 25% in the first time period (the difference in RS between 48.8% for age <64 and 23.6% for age >75) to 33% in the last time period (the difference between 71.9% for age <64 and 38.8% for age >75), and in females from 31 to 41%, respectively (Tab. 3 and Fig. 1). If five-year RS in

indolent NHL is concerned, the age gap in RS over time was less affected, from 26 to 22% in males and 29 to 32% in females.

Discussion

For the first time data on NHL from seventeen Swiss cantons could be pooled for outcome analysis. The data spans a maximum time period of 30 years. There are limitations to our study. First, NHL is a heterogeneous disease with different histologic subgroups, treatment and outcomes (Table 2, 3). Diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) the most frequent subgroup of aggressive lymphoma is treated with immunochemotherapy as R-CHOP-like regimens in all age-groups. Roughly sixty percent of the patients are cured with this regimen [13]. Whereas in mantle cell lymphoma (MCL), accounting for an estimated 3-6% of all NHL cases, immunochemotherapy is followed by high dose chemotherapy and autologous stem cell transplantation at least in transplant eligible subjects. MCL has a median overall survival of only 4-5 years. In indolent lymphomas the range of treatment strategies is even larger: from watch and wait, immunotherapy or radiotherapy alone to immunochemotherapy. Recurrent disease in MCL and indolent lymphoma

Years since Diagnosis	Age in years at Diagnosis	Relative survival [%] in Male					Relative survival [%] in Female				
		Calendar period of death or censoring					Calendar period of death or censoring				
		1992-1996	1997-2001	2002-2006	2007-2011	APC ² [95% CI]	1992-1996	1997-2001	2002-2006	2007-2011	APC ² [95% CI]
All NHL											
1	15-64	71.2	81.9	89.3	91.4	1.2 [0.2, 2.5]	<u>82.1</u>	85.2	91.6	94.8	0.8 [0.4, 1.2]
	65-74	75.4	80.9	76.3	86.7	0.7 [-1.0, 2.4]	76.5	77.7	<u>84.9</u>	87.2	0.8 [0.1, 1.5]
	75+	56.0	55.7	67.9	71.2	1.6 [-0.2, 3.3]	53.5	57.7	62.6	66.1	1.2 [0.9, 1.5]
	stand. ³	69.4	74.1	79.1	84.3	1.1 [1.1, 1.1]	73.2	75.6	81.8	84.8	0.9 [0.4, 1.3]
5	15-64	54.1	62.3	74.7	80.6	2.2 [0.9, 3.4]	60.7	68.4	80.2	<u>88.5</u>	2.1 [1.5, 2.7]
	65-74	51.2	52.4	52.0	68.7	1.8 [-1.6, 5.4]	51.7	60.7	62.2	77.0	2.2 [0.3, 4.1]
	75+	30.6	30.5	39.1	50.1	3.2 [0.5, 6.0]	30.2	36.7	41.8	48.1	2.5 [1.9, 3.1]
	stand. ³	46.7	50.0	57.1	68.4	2.3 [1.1, 3.6]	49.7	<u>57.2</u>	<u>64.4</u>	<u>74.1</u>	2.2 [2.0, 2.5]
Aggressive NHL											
1	15-64	66.8	72.8	84.6	85.9	1.4 [0.3, 3.0]	73.2	77.1	86.6	90.8	1.2 [0.5, 1.9]
	65-74	65.1	75.1	66.2	79.6	0.8 [-2.1, 3.8]	65.9	68.7	78.7	79.3	1.1 [-0.3, 2.5]
	75+	47.1	45.5	56.8	61.6	1.8 [-0.2, 3.8]	44.2	46.7	52.7	56.3	1.4 [0.8, 2.0]
	stand. ³	61.9	65.1	70.6	77.0	1.3 [0.9, 1.7]	63.7	66.1	75.2	78.2	1.2 [0.3, 2.2]
5	15-64	48.8	53.7	65.2	71.9	2.3 [1.3, 3.2]	52.1	56.6	70.3	<u>81.6</u>	2.7 [1.7, 3.7]
	65-74	40.3	45.6	37.6	58.9	2.1 [-3.8, 8.5]	41.2	50.4	50.4	68.5	2.8 [0.0, 5.7]
	75+	23.6	23.8	25.7	38.8	3.3 [-3.8, 8.5]	21.1	27.2	36.3	40.4	3.5 [1.2, 5.9]
	stand. ³	38.7	42.8	44.3	58.6	2.5 [-0.3, 5.3]	40.5	46.3	<u>55.4</u>	<u>66.8</u>	2.9 [2.3, 3.5]
Indolent NHL											
1	15-64	92.5	99.1	98.0	100.5	0.2 [0.3, 0.7]	98.2	96.0	97.1	99.9	0.2 [0.3, 0.6]
	65-74	91.1	91.4	92.3	96.6	0.4 [-0.1, 0.9]	89.5	89.3	94.6	98.1	0.6 [0.2, 1.1]
	75+	73.8	81.8	89.0	90.7	1.0 [-0.2, 2.1]	81.8	83.4	87.0	87.9	0.4 [0.1, 0.8]
	stand. ³	86.2	92.2	93.7	96.7	0.5 [0.1, 1.0]	91.3	90.4	93.4	96.0	0.3 [-0.1, 0.8]
5	15-64	71.6	79.8	89.6	94.5	1.4 [0.5, 2.3]	80.0	81.4	88.5	95.9	1.2 [0.5, 1.8]
	65-74	65.3	64.0	74.6	78.5	1.2 [-0.2, 2.7]	71.7	75.5	78.9	89.1	1.3 [0.3, 2.4]
	75+	45.3	44.3	70.9	72.9	3.0 [-1.8, 8.0]	51.3	57.1	57.4	64.2	1.2 [0.1, 2.3]
	stand. ³	61.4	64.0	79.7	83.1	1.8 [-0.2, 3.9]	69.0	72.5	76.8	85.0	1.2 [0.6, 1.9]

¹ Relative survival analysed with period approach

³ Age standardized using ICS5 weights

² Annual percentage change. CI: confidence interval

Underlined RS is significantly higher in females compared with males

Table 3. Trends in one-year and five-year relative survival for non-Hodgkin lymphoma (NHL), expressed as the annual percentage change (APC), by sex and grade. Cases were pooled from seventeen Swiss cantons for successive five-year calendar periods of follow-up. Trends are statistically significant if the 95% CI excludes zero.

is frequent. Second, missing clinical data as stage of disease and treatment regimen are further important limitations. Thus, evidence of improved outcome of NHL in this study, is to be interpreted with caution as the data are based only on the two major histologic groups of aggressive and indolent lymphomas.

In Switzerland as in other western countries, we observed a trend of improved relative survival of NHL over the time periods as well as over the age-groups (Table 3 and Fig 1). The results of EURO-CARE-5, an European wide population-based study, demonstrated the largest increase in 5-year relative survival for DLBCL from 1997–99 to 2006–08 with 42.0% [95% CI 40.7–43.4] to 55.4% [54.6–56.2], p<0.0001 and follicular lymphoma 58.9% [57.3–60.6] to 74.3% [72.9–75.5], p<0.0001 [14].

The relative survival (RS) at 5-years of the Swiss population with aggressive lymphoma, including 56% DLBCL in males and 62% DLBCL in females, improved with annual percentage change (APC) of 2.5% for males (95% CI -0.3 – 5.3) and 2.9% for females (95% CI 2.3 – 3.5). This corresponds to a change of 5-year relative survival from 39% to 59% in males and 41% to 67% in females from the first to the last analysed period. The observed survival gains of 16% (males) and 21% (females) between the 2nd

and 4th time period in Switzerland are thus slightly larger as compared with the gain of 13% for DLBCL in EURO-CARE-5, but very similar to a population-based study in the Netherland for DLBCL [14, 15].

Five-year relative survival of aggressive lymphoma for adults <65 years changed from 48.8% (males), 52.1% (females) in the time period 1992 – 1996 to 53.7% (males), 56.6% (females) in the period 1997 – 2001. This improvement is most likely related to the introduction of intensive chemotherapy regimens combined with autologous stem cell transplantation in 1996 with improved supportive care [16]. The marked improvement of 5-year relative survival after 2002 of transplant eligible patients (<65 years) to 72% (males) and 82% (females) in the period 2007 – 2011 is related to the approval of the very effective anti-CD20 monoclonal antibody and its addition to the standard chemotherapy regimen of CHOP in DLBCL in 2002.

Unlike in other cancer types the outcome in older adults, 65 – 74 years of age, with aggressive lymphoma improved as well. This may be due to the fact that this age group benefits of R-CHOP for DLBCL with an increased 2-year OS of 20% – 30% as demonstrated in a large retrospective population-based study of the province of British Co-

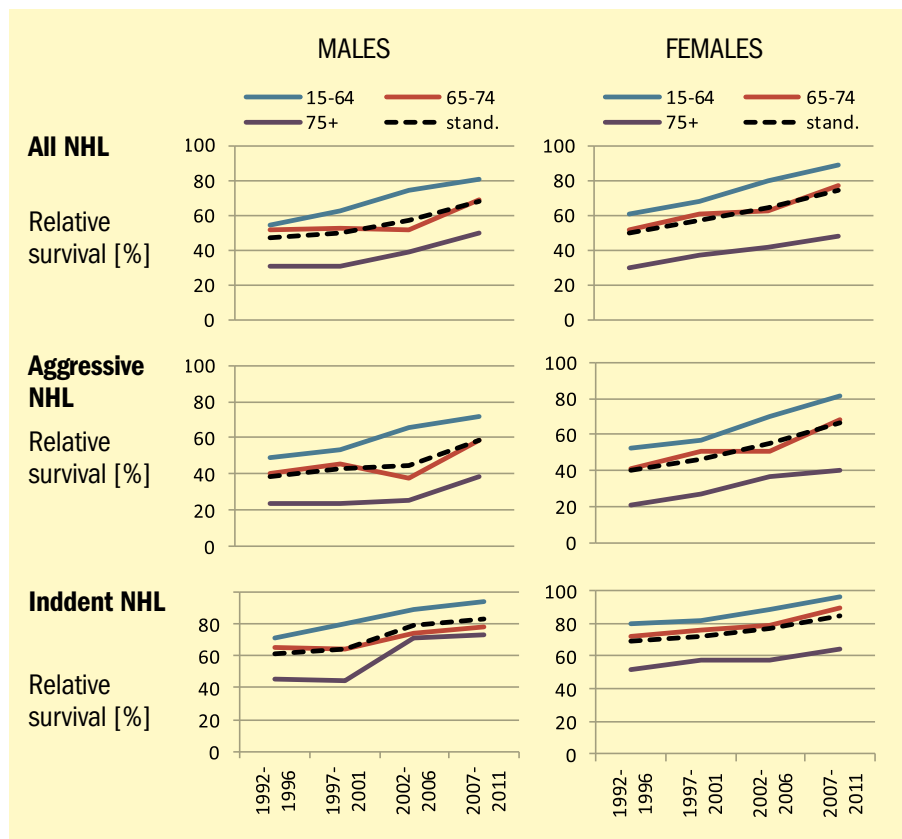


Fig. 1. Trends in five-year relative survival for non-Hodgkin lymphoma (NHL), by sex, age and grade.

lumbia, Canada [18]. Interestingly 5-year relative survival of older males and females in our study differ by about 10% with 58.9% and 68.5% during the last time period, while the 5-year relative survival for age 75+ differs only by about 2% with 38.8% and 40.4%, respectively. The observed survival advantage for females, more pronounced in DLBCL than follicular type lymphoma, and the loss of this advantage at age 75+, was also reported in a recent study from Germany [17]. The difference of survival might be explained by the age and sex dependent clearance of rituximab. Females 65 – 75 years of age have a much more favourable pharmacokinetic of the anti-CD20 monoclonal antibody than males [19].

The outcome of patients older than 75 years, particularly those very old patients (>80 years), depends to a much lesser extent on the disease than on co-morbidities. A prospective study in these frail patients, combining anti-CD20 monoclonal antibody with a dose-reduced CHOP regimen (R-mini-CHOP), showed promising clinical response and 2 year OS of 59% [20]. But the majority of the patients are not treated with standard regimen but without anthracycline-based treatment resulting in a poorer outcome [21, 22].

Follicular lymphoma is the most important subgroup representing 34% of indolent lymphomas in males and 40% in females. Other subgroups are not further mentioned as their numbers are too small and treatment regimens are similar to follicular lymphoma therapy. The temporal gain of 15% in standardised 5-year relative survival of follicular lymphoma in EUROCORE-5 [14] was similar to the 16% (average of male and female gains between 2nd and 4th time period) gain for indolent lymphoma in our study. The RS in Switzerland was about 10% higher, probably because the EUROCORE-5 study did not separate between aggressive and indolent forms of follicular lymphoma. Although anti-CD20 monoclonal antibodies were approved in Switzerland for the treatment of indolent lymphoma already in 1997, the relative survival improved to a somewhat lower extent than in the setting of

the aggressive lymphomas. APC is expected to be smaller if survival is generally high but it may also be attributable to the fact that patients with indolent lymphoma have a much longer course of disease and treatment. 5-year relative survival improved accordingly in males and females with APC of 1.8% and 1.2% (95% CI -0.2 – 3.9 and 0.6 – 1.9), respectively (Table 3, Fig. 1).

The study does not separate B- from T-cell lymphomas for the analysis of relative survival, as T-cell lymphomas represent only about 8 – 10% of all lymphomas. With the exception of mycosis fungoides, T-cell lymphomas have an aggressive course of disease. Although in this study not mentioned their outcome is still dismal without improvement over the time periods.

Overall survival of NHL in Switzerland has increased for all subtypes and age groups. Major improvements are seen for aggressive lymphoma particularly the younger, transplant eligible patients <65 years.

References*

1. For trends of cancer incidence and mortality see NICER website at <http://nicer.org/>
2. HAEMACARE-Cancer Registry Based project on Haematologic Malignancies. Background, rationale and aims. <http://www.haemacare.eu/project>. Accessed Nov, 2014.
3. Kompetenznetz Maligne Lymphome e.V. (KML). Universitätsklinikum Köln, D-50924 Köln. <http://www.lymphome.de/InfoLymphome/NonHodgkinLymphome/Einteilung>. Accessed Nov, 2014.

4. Rosso S, De Angelis R, Ciccolallo L, Carrani E, Soerjomataram I, Grande E, Zigon G, Brenner H and the EURO CARE Working Group. Multiple tumours in survival estimates. *Eur J Cancer*, 2009. 45(6): 1080-1094.
 5. Ederer F, Axtell LM and Cutler SJ. The relative survival rate: a statistical methodology. *Natl Cancer Inst Monogr* 6: 101-121, 1961.
 6. Ederer F and Heise H. Instructions to IBM 650 Programmers in Processing Survival Computations. Methodological note no 10, End Results Evaluation Section. 1959. Bethesda MD, National Cancer Institute.
 7. Elandt-Johnson RC and Johnson NL. *Survival Models and Data Analysis*. New York: John Wiley&Sons 1980.
 8. Dickman PW, Coviello E and Hills M. Estimating and modelling relative survival. *The Stata Journal* (in press).
 9. StataCorp LP: *Data Analysis and Stata Statistical Software*. Release 12: 2011. College Station, TX (USA), StataCorp.
 10. Brenner H and Gefeller O. An alternative approach to monitoring cancer patient survival. *Cancer*, 1996. 78(9): 2004-2010.
 11. Corazziari I, Quinn M and Capocaccia R. Standard cancer patient population for age standardising survival ratios. *Eur J Cancer*, 2004. 40(15): 2307-2316.
 12. Joinpoint Regression Program, Version 4.0.4 - May 2013; Statistical Methodology and Applications Branch, Surveillance Research Program, National Cancer Institute.
 13. Feugier P, Van Hoof A, Sebban C, Solal-Celigny P, Bouabdallah R, Fermé C, Christian B, Lepage E, Tilly H, Morschhauser F, Gaulard P, Salles G, Bosly A, Gisselbrecht C, Reyes F, and Coiffie B. Long-Term Results of the R-CHOP Study in the Treatment of Elderly Patients With Diffuse Large B-Cell Lymphoma: A Study by the Groupe d'Etude des Lymphomes de l'Adulte. *J Clin Oncol* 2005. 23: 4117-4126.
 14. Sant M, Minicozzi P, Mounier M, Anderson L, Brenner H, Holleczeck B, Marcos-Gragera R, Maynadié M, Monnereau A, Osca-Gelis G, Visser O, De Angelis R, the EURO CARE-5 Working Group. Survival for Haematological malignancies in Europe between 1997 and 2008 by region and age: results of EURO CARE-5, a population-based study. *Lancet Oncol* 2014. 15: 931-42.
 15. Issa DE, van de Schans SA, Chamuleau ME, Karim-Kos HE, Wondergem M, Huijgens PC, Coebergh JW, Zweegman S, and Visser O. Trends in incidence, treatment and survival of aggressive B-cell lymphoma, in the Netherlands, 1989-2010. *Haematologica* 2014.
 16. Philip T, Guglielmi C, Hagenbeek A, et al. Autologous bone marrow transplantation as compared with salvage chemotherapy in relapses of chemotherapy-sensitive non-Hodgkin's lymphoma. *N Engl J Med*. 1995. 333: 1540-5.
 17. Pulte D, Jansen L, Gondos A, Emrich K, Holleczeck B, Katalinic A, Brenner H; for the GEKID Cancer Survival Working Group. Survival of patients with non-Hodgkin lymphoma in Germany in the early 21st century. *Leukemia & Lymphoma*, May 2013. 54(5): 979-985.
 18. Klasa K, MacPherson N, O'Reilly S, Spinelli J, Sutherland J, Wilson K, Gascoyne R, and Connors JM. Introduction of combined CHOP Plus Rituximab therapy dramatically improved outcome of diffuse large B-cell lymphoma in British Columbia. *J Clin Oncol* 2005. 23: 5027-5033.
 19. Pfreundschuh M, Müller C, Zeynalova S, Kuhnt E, Wiesen MH, Held G, Rixecker T, Poeschel V, Zwick C, Reiser M, Schmitz N, Murawski N. Suboptimal dosing of rituximab in male and female patients with DLBCL. *Blood* 2014. 123: 640-646.
 20. Peyrade F, Jardin F, Thieblemont C, et al. Attenuated immuno-chemotherapy regimen (R-miniCHOP) in elderly patients older than 80 years with diffuse large B-cell lymphoma: a multicentre, single-arm, phase 2 trial. *Lancet Oncol*. 2011. 12: 460-8.
 21. Thieblemont C, Grosseuvre A, Houot R, Broussais-Guillaumont F, Salles G, Traullé C. Non-Hodgkin's Lymphoma in very elderly patients over 80 years. A descriptive analysis of clinical presentation and outcome. *Ann Oncol*. 2008. 774-9.
 22. Diem S, Ess S, Cerny Th, Früh M, Hitz F. Diffuse large B-cell lymphoma in elderly patients: A retrospective analysis. *European Journal of Internal Medicine* 2014. 577-582.
- * For additional information on cancer in Switzerland, please see the NICER website at <http://nicer.org/>
- §Members of the NICER Working Group for these analyses included: M. Mousavi (BS/BL), B. Camey (FR), C. Bouchardy (GE), J. Diebold (LU/UR/OW/NW), S. Ess (SG/AR/AI; GR/GL), A. Bordoni (TI), I. Konzelmann (VS), S. Dehler (ZH/ZG).

Correspondance:

Matthias Lorez
 Foundation National Institute
 for Cancer Epidemiology and Registration
 c/o University of Zurich
 ml@nicer.org

Erratum to Tab. 3 of «Trends in survival from oesophageal cancer in Switzerland» published in SKB3/2014

«The designated annual percentage change (APC) was calculated erroneously per calendar period, instead of per annum. The correct APC and 95% CI from top row to bottom row are: 1.7 [1.2, 2.3], 2.1 [1.6, 2.6], 3.1 [2.3, 3.9], 5.4 [4.2, 6.7], 3.0 [-0.8, 6.9], 6.0 [2.7, 9.5], 2.2 [1.8, 2.6], and 4.3 [2.2, 6.4]. Neither the description of results in the text nor the discussion is affected.»

A sequence of Swiss studies on the temperature limit defining fever in pediatric oncology

Roland A. Ammann, Pediatric Hematology/Oncology, Inselspital, Bern

Background

Fever in severe chemotherapy-induced neutropenia (hereafter fever in neutropenia, FN), is the most frequent potentially lethal complication of therapy in patients with cancer. The current management with emergency hospitalization and empirical administration of intravenous broad-spectrum antibiotics has decreased mortality to below 1% in pediatric FN.¹ Despite its clinical importance, however, fever and thus FN are not consistently defined in pediatric oncology. A widely used temperature limit defining fever (TLDF) encompasses a persistent temperature $\geq 38.0^{\circ}\text{C}$, or a single temperature $\geq 38.3^{\circ}\text{C}$ or $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$, but definitions range from 37.5°C to 39.0°C .²⁻⁵ This wide range used clinically and in research reflects a missing consensus on the optimal TLDF.^{6,7}

The TLDF, however, directly influences whether FN is diagnosed or not. The TLDF has thus important implications on individual patient management, health-related quality of life, resource utilization, costs, and potentially treatment-related mortality.^{8,9} The choice of the optimal TLDF must weigh efficacy against safety. Emphasizing efficacy favors a high TLDF in order to avoid FN diagnoses in patients without relevant infections who will spontaneously defervesce, thus finally avoiding overtreatment.^{5,10} Emphasizing safety favors a low TLDF in order to avoid delays in FN diagnosis and in start of empirical therapy. Such delays may increase morbidity and mortality in patients with bacterial infection.¹¹

There is very scarce evidence how to rationally determine the optimal TLDF, balancing efficacy and safety. Specifically, until today there is no published or ongoing prospective study on the efficacy or safety of different TLDFs in pediatric or adult oncology, except for the studies described below.^{5,10} This is why a sequence of three studies was planned in Switzerland, aiming to evaluate efficacy and safety of different TLDFs. The first study, based on retrospective data, aimed to lay the foundations for the design of the subsequent prospective studies. The second study aimed to prospectively assess the efficacy of a high

versus low TLDF, while the third study will aim to prospectively assess the safety of a high versus low TLDF.

Retrospective study in Bern and Zurich, 2004-2011

In this retrospective two-center cohort study, 783 FN episodes occurring in 521 pediatric patients with cancer during 6009 months (501 years) of cumulative chemotherapy exposure time were studied.⁵ Three different TLDFs had been used clinically during the 8 years studied: ear temperature $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ persisting ≥ 2 hours (low, Zurich, 2004 to 2011), axillary temperature $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ ≥ 2 hours or $\geq 39.0^{\circ}\text{C}$ once (middle, Bern, 2004 to 2007), and ear temperature $\geq 39.0^{\circ}\text{C}$ once (high, Bern, 2007 to 2011). Mixed Poisson regression, with chemotherapy exposure time as rate multiplier, and with a random intercept per patient, was used for analysis.⁵

Regarding efficacy, FN rates per month of chemotherapy exposure time were 0.15 (95% CI, 0.13 to 0.16) for the low TLDF, 0.13 (95% CI, 0.11 to 0.15) for the middle TLDF, and 0.10 (95% confidence interval [CI], 0.08 to 0.11) for the high TLDF. Comparison of the high versus low TLDF resulted in a univariate rate ratio of 0.66 (95% CI, 0.45 to 0.97; $p = 0.036$). This finding of efficacy of the high versus low TLDF was not confirmed in multivariate analysis, accounting for diagnostic group, myelosuppressive intensity of chemotherapy, and bone marrow involvement (rate ratio, 0.94; 95% CI, 0.67 to 1.33; $p = 0.74$). This counter-intuitive result of no efficacy of a high TLDF was discussed to potentially be a false negative finding due to methodological limitations of the retrospective study design.⁵

Regarding safety, the high versus low TLDF was not associated with an increased rate of FN with bacteremia in univariate (rate ratio, 0.77; 95% CI, 0.25 to 2.37; $p = 0.65$) and multivariate (rate ratio, 1.39; 95% CI, 0.53 to 3.62; $p = 0.50$) analyses.⁵

Pediatric FN Definition 2012 Bern

This small prospective single-center observational study (NCT01683370) was designed to assess only the efficacy, but not the safety, of the high TLDF used as clinical standard in Bern (ear temperature $\geq 39.0^{\circ}\text{C}$ once, here called Limit_{Standard}).^{10,12} It studied 43 FN episodes occurring in 39 pediatric patients with cancer during 289 months of cumulative chemotherapy exposure time from 2012 to 2013. It simulated different lower TLDFs (Limit_{Low}) *in silico*, and compared these with Limit_{Standard}. This comparison resulted in three types of FN: simultaneous FN, diag-

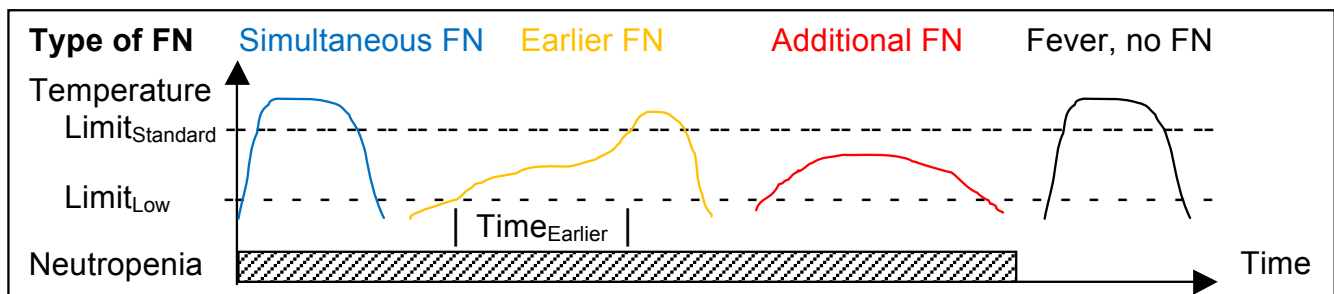


Figure 1. Types of FN diagnoses applying a low versus high TLDF (from ref. 10).

nosed at both TLDFs within 1 hour; earlier FN, diagnosed >1 hour earlier at Limit_{Low}; and additional FN, not diagnosed at Limit_{Standard} (see Figure 1). Again, mixed Poisson regression as specified above was used for analysis.¹⁰

Regarding efficacy, the FN rate observed in reality was 0.15 per month (95% CI, 0.11 to 0.20). In 32 (74%) of the 43 FN episodes, Limit_{Standard} had been reached. For clinical reasons, 11 (26%) FN episodes were diagnosed and treated at lower temperatures. In contrast, FN was not diagnosed twice despite fever $\geq 39.0^{\circ}\text{C}$ during severe neutropenia. Virtually applying Limit_{Standard} thus resulted in 34 (32 + 2) FN diagnoses. The predefined efficacy measure of a relevantly ($\geq 15\%$) increased FN rate was reached at Limit_{Low} 38.4°C , with totally 44 FN, 23 of them simultaneous, 11 earlier, and 10 additional (Poisson rate ratio-Additional/Standard⁰, 0.29; 95% lower confidence bound, 0.16). In 9 of the 10 additional FN spontaneous defervescence without specific therapy was observed in reality. Applying an alternative Limit_{Low} of 38.5°C resulted in 41 FN, 24 of them simultaneous, 10 earlier, and 7 additional.¹⁰

Regarding safety, no definite conclusions were possible, because this study was not powered for safety. Combining information from indirect safety-related findings (relevant numbers of FN diagnosed below Limit_{Standard}⁰ and of earlier FN), it was concluded that a TLDF of 39.0°C as used in Bern might prove unsafe in larger studies. The fact that the treating physician was free to diagnose FN below Limit_{Standard} lessened this problem.¹⁰

SPOG 2015 FN Definition

This prospective interventional multi-center study (NCT02324231), aiming primarily to assess the safety of a high versus low TLDF, is currently under development. Specifically, the rates of clinically diagnosed FN with safety-relevant events applying TLDFs of 39.0°C versus 38.5°C will be compared. Clinically diagnosed FN means that FN episodes diagnosed for clinical reasons below the current TLDF (see above) are allowed, and are included

into the analysis. The composite endpoint of safety-relevant events includes bacteremia and serious medical complication (death, admission to ICU for organ support, severe sepsis, septic shock) according to currently established consensus definitions.^{7,13} The intervention consists in the two different TLDFs being applied. Emergency hospitalization and empirical administration of intravenous broad-spectrum antibiotics is required together with a routine set of clinical and laboratory examinations. The choice of antibiotics and further clinical management is at the discretion of the treating physician.

Again, mixed Poisson regression as specified above will be used for the analysis of the primary endpoint, FN with safety-relevant events. Multiple randomizations per patient, leading to within-patient cross-overs between the two TLDFs, are used to increase the power. Specifically, the study is designed to have a power of 80%, at an alpha of 0.05, to detect non-inferiority of the rate ratio of FN with safety-relevant events of the high versus low TLDF, assuming a rate ratio in reality of 1.05, with a conservatively chosen non-inferiority limit of 1.33. Accounting for up to 3 interim analyses, the maximum number of FN with safety-relevant events is 132, which corresponds to around 400 years of chemotherapy exposure time. Patient recruitment is scheduled to start in the end of 2015, and to last for about 4 years.

The author declares no conflict of interest.

References

1. Ammann RA, Bodmer N, Hirt A, Niggli FK, Nadal D, et al. (2010) Predicting adverse events in children with fever and chemotherapy-induced neutropenia: the prospective multi-center SPOG 2003 FN study. *J Clin Oncol* 28: 2008-2014. doi: 10.1200/JCO.2009.25.8988
2. Freifeld AG, Bow EJ, Sepkowitz KA, Boeckh MJ, Ito JI, et al. (2011) Clinical practice guideline for the use of antimicrobial agents in neutropenic patients with cancer: 2010 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 52: e56-93. doi: 10.1093/cid/cir073

3. Gibson F, Chisholm J, Blandford E, Donachie P, Hartley J, et al. (2013) Developing a national 'low risk' febrile neutropenia framework for use in children and young people's cancer care. *Support Care Cancer* 21: 1241-1251. doi: 10.1007/s00520-012-1653-y
4. Ammann RA, Tissing WJ, Phillips B (2012) Rationalising the approach to children with fever in neutropenia. *Curr Opin Infect Dis* 25: 258-265. doi: 10.1097/QCO.0b013e328351d199
5. Binz P, Bodmer N, Leibundgut K, Teuffel O, Niggli FK, Ammann RA (2013) Different fever definitions and the rate of fever and neutropenia diagnosed in children with cancer: A retrospective two-center cohort study. *Pediatr Blood Cancer* 60: 799-805. doi: 10.1002/pbc.24380
6. Lehrnbecher T, Phillips R, Alexander S, Alvaro F, Carlesse F, et al. (2012) Guideline for the management of fever and neutropenia in children with cancer and/or undergoing hematopoietic stem-cell transplantation. *J Clin Oncol* 30: 4427-4438. doi: 10.1200/JCO.2012.42.7161
7. Haeusler GM, Phillips RS, Lehrnbecher T, Thursky KA, Sung L, Ammann RA (2015). Core outcomes and definitions for pediatric fever and neutropenia research: A consensus statement from an international panel. *Pediatr Blood Cancer* 62: 483-489. doi: 10.1002/pbc.25335
8. Teuffel O, Amir E, Alibhai SM, Beyene J, Sung L (2011) Cost-effectiveness of outpatient management for febrile neutropenia in children with cancer. *Pediatrics* 127: e279-286. doi: 10.1542/peds.2010-0734
9. Cheng S, Teuffel O, Ethier MC, Diorio C, Martino J, et al. (2011) Health-related quality of life anticipated with different management strategies for paediatric febrile neutropenia. *Br J Cancer* 105: 606-611. doi: 10.1038/bjc.2011.213
10. Ammann RA, Teuffel O, Agyeman P, Amport N, Leibundgut K (2015) The influence of different fever definitions on the rate of fever in neutropenia diagnosed in children with cancer. *PLoS ONE* 10: e0117528. doi: 10.1371/journal.pone.0117528
11. Fletcher M, Hodgkiss H, Zhang S, Browning R, Hadden C, et al. (2013) Prompt administration of antibiotics is associated with improved outcomes in febrile neutropenia in children with cancer. *Pediatr Blood Cancer* 60: 1299-1306. doi: 10.1002/pbc.24485
12. Nimah MM, Bshesh K, Callahan JD, Jacobs BR (2006) Infrared tympanic thermometry in comparison with other temperature measurement techniques in febrile children. *Pediatr Crit Care Med* 7: 48-55. doi: 10.1097/01.PCC.0000185476.35550.B2
13. Goldstein B, Giroir B, Randolph A (2005) International pediatric sepsis consensus conference: definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics. *Pediatr Crit Care Med* 6: 2-8.

Correspondence:

Roland A Ammann, MD
 Department of Pediatrics
 University of Bern
 Inselspital
 CH-3010 Bern
 roland.ammann@insel.ch



Das Lebenshaus

GIST-GRUPPE SCHWEIZ
 GROUPE GIST SUISSE

GIST-Gruppe Schweiz: Helga Meier Schnorf, Sterenweg 7, CH-6300 Zug
 Tel. 041 710 80 58, Fax. 041 710 80 78, gist@gist.ch, www.gist.ch

Gastrointestinale-Stromatumoren GIST

Ausschreibung GIST-Preis Schweiz 2015

Der Verein zur Unterstützung von Betroffenen mit GIST, GIST-Gruppe Schweiz, unterstützt alle Bemühungen zur optimalen Therapie von Gastrointestinalen-Stromatumoren. Zur Förderung setzt er einen jährlichen Preis für besondere Verdienste aus.

Dieser Preis wird an Personen oder Organisationen in Deutschland, Oesterreich oder in der Schweiz ausgegeben, die sich für dieses Ziel einsetzen. Dies können Vorträge, Papers, Podiumsdiskussionen, wissenschaftlich oder gesellschaftlich relevante Projekte etc. sein.

Das Preisgeld beträgt CHF 10'000.-.

Arbeiten und Anträge können in Deutsch oder Englisch schriftlich bis zum 30.6.2015 an die Koordinationsstelle der GIST-Gruppe Schweiz eingereicht werden. Ein Komitee von Fachleuten entscheidet frei über die Vergabe des Preises. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

GIST – tumeurs stromales gastro-intestinales

Mise au concours du prix GIST Suisse 2015

L'association pour le soutien des personnes atteintes des GIST, Groupe GIST Suisse, soutient tous les efforts faits pour parvenir à un traitement optimal des tumeurs stromales gastro-intestinales. Elle attribue à titre d'encouragement un prix annuel pour récompenser des mérites particuliers.

Ce prix est décerné à des personnes ou à des organisations en Allemagne, Autriche ou en Suisse qui s'engagent en vue de cet objectif. Il peut s'agir de conférences, d'articles, de débats en public, de projets importants sur le plan scientifique ou sociétal, etc.

Le montant du prix s'élève à CHF 10 000.-.

Les travaux et les demandes d'inscription peuvent être adressés en allemand ou en anglais par écrit d'ici le 30.06.2015 à la coordination du Groupe GIST Suisse. Un comité d'experts décidera librement sur la remise du prix. Tout recours juridique sera exclu.

Bericht zur Krebsstagung 2014 Radon – unterschätztes Risiko im Wohnraum

Ori Schipper, Kommunikationsbeauftragter,
Krebsliga Schweiz

Auf Einladung der Krebsliga Schweiz und des Bundesamtes für Gesundheit tauschten sich am 4. Dezember 2014 rund 200 Fachleute aus Bauwesen, Medizin, Public Health und Wissenschaft über gesundheitliche Risiken des radioaktiven Edelgases Radon aus. Während eine flächendeckende Radonsanierung kontrovers diskutiert wurde, war man sich einig, dass der Radonschutz bei Neubauten berücksichtigt werden muss. Ein wichtiger Schlüssel zur Lösung der Probleme liegt in der verstärkten Ausbildung von Fachleuten.

Die gemeinsam mit dem Schweizerischen Ingenieur- und Architektenverein (SIA) durchgeführte Tagung eröffnete der stellvertretende Direktor des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) *Roland Charrière*. Es stehe eine Revision der Strahlenschutzverordnung an, weil die Bedrohung durch Radon heute anders beurteilt würde als beim Inkrafttreten der Verordnung vor 20 Jahren. Der revidierte Text soll 2015 in Konsultation gehen. Als Antwort auf neue internationale Standards sei auch in der Schweiz geplant, den bisherigen Grenzwert von 1000 Becquerel pro Kubikmeter (Bq/m^3) durch einen tieferen Referenzwert von $300 \text{ Bq}/\text{m}^3$ zu ersetzen. Dadurch dehne sich das Radonproblem vom Alpenraum und Jurabogen auf die ganze Schweiz aus.

Fabio Barazza von der Sektion radiologische Risiken des BAG führte die wichtigsten Fakten zu Radon in der Schweiz auf: Im Boden zerfällt das im Gestein vorhandene Uran in einer komplexen Reaktionskette zu Blei. Unter allen Zerfallsprodukten sticht das Radon hervor, weil es als Edelgas aus dem Boden entweichen kann. Gelange es direkt in die Atmosphäre, werde es so stark verdünnt, dass es keine weiteren Probleme verursache. Ströme es jedoch durch undichte Stellen in Gebäude, könne es sich dort ansammeln und die Bewohner mit radioaktiver Strahlung belasten. Im Durchschnitt führe Radon zu einer Belastung von zwei bis drei Millisievert pro Jahr, Radon sei damit etwa für die Hälfte der jährlichen radioaktiven Strahlenlast in der Schweiz verantwortlich. Hierzulande sei die Radonbelastung bisher in 150 000 Gebäuden ge-



Gebanntes Lauschen: Das zahlreich erschienene Publikum im Saal des Theaters National.

messen worden. Dabei sei der bisherige Grenzwert in zwei Prozent der Fälle, der geplante Referenzwert aber in zwölf Prozent der Fälle überschritten worden.

Schweiz stärker betroffen als andere Länder

Emilie van Deventer von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) machte in ihrer Präsentation klar, dass Radon als krebserregend eingestuft ist und weltweit jährlich zu etwa 100 000 Lungenkrebstoten führt. Weil auch geringfügige Strahlenlasten potentiell schädlich sein können, gebe es keine unbedenkliche Radonexposition. Die WHO empfehle einen Referenzwert von $100 \text{ Bq}/\text{m}^3$. Wo das – wie in der Schweiz – aufgrund der Bodenbeschaffenheit nicht machbar sei, sollte der Referenzwert aber $300 \text{ Bq}/\text{m}^3$ nicht überschreiten. Die Schweiz sei zwar stärker von der Radonproblematik betroffen als viele andere Länder, doch die hiesigen Anstrengungen gälten international als vorbildlich, sagte van Deventer.

Anschliessend zeigte *Joëlle Goyette-Pernot*, Radondelegierte des BAG für die französische Schweiz und Professorin an der Hochschule für Technik und Architektur Freiburg, die möglichen Einfallstore für Radon auf: Das geruchlose Gas dringe durch undichte Stellen im Boden, an den Kellerwänden oder in den Leitungen. Wenn im Winter geheizt werde, steige die warme Innenluft auf und könne so die radongeschwängerte Luft aus dem Boden nachziehen. Diesen so genannten «Kamineffekt» gelte es mit einer guten Abdichtung zu unterbinden: Bei Neubauten gehöre eine durchgehende Bodenplatte aus wasserdichtem Beton zum Stand der Technik. Für die Sanierung kämen auch aktive Methoden in Frage, die die Druckverhältnisse oder die Luftaustauschrate im Gebäude beeinflussen.

Erbgutschäden in den Bronchien

Sébastien Baechler, Leiter der Abteilung Strahlenschutz des BAG, erklärte, dass nicht das Radon selbst die menschliche Gesundheit gefährde, sondern dessen Zerfallsprodukte. Während eingeatmetes Radon in der Regel rasch wieder ausgeatmet wird, können sich etwa die kurzlebigen Polonium-Isotope an Staubpartikel heften und sich in der Lunge absetzen. Die Polonium-Isotope strahlen hochenergetische Alphateilchen ab. Diese Strahlungsenergie würde überwiegend in der Lunge absorbiert, deshalb sei anderes Gewebe durch Radon viel weniger stark belastet. Doch in der Lunge könne die radioaktive Strahlung das Erbgut in den Zellen der Bronchialschleimhaut beschädigen – und mit der Zeit Lungenkrebs auslösen.

Weil Lungenkrebs ohne Frühsymptome auftauche und meistens erst spät erkannt werde, seien mehr als die Hälfte der Patienten zum Zeitpunkt der Diagnose nicht heilbar, sagte *Martin Früh* vom Kantonsspital St. Gallen. In der Schweiz erkrankten ungefähr 3800 Personen jährlich an Lungenkrebs, die Behandlungskosten summieren sich auf über 700 Millionen Franken pro Jahr. Der mit Abstand grösste Risikofaktor ist das Rauchen. Radon ist der zweitwichtigste Risikofaktor und wird für etwa acht Prozent der Fälle verantwortlich gemacht.

Mehr Radontote unter Rauchern

Zwar könne man im Einzelfall nicht sagen, ob jemand wegen seiner Radonexposition an Lungenkrebs erkrankte oder wegen seinem Rauchverhalten oder einer Kombination dieser Faktoren, sagte *Martin Rössli* vom Schweizerischen Tropen- und Public Health-Institut. Verschiedene epidemiologische Studien hätten aber einen Zusammenhang zwischen Radonbelastung und der Lungenkrebsrate nachgewiesen. So führen verschiedene Hochrechnungen jährlich etwa 200 bis 300 Lungenkrebstote auf das radioaktive Gas zurück. Die meisten Tote fordert Radon unter Rauchern, denn ihr Erkrankungsrisiko steigt bei grösserer Radonbelastung stärker an als dasjenige der Nichtraucher.

Die Mehrheit der Schweizer Bevölkerung habe noch nie von Radon gehört, gab *Michael Siegrist* von der ETH Zürich zu bedenken. Zudem würde das von Radon ausgehende Risiko oft unterschätzt, weil die meisten Menschen natürliche radioaktive Quellen als weniger gefährlich einschätzten als menschlich verursachte. Insbesondere Personen, die sich den Umgang mit Zahlen nicht gewohnt seien, seien bei der korrekten Einordnung von Risiken oft überfordert. Um der Bevölkerung das Radonrisiko näherzubringen, hätten sich – beispielsweise in den USA – Vergleiche mit anderen Risiken bewährt.

Öffentliche Wahrnehmung unterscheidet sich von tatsächlicher Gefahr

Die Öffentlichkeit fürchte sich viel mehr vor elektromagnetischen Strahlen und Mobilfunkmasten als vor Röntgenstrahlen oder Radon, sagte *Christophe Murith* vom BAG. Die tatsächlichen Risiken seien genau umgekehrt einzuordnen. «Aufgrund von Handystrahlen ist vermutlich noch niemand gestorben, doch wegen Radon sterben in der Schweiz mehrere hundert Personen pro Jahr.» Die Aufklärung über die gesundheitlichen Risiken von Radon sei eines der Ziele, die der Bund in seinem 2011 verabschiedeten Radonaktionsplan definiert habe. Zu den anderen Zielen gehören die nun anstehende Revision der Gesetzestexte und die Verankerung des Radonschutzes im Bausektor. Mit der neuen SIA-Norm 180 sei in diesem Zusammenhang bereits ein wichtiger Schritt gemacht worden.

Auf dieses Regelwerk ging *Claude-Alain Roulet*, der Präsident der Kommission SIA-Norm 180, in seinem Vortrag ein. Die seit Juli 2014 gültige Norm habe zum Ziel ein angenehmes Raumklima zu gewährleisten und Schäden an der Bausubstanz zu verhindern. Die Norm schreibt bei Um- und Neubauten vor, wie Probleme mit Feuchtigkeit, Kohlendioxid, Gerüchen und Radon zu vermeiden sind. Wenn die in der Norm beschriebenen Massnahmen – etwa besseren Abdichtungen oder vorgängigen Radondrainagen – befolgt würden, sei mit einer Senkung der Radonkonzentrationen in neuen und renovierten Gebäuden zu rechnen, sagte Roulet.

«Die Lösungen sind auf dem Tisch, nun müssen wir sie umsetzen»

Daniele Graber ging auf die rechtlichen Aspekte bei baulichen Radonschutzmassnahmen ein, bevor sich die Vertre-



Engagierte Voten: Podiumsdiskussion mit Stefan Cadosch, Thomas Ammann, Roland Charrière, Jakob Passweg, Moderator Beat Glogger, Kurt Seiler und Mauro Gandolla (von links nach rechts).

ter verschiedener Organisationen zur Podiumsdiskussion am Ende der Tagung versammelten. *Thomas Ammann* vom Hauseigentümerversband Schweiz stellte die Kosteneffizienz der Radonsaniernungsmaßnahmen in Frage. Auch *Kurt Seiler*, Amtsleiter des interkantonalen Labors in Schaffhausen, mahnte zur Vorsicht und plädierte für eine stichprobenweise statt flächendeckende Erhebung der Radonbelastung. Der Fokus sei auf Neubauten zu richten. *Stefan Cadosch*, Präsident des SIA, betonte, dass der Radonschutz technisch machbar sei. Wenn zudem bei anstehenden Energiesanierungen in einer Paketlösung auch gleich die Radonprobleme behoben würden, liessen sich auch die Kosten begrenzen. «Die Lösungen sind auf dem Tisch, nun müssen wir sie umsetzen», sagte Cadosch. Diese Aussage unterstützte auch *Mauro Gandolla* von der Universität der italienischen Schweiz. Er wies aber darauf hin,

dass es für die Umsetzung gut ausgebildete Baufachleute brauche – und deshalb der Aus- und Weiterbildung eine hohe Priorität eingeräumt werden müsse.

Zum Schluss bemerkte *Jakob R. Passweg*, Präsident der Krebsliga Schweiz, dass mit einer gemeinsamen Anstrengung eine wirkungsvolle Prävention von Lungenkrebs zu erreichen sei. Ein lohnenswertes Ziel, denn «jedes durch Krebs bestimmte Schicksal ist eines zu viel».

Korrespondenz:

Ori Schipper
Kommunikationsbeauftragter
Krebsliga Schweiz
ori.schipper@krebssliga.ch

Rapport sur la Journée du cancer

Le radon – un risque sous-estimé dans l'habitat

Ori Schipper, chargé de communication,
Ligue suisse contre le cancer

Le 4 décembre 2014, la Ligue suisse contre le cancer et l'Office fédéral de la santé publique ont organisé une manifestation sur le thème du radon dans l'habitat. Près de 200 experts du bâtiment, de la médecine, de la santé publique et de la recherche ont discuté comment réduire les risques sanitaires liés à ce gaz naturel radioactif. Alors que la question de l'assainissement en radon sur l'ensemble du territoire était controversée, la protection des nouvelles constructions a trouvé un large consensus. Le renforcement de la formation des professionnels constitue un élément clef pour résoudre ce problème.

Le directeur adjoint de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), *Roland Charrière*, a ouvert le débat de la séance tenue avec la Société suisse des ingénieurs et architectes (SIA). Une révision de l'Ordonnance sur la radioprotection est prévue, étant donné que la menace du radon a été



Nombreuse audience à l'écoute dans la salle du théâtre National.

réévaluée depuis son entrée en vigueur il y a vingt ans. Le projet de texte révisé doit être mis en consultation en 2015. En réponse à de nouvelles normes internationales, il est également prévu d'abaisser la valeur limite actuelle de 1000 becquerels par mètre cube (Bq/m³) au taux de référence de 300 Bq/m³. Le problème du radon s'étend ainsi des Alpes et de l'arc du Jura à toute la Suisse.

Fabio Barazza de la section Risques radiologiques de l'OFSP, a énuméré les faits les plus importants concernant le radon en Suisse: dans le sol, l'uranium présent dans les minéraux se désagrège et se transforme en plomb par une chaîne de réactions complexe. Parmi les produits de désintégration, le radon se manifeste parce que ce gaz noble

peut s'échapper du sol. S'il se répand dans l'atmosphère, il se dilue suffisamment pour ne pas créer de problème. Par contre, s'il pénètre dans un bâtiment par des endroits mal isolés, il peut s'accumuler et son rayonnement radioactif constituera un risque pour la santé des habitants. En Suisse, la dose moyenne inhérente au radon est de 2 à 3 millisieverts par an, ce qui contribue à la moitié de l'exposition annuelle aux radiations ionisantes de la population. La concentration en radon a été mesurée dans 150 000 bâtiments. Parmi ceux-ci, la valeur limite actuelle est dépassée dans près de 2% des cas, mais ce pourcentage passerait à 12% avec le niveau de référence envisagé.

La Suisse est plus concernée que d'autres pays

Emilie van Deventer de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a clairement démontré que le radon est cancérigène et qu'il engendre chaque année dans le monde environ 100 000 décès par cancer du poumon. Etant donné que des charges radioactives minimales peuvent aussi être potentiellement nocives, aucune exposition au radon n'est sans risque. L'OMS recommande une valeur de référence de 100 Bq/m³. Dans les endroits, comme en Suisse, où ce n'est pas faisable en raison de la nature du sol, la valeur de 300 Bq/m³ ne devrait pas être dépassée. La Suisse est plus concernée par la problématique du radon que beaucoup d'autres pays, selon Mme van Deventer, mais les efforts qui y ont été entrepris sont considérés comme exemplaires à l'étranger.

Joëlle Goyette-Pernot, déléguée Radon de l'OFSP pour la Suisse romande et professeur à la Haute école d'ingénierie et d'architecture de Fribourg, a ensuite montré les points d'accès possibles pour le radon : ce gaz inodore pénètre par les endroits mal isolés du sol, les parois des caves ou les conduites. L'hiver, avec le chauffage, l'air chaud qui monte peut renforcer l'aspiration du radon vers l'intérieur. Il est possible de contrer cet «effet de cheminée» en assurant par exemple une étanchéité durable de l'enveloppe du bâtiment. La pose d'un radier étanche fait d'ailleurs partie de l'état de la technique pour les nouvelles constructions. Pour l'assainissement entrent en ligne de compte des méthodes actives qui influencent les conditions de pression ou le taux de renouvellement de l'air dans le bâtiment.

Atteintes génétiques des bronches

Sébastien Baechler, responsable du service Protection contre les radiations de l'OFSP, a expliqué que ce n'est pas le radon lui-même qui nuit à la santé, mais les produits de sa désintégration. Alors que le radon respiré est généralement vite expiré, les isotopes éphémères du polonium

peuvent adhérer à des particules de poussière et se déposer dans les poumons. Les isotopes du polonium émettent des particules alpha à haute énergie, la plupart du temps absorbées par les poumons, raison pour laquelle les autres tissus sont beaucoup moins affectés par le radon. Les émanations radioactives dans les poumons peuvent cependant porter atteinte au patrimoine génétique dans les cellules de la muqueuse bronchique – et, avec le temps, générer un cancer du poumon.

Le cancer du poumon apparaissant sans symptômes précoces et étant généralement détecté tardivement, plus de la moitié des patients sont incurables au moment du diagnostic, selon Martin Früh de l'Hôpital cantonal de Saint-Gall. En Suisse, environ 3800 personnes contractent un cancer du poumon chaque année. Les frais de traitement se montent à plus de 700 millions de francs par année. Le tabagisme est de loin le plus grand facteur de risque avant le radon, considéré comme responsable dans 8% des cas.

Plus de décès dus au radon parmi les fumeurs

Dans un cas particulier, on ne peut pas dire si le cancer du poumon est dû à l'exposition au radon ou au tabagisme ou à la combinaison de ces deux facteurs, a déclaré Martin Rössli de l'Institut tropical et de santé publique suisse. Diverses études épidémiologiques ont cependant démontré qu'il y a une relation entre la charge de radon et le taux de cancer du poumon. Différentes estimations ramènent chaque année 200 à 300 décès dus au cancer du poumon au gaz radioactif. La plupart d'entre eux parmi les fumeurs, étant donné que pour eux le risque est plus grand quand la charge de radon augmente que pour les non-fumeurs.

La majorité de la population suisse n'a encore jamais entendu parler du radon, a relevé *Michael Siegrist* de l'EPFZ. En outre, le risque qu'il engendre est souvent sous-estimé, étant donné que la plupart des gens estiment que les sources de radioactivité naturelle sont moins dangereuses que celles provoquées par les hommes. Les personnes qui ne sont pas habituées aux chiffres sont souvent dépassées par la classification correcte des risques. Pour mieux faire comprendre le risque du radon à la population, des comparaisons avec d'autres risques – par exemple aux États-Unis – se sont avérées efficaces.

Le public ne perçoit pas le risque réel

Le public craint beaucoup plus les rayons électromagnétiques et les antennes de téléphonie mobile que les rayons X ou le radon, a précisé *Christophe Murith* de l'OFSP.

Or, c'est exactement le contraire. «Les rayonnements de téléphones portables n'ont probablement pas encore fait de victimes, alors que plusieurs centaines de personnes meurent chaque année en Suisse suite à l'exposition au radon.» Une meilleure information de la population sur les risques sanitaires liés au radon fait partie des sept objectifs fixés par la Confédération dans son Plan d'action radon, approuvé en 2011. La révision de la législation et l'ancrage de la protection contre le radon dans le secteur du bâtiment comptent parmi les autres objectifs. La nouvelle norme SIA 180 constitue une avancée importante.

Dans son exposé, *Claude-Alain Roulet*, président de la Commission Norme SIA 180, a abordé la question de ce règlement. La norme, en vigueur depuis juillet 2014, a pour but de garantir de bonnes conditions dans les locaux et d'éviter des dommages au bâtiment. Elle prescrit la manière d'éviter les problèmes d'humidité, de dioxyde de carbone, d'odeurs et de radon dans les nouvelles constructions et les rénovations. C.-A. Roulet a précisé que si les mesures décrites dans cette norme – par exemple de meilleures isolations ou des drainages de radon préalables – étaient observées, on pourrait compter sur une diminution des concentrations de radon dans les bâtiments rénovés ou les nouvelles constructions.



Débat engagé avec, de gauche à droite, Stefan Cadosch, Thomas Ammann, Roland Charrière, Jakob Passweg, Beat Glogger, animateur, Kurt Seiler et Mauro Gandolla.

«Les solutions sont sur la table, nous devons maintenant les mettre en œuvre.»

Avant que les représentants des différentes organisations se rassemblent pour le débat à la fin de la séance, *Daniele Graber* a parlé des aspects juridiques concernant les mesures de protection dans le bâtiment. *Thomas Ammann* de l'Association suisse des propriétaires fonciers a mis en cause le rapport coût-efficacité des travaux d'assainissement en radon. *Kurt Seiler*, chef de département du Laboratoire intercantonal de Schaffhouse, a appelé à la prudence et plaidé pour un sondage aléatoire de la charge de radon plutôt qu'une enquête sur l'ensemble du territoire, en se concentrant sur les nouveaux bâtiments. *Stefan Cadosch*, président de la SIA, a souligné que la protection contre le radon est techniquement faisable. De plus, le fait de résoudre le problème du radon lors de futurs assainissements énergétiques, dans le cadre d'une approche globale, permettrait de réduire les coûts. «Les solutions sont sur la table, nous devons maintenant les mettre en œuvre», a ajouté Stefan Cadosch. Cette déclaration a également été soutenue par *Mauro Gandolla* de l'Université de la Suisse italienne. Il a cependant aussi précisé que ces travaux requièrent des professionnels du bâtiment bien formés – et qu'il s'agit par conséquent d'accorder une grande priorité à la formation et à la formation continue.

Pour terminer, *Jakob R. Passweg*, président de la Ligue suisse contre le cancer, a fait remarquer qu'avec des efforts communs on peut prévenir efficacement le cancer du poumon. Un objectif louable, étant donné que «chaque cas de cancer est un cas de trop.»

Correspondance:

Ori Schipper
Chargé de communication
Ligue suisse contre le cancer
ori.schipper@liguecancer.ch

**2. Schweizer Krebskongress
«Qualität in der Onkologie»**

**2e Congrès suisse du cancer
«La qualité en oncologie»**

27. August 2015, Universität Freiburg

Lässt sich Qualität quantifizieren? Und falls ja, wie? Welchen Stellenwert hat Qualität im gesamtgesellschaftlichen Kontext, welchen in der Onkologie? Nach zwei Inputreferaten zu Beginn der Tagung stehen parallel geführte thematische Workshops im Zentrum, in denen die Teilnehmenden bestimmte Qualitätsaspekte diskutieren können.

Eingeladen sind Ärzte, Pflegende und alle Fachpersonen, die an der Behandlung und Betreuung von Krebsbetroffenen beteiligt sind.

27 août 2015, Université de Fribourg

Peut-on quantifier la qualité? Et si oui, comment? Quelle est la place de la qualité dans le contexte social en général et plus spécifiquement en oncologie? Après une séance plénière, le congrès se poursuivra avec des ateliers parallèles qui permettront aux participants de discuter une thématique sous l'angle de la qualité.

Sont invités les médecins, soignants et professionnels, qui interviennent dans le parcours des patients atteints de cancer.

Das wissenschaftliche Komitee / Le comité scientifique:

PD Dr. phil. Judith Alder, Irène Bachmann-Mettler, Prof. Dr. med. Markus Borner, Dr. med. Stephan Eberhard, PD Dr. med. Günther Gruber, Dr. phil. Kathrin Kramis-Aebischer, Dr. rer. nat. Rolf Marti, lic. phil. Varja A. Meyer, Dr. med. Rudolf Morant, Dr. med. Jürg Nadig, PD Dr. med. Florian Strasser, Dr. med. Markus Trutmann, Dr. med. Martin Wernli

09h00	Eintreffen, Registrierung / Accueil, enregistrement
09h30	Begrüssung / Allocution d'ouverture, introduction
09h45	Inputreferate / Session plénière Qualität aus philosophischer Sicht / Visions philosophiques de la qualité Was heisst Qualität in der Medizin? / Que signifie la qualité en médecine?
10h30	Workshops Serie A / Ateliers série A 1 - 2: Vorsorge, Früherkennung / Prévention, dépistage 3 - 6: Behandlung, Betreuung / Traitement, prise en charge 7 - 8: Forschung, Register / Recherche, registre 9 - 10: Querschnittsthemen / Thématiques transversales
11h20	Kaffeepause / Pause-café
11h50	Workshops Serie B / Ateliers série B Wiederholung der Workshops aus Serie A / Répétition des ateliers de la série A
12h40	Stehlunch / Repas de midi
13h45	Schlussfolgerungen aus den Workshops / Messages clés des ateliers
15h15	Kaffeepause / Pause-café
15h45	Nationale Strategie gegen Krebs (NSK): Standortbestimmung und Ausblick Stratégie nationale contre le cancer: état des lieux et perspectives
17h00	Schlussvotum, Verabschiedung / Allocution de clôture, fin du congrès
17h15	Apéro / Apéritif

Seop-Tagung: «ambulant vor stationär» Ein «Best-Practice-Modell» gibt es nicht

Aline Binggeli, Kommunikationsbeauftragte
und Anna-Maria Zahno, Beraterin Krebstelefon, Krebsliga Schweiz

Das Motto der zukunftsorientierten Gesundheitsversorgung in der Schweiz lautet «ambulant vor stationär». Dieser Ansatz ist insofern höchst relevant, als Studien zeigen, dass die meisten Menschen am liebsten zu Hause sterben möchten. Die Realität sieht im Moment jedoch anders aus: 40 Prozent sterben im Spital, 40 Prozent im Alters- oder Pflegeheim und nur 20 Prozent zu Hause oder an einem anderen Ort.

An der Tagung der Spitalexternen Onkologiepflege (SEOP) war unter anderem genau dies das Thema: Lebensqualität zu erhalten sowie nach Abschluss aller Therapieoptionen Palliative Care anzubieten. Dank Palliativpflege in der Grundversorgung und, bei Bedarf, durch den Zuzug spezialisierter Teams soll es den chronisch kranken Menschen ermöglicht werden, bei guter Lebensqualität länger zu Hause zu leben und auch dort sterben zu können, wenn sie dies wünschen.

Über 40 Fachpersonen von SEOP-Organisationen haben sich auf Einladung der Krebsliga Schweiz am 6. November im Haus der Krebsliga in Bern getroffen, um sich über die Resultate aus der Bestandesaufnahme über die Mobilien Palliative Care-Dienste (MPCD) zu informieren. Diese Studie war vom Bundesamt für Gesundheit im Rahmen der Umsetzung der «Nationalen Strategie Palliative Care» bei der Hochschule Luzern in Auftrag gegeben worden. In einer angeregten Plenarrunde wurden die Ergebnisse diskutiert und Handlungsbedarf bezüglich der MPCD besprochen.

Am Nachmittag wurde das Delir aus ärztlicher und pflegerischer Sicht beleuchtet. In praxisorientierten Referaten und anschliessenden Diskussionen erläuterten Dr. med. Andreas Gerber, FMH Facharzt Innere Medizin, Hausarzt und langjähriger Belegarzt Diaconis Palliative Care, die Pathophysiologie des Delirs und Manuela Pretto, RN, MNS, Universitätsspital Basel, Assessmentinstrumente für die Delirerkennung.

Eine Bestandesaufnahme

Die von der Hochschule Luzern durchgeführte Studie war keine Vollerhebung und keine Wirkungsmessung, sondern eine Bestandesaufnahme von 26 Angeboten, mit dem Ziel, kantonale und regionale Unterschiede herauszuarbeiten und die MPCD zu optimieren.

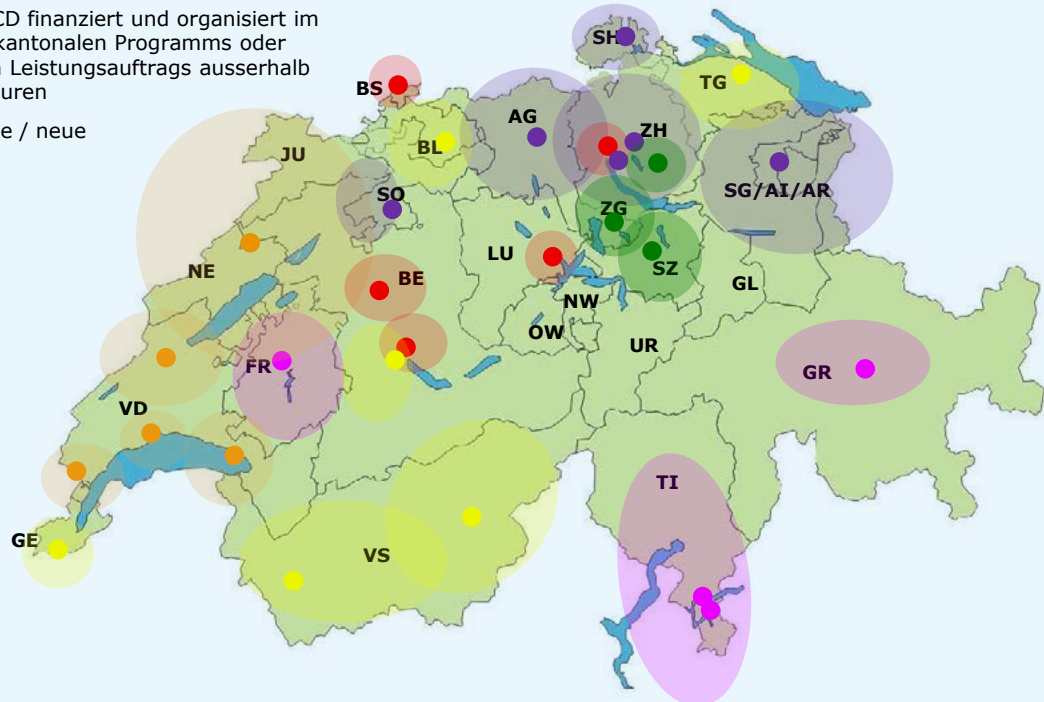
Die Studie zeigt deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Angeboten auf.

Hier nun einige zentrale Unterschiede und Herausforderungen, denen sich die MPCD in der Schweiz stellen müssen.

- **Beträchtliche regionale Unterschiede in Ausrichtung und Angebote der MPCD:** Die Schweiz ist von einer flächendeckenden Umsetzung der in der nationalen Strategie verankerten Versorgungsziele und -aufgaben ein ganzes Stück entfernt. In puncto Zugangsgerechtigkeit (bspw. flächendeckendes Angebot, alle Krankheitsbilder, Nachtdeckung, etc.) unterscheiden sich die MPCD sehr stark.
- **Unterschiede in der Anzahl Mitarbeitenden:** Gemäss den Versorgungsstrukturen für spezialisierte Palliative Care sollte ein MPCD aus mindestens vier bis fünf vollzeitbeschäftigten Fachpersonen bestehen. Dieser «Vorgabe» gerecht werden nur zwei der 26 befragten MPCD. Als Grund werden fehlende finanzielle und personelle Grundlagen sowie die Vielfalt in der Umsetzung aufgrund unterschiedlicher geografischer, politischer und finanzieller Rahmenbedingungen genannt.
- **Unterschiede in Organisationsstruktur je nach Trägerschaft und Finanzierung:** Die MPCD können in fünf Gruppen aufgeteilt werden. Es gibt sowohl lokale Spezialspitexorganisationen mit Trägerschaft durch einen gemeinnützigen Verein oder eine Stiftung; MPCD mit Leistungsauftrag in der Grundversorgung oder solche, die über die Organisationseinheit eines Spitals laufen; als auch die Organisation der MPCD mit interkantonaalem Auftrag oder als versorgungsbereichsübergreifende Institution.

Trägerschaft und Abdeckung in der Schweiz

- **Gruppe A:** Spezialisierte Spitexorganisationen
(Träger: gemeinnütziger Verein oder eine Stiftung, z.B. eine Krebsliga)
- **Gruppe B:** Fachstelle, Spezialteam oder –dienst einer Spitex mit Leistungsauftrag in der Grundversorgung
- **Gruppe C:** MPCD als Organisationseinheit eines Spitals
- **Gruppe D:** MPCD als versorgungsbereichsübergreifende Institution
- **Gruppe E:** MPCD finanziert und organisiert im Rahmen eines kantonalen Programms oder interkantonalen Leistungsauftrags ausserhalb der Spitalstrukturen
- Weitere Projekte / neue Dienste



Hochschule Luzern – Wirtschaft, IBR (2014). Mobile Palliative-Care-Dienste (MPCD) in der Schweiz – Eine Bestandesaufnahme aus der Perspektive dieser Anbieter

Die finanziellen Ressourcen der MPCD sind in den meisten Kantonen knapp: Die Studie zeigt, dass MPCD sich nicht (oder nicht ausschliesslich) aus den Erträgen ihrer Leistungen finanzieren können. Die Gründe dafür, wieso MPCD in einer Grundversorgung mehr kosten als Spitexorganisationen sind vielfältig (bspw. höherer Personalaufwand, kurzfristige Absagen, Beratung und Begleitung von Angehörigen). Die Sicherstellung der Finanzierung ist eine grosse Herausforderung. Eine kostendeckende Finanzierung ist nur über einen expliziten Leistungsauftrag oder über den Einbezug von Spenden möglich.

Dünne Datenlage

Die Heterogenität in den Strukturen lässt also nur bedingt Rückschlüsse auf ein «Best-Practice-Modell» ziehen. Dies zeigten sowohl die Studienresultate als auch die angeregte Podiumsdiskussion im Nachgang an die

Überblick MPCD Stand Herbst 2013. Die Einfärbungen entsprechen nicht exakt dem Versorgungsradius der einzelnen MPCD.

Präsentation. Sonja Flotron, Präsidentin von palliative ch, gab zu bedenken, dass die Datenlage in der Schweiz zu MPCD generell sehr dünn sei. Ziel solle es in Zukunft sein, die dringend notwendigen Kennzahlen unter Berücksichtigung des Datenschutzes zu sammeln, damit sich SEOP-Dienste nachhaltig und professionell in die gesundheitspolitische Diskussion einbringen und stark positionieren können.

Angela Bommer, Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule Luzern sowie Mitverfasserin der Studie, rief insbesondere einen zentralen Schluss in Erinnerung: Die Zusammenarbeit zwischen den Grundversorgern und den spezialisierten Diensten in der Palliative Care spiele eine

massgebende Rolle, um den Patientinnen und Patienten einen Verbleib im gewohnten Wohnumfeld bis zuletzt zu ermöglichen. Zudem rief sie auf, von der Pluralität in der Schweiz zu lernen und den Austausch unter den MPCD zu fördern.

Wieviel MPCD braucht es?

Ein weiterer Diskussionspunkt unter den anwesenden Fachpersonen und den Vertretern aus den kantonalen Gesundheitsdirektionen sowie der Vertreterin des Bundesamtes für Gesundheit, Lea von Wartburg, war zudem, wie ein flächendeckendes Angebot aufgebaut werden soll, dem auch eine realistische Finanzierung zugrunde liegt.

Zudem wurde die Frage in den Raum gestellt, wie viele MPCD es in der Schweiz überhaupt braucht und ob es besser sei, von einem monoprofessionellen oder einem multiprofessionellen Ansatz auszugehen. Die Grundwerte der Palliative Care würden grundsätzlich vom multiprofessionellen Ansatz ausgehen, unterstrich Sonja Flotron, es sollte also nicht von Diagnosen gesprochen werden, sondern von problemorientierten Lösungen und zwar in allen Bereichen – sowohl von der ambulanten Versorgung bis zur Intensivstation als auch von der Pädiatrie bis zur Geriatrie.

Daneben tauschten sich die Anwesenden auch über ihre Erfahrungen bzgl. der Möglichkeiten, Vor- und Nachteilen von Zertifizierungen aus. Ein Vorteil sei es, dass einen der Prozess dazu zwingt, sich Gedanken zu Qualität und Abläufen zu machen und dass dies sehr wertvoll sei, meldete eine Vertreterin eines bereits zertifizierten MPCD zurück. Kritische Stimmen liessen jedoch verlauten, dass es fast nicht möglich sei, alle Kriterien für eine erfolgreiche

Zertifizierung zu erfüllen und dass bspw. die Organisationsform eines MPCD eine Zertifizierung verhindern könne. Auf Basis der Bestandsaufnahme soll nun die Sinnhaftigkeit der bestehenden Zertifizierungskriterien überprüft werden.

Ein Schlussappell

Sonja Flotron's abschliessender Appell an alle Anwesenden fasste zusammen, was die Mitarbeitenden von MPCD in ihrer Arbeit mit Betroffenen täglich umsetzen: Die Wunschvorstellungen, wie die Rahmenbedingungen der MPCD im Idealfall sein sollten, müssten täglich mit der Realität in Einklang gebracht werden. Zentral sei es, in der Arbeit mit den Patienten idealistisch zu bleiben, gleichzeitig aber auch die Umstände, Vorgaben und Strukturen anzunehmen, die einen Einfluss auf die Begleitung von Betroffenen haben.

Der alle zwei Jahre stattfindende und von der Krebsliga Schweiz organisierte Austausch der Fachpersonen von SEOP-Organisationen auf nationaler Ebene wird auch in Zukunft bestehen: So bietet die Krebsliga Schweiz an, auch im übernächsten Jahr gemeinsam mit palliative ch, eine Plattform für den Austausch unter den SEOP-Diensten zu organisieren.

Korrespondenz:

Aline Binggeli
Kommunikationsbeauftragte
Krebsliga Schweiz
aline.binggeli@krebssliga.ch

Fort- und Weiterbildungen der Krebsliga Schweiz Formation continue de la Ligue suisse contre le cancer

«INTERPROFESSIONELLE WEITERBILDUNG IN PSYCHOONKOLOGIE»

In folgenden Einzel-Workshops hat es freie Plätze:

- 23.04.2015 Haus der Krebsliga, Bern
Nachmittag: Genetische Prädisposition: Wie beraten?
- 21.05.2015 Inselspital, Wirtschaftsgebäude, Bern
Vormittag: Hämatologie / Nachmittag: Folgen der Isolation
- 18.06.2015 Inselspital, Wirtschaftsgebäude, Bern
Vormittag: Coping, Lebensqualität (kognitive Störungen, Umgang mit Persönlichkeitsveränderungen)
Nachmittag: Hirntumoren
- 17.09.2015 Haus der Krebsliga Schweiz, Bern
Nachmittag: Onkologische Rehabilitation
- 22.10.2015 Inselspital, Wirtschaftsgebäude, Bern
Vormittag: Gastrointestinale Tumoren
Nachmittag: Sexualität trotz(t) verändertem Körperleben
- 19.11.2015 Inselspital, Wirtschaftsgebäude, Bern
Vormittag: Die vergessene Minderheit - Kinder krebserkrankter
Nachmittag: Eltern, Kommunikation mit betroffenen Kindern
- 17.12.2015 Haus der Krebsliga Schweiz, Bern
Nachmittag: Burnout-Prävention – Selbstfürsorge

Information und Anmeldung: Loredana Palandrani, Krebsliga Schweiz, Kursadministration
Tel. 031 389 93 27, psychoonkologie@krebssliga.ch
Weitere Workshops: Einzel-Workshops – Krebsliga Schweiz – Gemeinsam gegen Krebs

«KOMMUNIKATIONSTRAINING»

Seminar für Ärztinnen, Ärzte und Pflegefachleute von Krebskranken

Teilnehmende sind onkologisch erfahrene Fachkräfte, die ihre Kommunikationstechniken verbessern möchten.

- Nr. 148 04. – 05.06.2015 Hotel Olten, Olten
Nr. 149 22. – 23.10.2015 Hotel Aarauerhof, Aarau

Das Seminar wird von der SGMO für den FMH-Titel Onkologie gemäss Weiterbildungsstatut akzeptiert. Diverse medizinische Fachgesellschaften vergeben Fortbildungspunkte/Credits.

Information und Anmeldung: Loredana Palandrani, Krebsliga Schweiz, Kursadministration
Tel. 031 389 93 27, kurse-cst@krebssliga.ch, www.krebssliga.ch/cst_d

«MIEUX COMMUNIQUER»

Séminaire pour médecins et personnel infirmier en oncologie

Ce cours est destiné à des personnes expérimentées travaillant en oncologie, et souhaitant perfectionner leurs connaissances en techniques de communication.

- No. 230 23. - 24.04.2015 Hôtel Préalpina, Chexbres
No. 231 05. - 06.11.2015 Hôtel Préalpina, Chexbres

Ce séminaire est reconnu par la SSOM pour le titre FMH en oncologie, en accord avec les statuts régissant la formation continue. Différentes sociétés médicales reconnaissent ce séminaire et lui octroient des crédits de formation continue.

Information et inscription: Loredana Palandrani, Ligue suisse contre le cancer, secrétariat des cours
Tél. 031 389 93 27, cours-cst@liguecancer.ch, www.liguecancer.ch/cst_f



VORANZEIGE UND HERZLICHE EINLADUNG

zum **dritten Treffen von Krebspatientinnen und -Patienten** im Rahmen der Halbjahresversammlung der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung (SAKK) in Zürich am **Freitag, 26. Juni 2015**. Wir treffen uns um 14.00 Uhr im Zürich Marriott Hotel, Neumühlequai 42, 8006 Zürich im Raum «Index» im Erdgeschoss des Nordgebäudes und haben für Sie folgendes Programm vorbereitet:

14.00-14.15 Uhr: Grusswort von Herrn Prof. Dr. med. Jörg Beyer, Stv. Klinikdirektor der Klinik für Onkologie, UniversitätsSpital Zürich.

14.15-14.35 Uhr: Prof. Dr. med. Claudia M. Witt, MBA, Institut für komplementäre und integrative Medizin, UniversitätsSpital Zürich: Komplementärmedizin bei Tumor-assoziiertes Fatigue

14.35-14.55 Uhr: Prof. Dr. med. Josef Jenewein, Leitender Arzt Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, UniversitätsSpital Zürich: Was ist Psychoonkologie und wie kann sie helfen?

14.55-15.15 Uhr: Prof. Dr. med. André Aeschlimann, Chefarzt, RehaClinic Zurzach: Onkologische Rehabilitation: Eine wertvolle Begleitung zurück in den Alltag.

15.15-16.00 Uhr: Allgemeine Diskussion auch mit anwesenden Experten aus Medizin, Psychotherapie, Pflegedienst und Grundlagenforschung.

16.00 Uhr: Apéro und Ausklang.

Wir freuen uns auf Ihren zahlreichen Besuch!

Fortbildungen Formations continues 2015

Onkologiepflege Schweiz
Soins en Oncologie Suisse
Cure Oncologiche Svizzera

Liebe Ärztinnen, liebe Ärzte

Onkologiepflege ist unser Fachgebiet. Dank der grossen Bereitschaft renommierter Referentinnen und Referenten bieten wir Pflegenden eine vielfältige Auswahl an qualitativ hochstehenden Fortbildungen an. Ihr Pflegepersonal ist bei uns in den besten Händen.

Wir freuen uns auf Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter!

03	17.–18.03.2015 +19.05.2015	Zürich	Basiskurs in pädiatrischer Onkologiepflege
	26.03.2015	Bern	17. Schweizer Onkologiepflege Kongress 17^{ème} Congrès Suisse des soins en oncologie
04	16.04.2015	Zürich	Patienten mit seltenen Tumoren
	17.04.2015	Zürich	Fachtagung I – Pädiatrische Onkologiepflege
	30.04.2015	Zürich	Gastrointestinale Tumoren I – vom Screening bis zum Stoma
05	07.05.2015	Zürich	Mammakarzinom – Basiskurs
	21.05.2015	Olten	Hämatologische Tumoren I – Maligne Lymphome, M. Myelom
06	11.06.2015	Olten	Gespräche über's Sterben. Wie können sie gelingen?
	18.06.2015	Zürich	Rund um die Diagnostik
07	02.07.2015	Olten	Orale Tumorthherapie – Adhärenz und Selbstmanagement
08	20.08.2015	Zürich	Gastrointestinale Tumoren II
	27.08.2015	Zürich	Adoleszente und junge Erwachsene mit einer malignen Erkrankung
	27.08.2015	Olten	Schlechte Nachrichten – Aufgaben der Onkologiepflege

Weitere Daten und Themen finden Sie auf www.onkologiepflege.ch.



Würde und Onkologie

12. Schweizer Fachtagung Psychoonkologie
16. April 2015 Hotel Kreuz, Bern

Von fortschreitenden Möglichkeiten der Medizin und einem veränderten Zeitgeist ist der Diskurs über die Menschenwürde betroffen. Selbstbestimmung und Handlungsfähigkeit sind Werte, die immer selbstverständlicher und wichtiger werden. Ist die Eigenständigkeit und Handlungsfähigkeit eingeschränkt, zum Beispiel bei einem kranken Menschen, wird dessen Würde manchmal in Frage gestellt. Doch sind Krankheit und Schwäche wirklich eine Gefahr für die Würde des Menschen? Wovon hängt es ab, ob Würde vorhanden ist oder nicht?

Diese und andere Fragen betrachten wir aus verschiedenen fach- und berufsspezifischen Perspektiven und erarbeiten mit den Experten, wie psychoonkologisch tätige Fachpersonen helfen können, die Würde des Patienten zu wahren und zu stärken.

Engeladen sind alle Fachpersonen, die mit Krebsbetroffenen oder deren Angehörigen arbeiten, oder interessiert sind, psychoonkologische Facetten kennenzulernen. Die Referate werden in Deutsch gehalten und simultan ins Französische übersetzt.

Programm

Auf dem Programm stehen drei Referate, sechs Workshops und eine Posterausstellung wissenschaftlicher Projekte. Das beste Poster wird mit 500 Fr. prämiert. Zwischen den Fachreferaten wird zudem ein Überraschungsgast die Tagung würdevoll und humorvoll auflockern.

Referate

- Ein Lebensende in Würde – ein viel strapazierter Begriff
- Würde erleben stützen – Gross vom Menschen denken
- Die Würde ist nicht von Menschen verliehen, kann aber durch Menschen erfahrbar werden

Workshops

- 3 Workshops als Vertiefung der oben erwähnten Referatsthemen
- Dignity Therapy: Lebensgeschichten am Lebensende
- Miteinander ins Gespräch kommen – eine interdisziplinäre Herausforderung für den klinischen Alltag mit Familien krebserkrankter Kinder und Jugendlicher
- Wertimagination zur Erfahrbarkeit von Würde als Grundwert in der Behandlung von Krebspatienten

Information

Sekretariat SGPO, Loredana Palandrani, c/o Krebsliga Schweiz, Postfach 8219, 3001 Bern

Tel. 031 389 91 30, E-Mail kontakt@psycho-onkologie.ch

Online-Anmeldung und Detailprogramm www.psychoonkologie.ch

Anmeldefrist und Tagungsgebühr für SKB Leser und Leserinnen

bis 27. Februar 2015 (Frühbucher)	SGPO Mitglieder 105.-	Nichtmitglieder 145.-
bis 31. März 2015	SGPO Mitglieder 125.-	Nichtmitglieder 170.-

Abstracts

Einreichung der Abstracts für die Posterausstellung bis 31. März 2015. Mit Poster reduzierter Eintrittspreis.

Organized in association with:

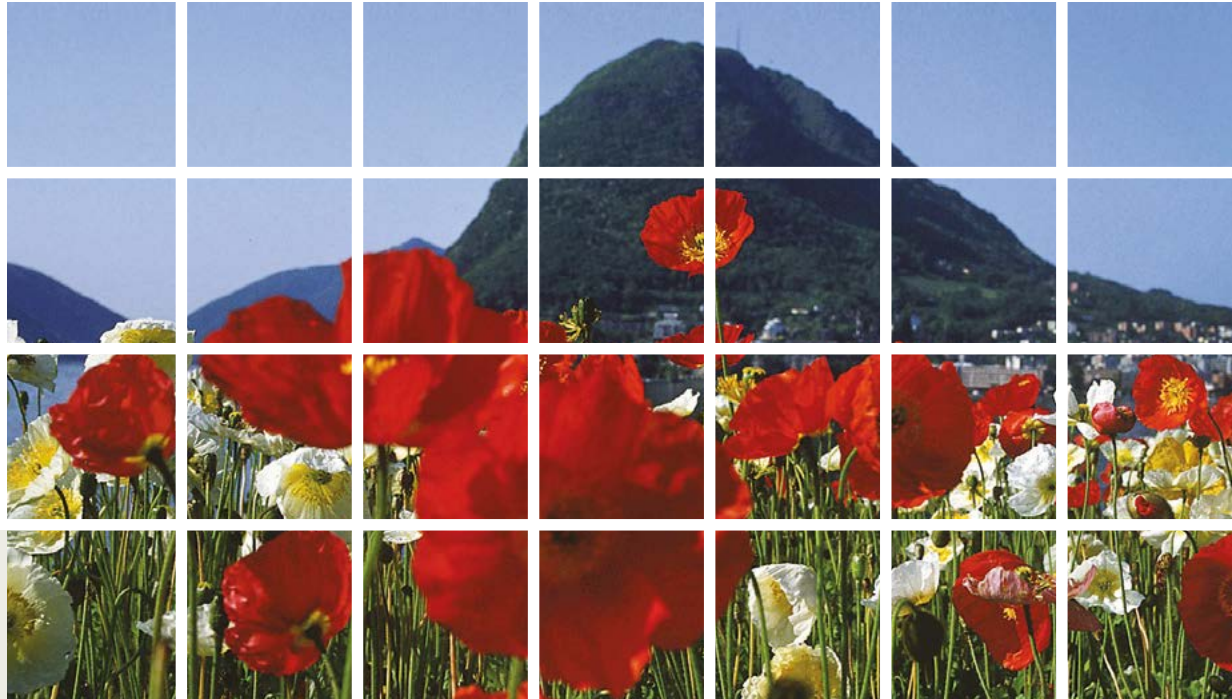


International Extranodal Lymphoma Study Group

and **“Foundation for the Research and Cure of Lymphoma in Ticino”**

13-ICML

13th International Conference on Malignant Lymphoma



VENUE AND DATE:

**Palazzo dei Congressi, Lugano (Switzerland)
June 17-20, 2015**

IMPORTANT
DEADLINES:

February 28, 2015 - ABSTRACT SUBMISSION

March 13, 2015 - EARLY REGISTRATION

May 22, 2015 - GROUP REGISTRATION

FOR ANY INFORMATION,
PLEASE CONTACT:

Cristiana Brentan

ICML Secretariat

IOSI, Ospedale San Giovanni, CH-6500 Bellinzona

e-mail: cristiana.brentan@lymphcon.ch

www.lymphcon.ch



13-ICML is supported by ESO – European School of Oncology.

ICML program will be part of the Certificate of Competence in Lymphoma, a 1-year ECTS program developed by ESO and academically recognized by Ulm University.

Furthermore, cooperation is established within the Leukaemia and Lymphoma course (13-16 June 2015, Ascona, Switzerland).

For further information, please visit www.eso.net

Virtuelle Interdisziplinäre Tumorboards dank digitaler Vernetzung

Urs Stoffel, Mitglied des Zentralvorstandes der FMH
Christian Greuter, CEO Health Info Net
Jürg Nadig, Präsident der SGMO

An interdisziplinären Tumorboards werden seit Jahren evidenzbasierte, individualisierte Behandlungskonzepte koordiniert. Obwohl der Beweis aussteht, dass Tumorboards den Outcome der Erkrankten günstig beeinflussen, sind sie Abbild der Kommunikationskultur zwischen den verschiedenen Disziplinen. Statt die Meinung von verschiedenen Konsiliarii sequentiell einzuholen, erleichtert die gemeinsame Besprechung am Tumorboard die Koordination und führt im Idealfall zu einem von allen Spezialisten getragenen Beschluss, der von den einzelnen Akteuren umgesetzt wird. Je nach klinischer Situation werden verschiedene Behandlungsoptionen erarbeitet, von den beteiligten Ärzten diskutiert und dann priorisiert. Am Tumorboard wird festgelegt, wer aktuell die Führung des Patienten übernimmt und wer den Patienten und seine Angehörigen über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten berät. Nicht selten beteiligen sich verschiedene Fachärzte und Pflegenden an solchen Patientengesprächen.

Gemäss der Nationalen Strategie gegen Krebs (NSK) soll dem behandelnden Arzt für jeden Patienten der Zugang zu einem Tumorboard offen stehen und Krebskranke sollen den Einbezug des Tumorboards einfordern können¹. Das wollen die Mitglieder des Swiss Cancer Network in der täglichen Praxis umsetzen. Das Zertifikat der SGMO soll Gewähr bieten, dass in den zertifizierten Institutionen Patienten mit einem neudiagnostizierten Malignom an einem interdisziplinären Tumorboard besprochen werden. Immer wieder gab und gibt es Versuche, mittels struktureller Auflagen an Tumorboards missliebige Konkurrenten zu verdrängen oder durch Zugangshürden die Mitarbeit von Ärzten zu erschweren. Dies ist umso stossender, als es keine Evidenz für solche Auflagen gibt. Um die Forderung der NSK umzusetzen, hat die SGMO ein Anforderungsprofil für Tumorboards erarbeitet, das von den Mitgliedern der Fachgesellschaft in einer Urabstimmung mit grosser Mehrheit am 15.1.2014 gutgeheissen wurde. Die Onkologen, die sich im Rahmen des Swiss Cancer Network zertifizieren lassen, verpflichten sich, diese Kriterien einzuhalten. Sie werden regelmässig durch Peers in Zusammenarbeit mit einer professionellen Auditfirma auditiert.

Traditionelle Tumorboards haben den Nachteil, dass sie in der Regel an eine stationäre Versorgungsstruktur gebunden sind und der betreuende Hausarzt nicht an den Besprechungen teilnehmen kann. Tumorboards finden in der Regel einmal pro Woche im Spital während seiner Sprechstundentätigkeit statt. Der Hausarzt ist deshalb aus logistischen, betrieblichen und ökonomischen Gründen ein seltener Gast am Tumorboard. Um Tumorkranke zu betreuen, arbeiten niedergelassene Onkologen mit verschiedenen Kliniken zusammen. Die physische Teilnahme an diesen Tumorboards macht ihn ungewollt zu einem fahrenden Doktor.

Gemäss Rare Cancer Europe gibt es über 150 seltene Krebsarten. Auf die Schweiz umgelegt würde im Mittel jeder Onkologe somit Spezialist für zwei seltene Tumoren sein. Für 8 Mio. Einwohner müssten 150 verschiedene Rare Cancer Center aufgebaut werden. Eine internationale Zusammenarbeit mit Zugang zu den entsprechenden Kompetenzzentren via virtuelle Tumorboards wäre eine zukunftsweisendere Lösung. Das RCC Net ist bereits ein solcher Zusammenschluss von Fachärzten, das verschiedenen Spezialisten anbietet, ihre Nierenzellkarzinompatienten in einem standortunabhängigen, virtuellen Tumorboard einzureichen. Dank moderner Kommunikationsmittel müssen heute nicht mehr ganze Aktenberge dem Konsiliararzt zugesandt werden. Vielmehr können Besprechungen unter Fachleuten mittels Telefon- und/oder Videokonferenzen zeitgleich und koordiniert erfolgen. Die Übertragungsmöglichkeiten erlauben heute auch eine sichere, einfache Übermittlung von Bilddateien, was früher nur mit grossem technischem Aufwand möglich war. Voraussetzung für diesen Austausch ist eine sichere IT Technologie, die mit guter Qualität verschiedene Akteure störungsfrei verbindet. Da sensible Patientendaten übertragen werden, muss die Verbindung den Anforderungen des Datenschutzes genügen.

Heute bestehen erste Angebote für virtuelle Tumorboards (Cyberfish, Skype und weitere, lokale Angebote). Diese Angebote sollen in naher Zukunft durch eine neue Lösung von Health Info Net (HIN) ergänzt werden. HIN ist auf den sicheren Datenaustausch von E-mails und Patientendokumenten zwischen Spitälern und niedergelassenen Ärzten spezialisiert. Was lag also näher, als zu versuchen, dieses Netzwerk auch für Videokonferenzen nutzbar zu machen. Die SFSM hat deshalb an der FMH Delegiertenversammlung beantragt, entsprechende Lösungen zu suchen.

Erfreulicherweise wird das Thema Videokonferenz bei HIN bereits prioritär behandelt. HIN arbeitet mit den grossen Spitälern (Inselspital, USZ und KSA) zusammen, um deren bestehende Videokonferenz-Infrastruktur (Vorlesungsräume etc.) durch eine sichere Einbindung

von externen Ärzten zu ergänzen. Daneben gibt es auch Anfragen verschiedener Fachgesellschaften für sichere Videokonferenzen. HIN ist mit technischen Partnern aus dem Videokonferenz-Bereich daran, auf ihrer sicheren Plattform Videokonferenzen, resp. virtuelle Konferenzen für die niedergelassene Ärzteschaft, resp. die gesamte HIN Community anzubieten. HIN plant für 2015 den Rollout von solchen Zusatzdiensten.

Mittels der elektronischen Identität von HIN und dem bestehenden Netzwerk sind solche sicheren Videokonferenzen machbar. Neben der sicheren Authentifizierung der Teilnehmer, d.h. Garantie für die Identität des Gegenübers wird auch die Datenübertragung gesichert. Somit steht in Kürze eine Infrastruktur zur Verfügung, die es allen Onkologen ermöglicht, ihre Patienten über

einen Videozugang an Tumorboards ihrer Wahl vorzustellen, unabhängig von ihrem Praxisstandort. Sie leistet so einen wichtigen Beitrag für eine qualitativ hochstehende dezentrale onkologische Versorgung.

Referenzen:

1. Nationale Strategie gegen Krebs 2014 – 2017 Seite 29

Korrespondenz:

Dr. med. Jürg Nadig MAE
Präsident der SGMO
juerg.nadig@hin.ch

Mit vereinten Kräften im Einsatz für krebskranke Kinder

KINDERKREBS SCHWEIZ
CANCER DE L'ENFANT EN SUISSE
CANCRO INFANTILE IN SVIZZERA
CHILDHOOD CANCER SWITZERLAND

In der Schweiz erkranken jährlich 200 Kinder im Alter von 0 bis 14 Jahren sowie rund 100 Jugendliche im Alter von 15 bis 20 Jahren an Krebs. Dank der medizinischen Erfolge der letzten Jahrzehnte können zwar heute 80 Prozent der bis 20-jährigen Kinder und Jugendlichen geheilt werden. Trotzdem bleibt Krebs – nach Unfällen – in dieser Altersklasse die zweihäufigste Todesursache.

Um die Situation krebskranker Kinder und Jugendlicher, der Survivors sowie der Angehörigen in den Bereichen medizinische Behandlung, psychosoziale Betreuung, Forschung und Nachsorge zu verbessern, haben sechs Kinderkrebsorganisationen den Dachverband «Kinderkrebs Schweiz» gegründet. Der Verein wurde am 15. Februar 2015, dem internationalen Tag des Kinderkrebses, mit einem feierlichen Anlass in Bern lanciert. Gründungs- und damit Aktivmitglieder des Vereins sind:

- ARFEC Association romande des familles d'enfants atteints d'un cancer, www.arfec.org
- «KIND UND KREBS Schweizer Forschungsstiftung» (künftig «Kinderkrebsforschung Schweiz»), www.kindundkrebs.ch
- Kinderkrebshilfe Schweiz, www.kinderkrebshilfe.ch
- Schweizer Kinderkrebsregister SKKR, www.kinderkrebsregister.ch
- SPOG Schweizerische Pädiatrische Onkologie Gruppe, www.spog.ch
- Stiftung für krebskranke Kinder, Regio Basiliensis, www.stiftung-kinderkrebs.ch

Präsident von «Kinderkrebs Schweiz» ist Prof. Dr. med. Nicolas von der Weid, leitender Arzt Hämatologie-Onkologie des Universitäts-Kinderspitals beider Basel (UKBB). Peter Lack, ehemaliger Geschäftsführer der Stiftung für krebskranke Kinder, Regio Basiliensis, hat per 1. März 2015 die Geschäftsleitung übernommen. Die notwendigen finanziellen Mittel werden von den bestehenden Organisationen, die auch weiterhin in ihren jeweiligen Bereichen weiterarbeiten, zur Verfügung gestellt.

Drei Tätigkeitsbereiche: Nachsorge, Forschung und Selbsthilfe

«Krebs im Kindesalter ist grundsätzlich anders als im Erwachsenenalter. Die pädiatrische Krebsforschung muss gefördert werden, damit alle betroffenen Kinder und Jugendlichen geheilt werden können. Auch die Nachsorge für Survivors muss verbessert werden, um Spätfolgen möglichst früh erkennen und behandeln zu können. Dafür setzen wir uns ein», so Präsident Nicolas von der Weid. Neben den Bereichen Nachsorge und Forschung unterstützt der Verein mit Sitz in Basel auch die (bereits bestehenden) Selbsthilfe-Organisationen. Denn im Umgang mit der Krankheit brauchen Kinder und deren Angehörige nicht nur medizinische Betreuung sondern auch psychosoziale Unterstützung und Begleitung.

Kinderkrebs Schweiz, Peter Lack, des. Geschäftsführer, Malzgasse 28, 4052 Basel
peter.lack@kinderkrebs-schweiz.ch, Tel. +41 (0)61 271 33 50

kinderkrebs-schweiz.ch

Open Prospective Clinical Trials

Anastasios Stathis and Emanuele Zucca
International Extranodal Lymphoma
Study Group, Bellinzona



Here we provide a summary and the current status of the prospective international clinical trials of the IELSG that are currently open in Switzerland.

IELSG 37 – A randomized, open-label, multicentre, two-arm phase III comparative study assessing the role of involved mediastinal radiotherapy after Rituximab containing chemotherapy regimens to patients with newly diagnosed Primary Mediastinal Large B-Cell Lymphoma (PMLBCL). The IELSG 37 is a phase III multicenter study aiming to evaluate the role of involved field radiotherapy in patients with primary mediastinal large B-cell lymphoma that achieve a negative PET-scan following standard chemoimmunotherapy treatment. The accrual has significantly increased over the last few months and 145 patients (Italy: 108, Ukraine: 19, Norway: 6, Switzerland: 6, UK: 3, Sweden: 2, Canada: 1) have been so far enrolled in the study: 110 have completed R-chemotherapy and underwent central PET review, 48 with negative PET scan have been randomized between radiotherapy or observation. Based on the results of the IELSG 26 study, the protocol has now been amended to include in the randomization also those patients with a PET Deauville score of 3. This amendment is now approved in most participating centers.

IELSG 38 – A phase II study of Chlorambucil in combination with subcutaneous Rituximab followed by maintenance therapy with subcutaneous Rituximab in patients with extranodal marginal zone B-cell lymphoma of Mucosa Associated Lymphoid Tissue (MALT lymphoma). Following the results of the IELSG 19 trial, the largest study ever performed in patients with extranodal marginal zone B-cell lymphoma, showing that the addition of Rituximab to Chlorambucil results in significant improvements in complete remission rate and event free survival in comparison to either Rituximab or Chlorambucil alone, the IELSG 38 study will assess the efficacy of the same combination using a new formulation of Rituximab (subcutaneous), followed by a two-year maintenance treatment with Rituximab. This is the first study to evaluate a maintenance treatment with Rituximab in this patient population. This study is being con-

ducted together with Lysarc and FIL. The study is currently open at the IOSI, France and Italy. Inselspital Bern is also evaluating the study in order to join it.

IELSG 30 – A phase II study of R-CHOP with intensive CNS prophylaxis and scrotal irradiation in patients with primary testicular diffuse large B-cell lymphoma. This is a phase II study in patients with testicular lymphoma that assesses treatment with R-CHOP chemotherapy plus intense CNS prophylaxis with intravenous Methotrexate and scrotal irradiation. The sample size has been recently extended to a final number of 54 patients, based on the results of the IELSG-10 study published last year on the *Journal of Clinical Oncology and Haematologica*. This extension was already planned in the protocol under the statistical section. Moreover, the IELSG Operation working on the submission to the Swiss Health and Regulatory Authorities two new studies on CNS lymphoma.

The first one, **IELSG 42 – An international phase II trial assessing tolerability and efficacy of sequential Methotrexate-Aracytin-based combination and R-ICE combination, followed by high-dose chemotherapy supported by autologous stem cell transplant, in patients with systemic B-cell lymphoma with central nervous system involvement at diagnosis or relapse (MARIETTA regimen)** has recently received the approval of the Italian Health and Regulatory Authorities.

The second one, **IELSG 43 – High-dose chemotherapy and autologous stem cell transplant or consolidating conventional chemotherapy in primary CNS lymphoma - randomized phase III trial (MATRix)** is already open in Germany.

Both studies will be conducted in cooperation with the Swiss Group for Clinical Cancer Research (SAKK).

More updated information will be available at the next IELSG meeting which will be held on April 17-18, 2015 at Barts Cancer Institute in London (UK). Please register on www.ielsg.org.

Correspondence:

IELSG Studies coordination
Oncology Institute of Southern Switzerland
Ospedale San Giovanni, CH-6500 Bellinzona
ielsg@ticino.com - www.ielsg.org
IELSG Operation Office Director:
PD Dr. med. Emanuele Zucca

International Breast Cancer Study Group (IBCSG)

Rudolf Maibach, IBCSG Coordinating Center, Berne

Keywords: Metastatic breast cancer, chemotherapy, Endocrine treatment, Quality of life, Pregnancy

IBCSG 24-02 SOFT: Efficacy and QoL results presented at ABCS



The long awaited results of the efficacy analysis of the SOFT trial were presented by the co-chair Prudence Francis, M.D., Head of Breast Medical Oncology, Peter MacCallum Cancer Centre, Australia, at the San Antonio Breast Cancer Symposium on December 11, 2014.

In summary, the addition of ovarian suppression to adjuvant tamoxifen treatment (post-surgery) reduced breast cancer recurrence in young women with hormone-sensitive early breast cancer who received chemotherapy and had not reached menopause. The addition of ovarian suppression to tamoxifen did not benefit all young women.

Treatment with tamoxifen plus ovarian suppression reduced the relative risk of developing invasive breast cancer recurrence by 22% in women who did not transition into menopause after receiving chemotherapy, when compared to treatment with tamoxifen alone. On average, these women were 40 years old when starting hormonal therapy after chemotherapy. A secondary analysis revealed that further benefit could be gained by treating these women with exemestane plus ovarian suppression, which reduced their relative risk of breast cancer recurrence by 35%, compared to tamoxifen alone, resulting in 7 or 8 fewer women out of 100 having a breast cancer recurrence within 5 years.

«These results will change clinical practice,» said Prue. «For the youngest women with hormone-sensitive breast cancer, ovarian suppression will increasingly be recommended. For women who have not reached menopause

and have hormone-sensitive breast cancer that carries sufficient risk of recurrence to warrant chemotherapy, doctors are likely to discuss the option of treatment with ovarian suppression plus an aromatase inhibitor as an alternative to tamoxifen.»

SOFT (Suppression of Ovarian Function Trial) was designed to assess the value of ovarian suppression in reducing breast cancer recurrence in young women receiving tamoxifen, and to assess the role of the aromatase inhibitor exemestane plus ovarian suppression in treating young women. Premenopausal women with estrogen and/or progesterone receptor-positive, or hormone-sensitive, breast cancer were randomly assigned to treatment with tamoxifen alone for 5 years, tamoxifen plus ovarian suppression for 5 years, or exemestane plus ovarian suppression for 5 years.

SOFT studied these treatments in two different groups of young women with early breast cancer: premenopausal women for whom the physician and patient considered tamoxifen alone without chemotherapy to be the suitable treatment; and women who had already received chemotherapy and remained premenopausal despite chemotherapy. Chemotherapy can suppress production of estrogen by the ovaries and cause menopause, which is associated with reduced recurrence of hormone-sensitive breast cancer.

Tamoxifen has been the standard adjuvant hormonal treatment for premenopausal women with hormone-sensitive breast cancer. The benefit of adding ovarian suppression to tamoxifen was uncertain. The other treatment investigated, the aromatase inhibitor exemestane, requires suppression of estrogen produced by the ovaries to be effective in premenopausal women. Ovarian suppression was achieved by monthly injections of a GnRH agonist triptorelin (most common choice in SOFT), surgical removal of both ovaries, or radiation of the ovaries.

The benefit of adding ovarian suppression to tamoxifen was most pronounced in women younger than 35, an age group at particularly high risk of recurrence. This benefit was even greater with exemestane plus ovarian suppression: after 5 years, 1-in-6 women under age 35 receiving exemestane plus ovarian suppression experienced further breast cancer, compared to 1-in-3 under age 35 receiving tamoxifen alone.

SOFT also enrolled premenopausal women whose systemic treatment included only adjuvant hormonal therapy without chemotherapy, as decided with their physician. These women typically were older (average age 46 years), closer to natural menopause onset, and had breast cancer

pathology with a more favorable prognosis, compared to women who received chemotherapy. The group who did not receive chemotherapy did very well; more than 95% were free from breast cancer recurrence after 5 years with tamoxifen alone. No benefit from ovarian suppression in this group could be detected at this point in time.

The results of SOFT were published on-line on the same day in *New England Journal of Medicine* and printed in January 2015 (*N Engl J Med* 372:436-446, 2015).



Patient-reported quality of life assessed throughout the trial helps to put the treatments into perspective. Karin Ribí, PhD from the quality of life office at the IBCSG Coordinating Center presented the results of these investigations.

Mood and physical well-being did not differ between the treatment groups. Although women treated with tamoxifen plus ovarian suppression initially reported worse hormone-related symptoms and sexual functioning than those receiving tamoxifen alone, after 2 years most differences between treatment groups were no longer apparent. Effects on sexual functioning were noted throughout the treatment with exemestane plus ovarian suppression.

From these two presentations and the combined analysis of SOFT and TEXT presented in June at ASCO, it can be concluded that, while ovarian suppression is not recommended for everyone, adding it to tamoxifen can reduce breast cancer recurrence in higher-risk patients who remain premenopausal after chemotherapy, particularly in women under the age of 35. Adjuvant treatment with exemestane is more effective than tamoxifen in preventing recurrence when combined with ovarian suppression. Physicians and patients can use these outcomes and the related side effect information to tailor therapy for premenopausal women with hormone-sensitive breast cancer, based on age, breast cancer pathology and patient preferences.

CLINICAL TRIALS

IBCSG 42-12 SNAP

The trial evaluates in a randomized phase II fashion three different schedules of nab-Paclitaxel in patients with histologically or cytologically confirmed HER2-negative

metastatic (stage IV) breast cancer who have not received any prior chemotherapy. The acronym stands for Schedules of NAb-Paclitaxel. It is planned to recruit 240 patients within about 30 months.

SNAP evaluates three schedules of nab-Paclitaxel as prolonged chemotherapy administration strategy. All three arms start with a common induction treatment during the first 3 cycles, and then continue with different schedules of reduced dose intensity until progressive disease or lack of tolerability. Each of the three arms will be compared to a historical reference of seven-month median PFS based on the most recent trial with docetaxel as control arm to determine whether any of the three arms are worthy of further investigation.

The trial is being conducted in several European countries. The first patient was randomized in April 2013, and by November 30, 2014, 200 patients have been recruited. Nine SAKK sites participate, and recruited 57 patients until November 2014. The recruitment goal of 240 patients will be reached in early 2015.

IBCSG has noted that the number of patients who will not contribute to the total number of events needed for the analysis of the primary endpoint, progression free survival, is lower than expected. Therefore, the total sample size will be increased by 18 patients to 258. IBCSG has issued an amendment to this purpose. Recruitment will be suspended for all sites once 240 patients will have been randomized, and will be reopened for sites who have activated this second amendment.

IBCSG's Program for Young Patients:

IBCSG 43-09 HOHO

IBCSG 43-09 is the Young Women's Breast Cancer Study, and HOHO stands for "Helping Ourselves Helping Others". It is a longitudinal cohort study of 300 young women with breast cancer (early or advanced) in selected institutions in Europe. All eligible patients treated at each center are invited to join the cohort. Patient surveys and medical record review are utilized. Women are surveyed every 6 months for the first 3 years after diagnosis, then yearly thereafter for an additional 7 years (for a total follow-up of 10 years following diagnosis). The study has two main objectives:

1. To identify in selected institutions in Europe a cohort of young women (age 18-40) newly diagnosed with breast cancer (early or advanced) to assess a broad range of variables at baseline and over the course of the ensuing 10 years.

2. To characterize this population at diagnosis and in follow-up regarding disease and psychosocial outcomes (e.g., presentation and disease characteristics, fertility and menopausal issues, and long term outcome).

At present 12 centers in Italy and 5 centers in Switzerland are participating in the trial and have accrued. 239 patients up to end of December 2014, 66 of them by Swiss sites.

IBCSG 48-14/BIG 8-13 POSITIVE

The best available evidence suggests that pregnancy after breast cancer does not negatively impact disease outcome and is safe for the offspring but no definitive information is available to recommend a safe interval from BC diagnosis to pregnancy. The POSITIVE trial will investigate endocrine therapy (ET) interruption to enable conception for young women between 18 and 42 years of age with endocrine responsive early breast cancer who received adjuvant ET for 18 to 30 months and wish to attempt pregnancy. The main objectives are:

- To assess the risk of breast cancer relapse associated with temporary interruption of endocrine therapy to permit pregnancy
- To evaluate factors associated with pregnancy success after interruption of endocrine therapy.

The trial will also allow for the testing of biologic correlates of pregnancy and disease outcome.

A psycho-oncological companion study evaluating psychological distress, fertility concerns and decisional con-

flict in young women who participate in POSITIVE has been developed and will be activated in sites interested and capable to conduct it.

A total of 500 patients are planned to be recruited into the trial from centers worldwide in approximately 4 years. The trial activation package has been sent to more than 60 interested sites and all IBCSG centers on July 3, 2014.

There is a high interest of SAKK members in this trial. The first center, the Oncology Institute of Southern Switzerland, was activated in early December. Olivia Pagani, chair of the POSITIVE trial, has accrued the first patient worldwide. Congratulations!

By the end January, we expect to activate 12 sites in Switzerland.

The activation of the trial in North America by US-American Alliance Group is anticipated by March 2015.

The other countries scheduled for activation are Belgium, Italy, Greece, Hungary, Spain, Denmark, and Australia.

Correspondence:

Rudolf Maibach, PhD
 IBCSG Coordinating Center
 Effingerstrasse 40, CH-3008 Berne
 Tel. +41 (0)31 389 91 96
rudolf.maibach@ibcsg.org
www.ibcsg.org

European Thoracic Oncology Platform (ETOP)

Heidi Roschitzki, ETOP Coordinating Office, Berne

ETOP 2-11 BELIEF

BELIEF, a phase II prospective trial sponsored by ETOP and coordinated together with the Spanish Lung Cancer Group (SLCG), is the first therapeutic ETOP trial. BELIEF will determine the long-term outcome of patients with advanced non-squamous NSCLC with activating EGFR mutations (L858R and exon 19 deletion) with or without T790M resistance mutation at diagnosis and treated with the combination of erlotinib and bevacizumab. The accrual goal of 102 patients was reached in October 2014. Treatment and follow-up continue as planned.

ETOP 4-12 STIMULI

Thirty percent of patients with SCLC will have limited stage disease, with a median survival of 16 to 24 months and only 15-25% long term survivors. The combination of chemotherapy and thoracic radiotherapy is currently the standard treatment approach in limited stage SCLC. Several studies now showed that stimulation of immune cells may stop tumor growth. Ipilimumab, a humanized monoclonal antibody, activates the immune system by targeting CTLA-4, a protein receptor that down-regulates anticancer immune response.

This randomized multicenter open-label trial tests the efficacy and tolerability of the standard treatment alone or with subsequent consolidation with ipilimumab in patients with limited disease SCLC, with overall survival as primary endpoint. ETOP will conduct the trial in collaboration with the Intergroupe Francophone de Cancérologie Thoracique (IFCT). The protocol has been sent out to the participating sites in France, Spain, Germany, Belgium, Poland, the Netherlands, the UK and Switzerland. Centre activation is ongoing and the current accrual is 8 patients.

ETOP 5-12 SPLENDOUR

Denosumab is a monoclonal antibody targeting and inhibiting RANKL, a protein that acts as the primary signal for bone resorption. The purpose of this study is to investigate the potential of the combination of standard treatment (chemotherapy) with denosumab as compared to the standard treatment alone to increase survival of patients with advanced NSCLC with or without bone metastasis in advanced unselected treatment-naïve patients.

ETOP is the sponsor of this trial that will be conducted in collaboration with the EORTC as coordinating group.



Prof. Rolf A. Stahel and Prof. Christoph Zielinski

The 1000 patients will be enrolled within approximately 3 years. The first sites have been activated in December 2014 and the current accrual is 5 patients.

ETOP 6-14 NICOLAS

Over the past decade, sequential or concomitant chemotherapy and radiotherapy have become the treatment of choice for stage III NSCLC. One attempt to improve the long-term survival is an immunotherapeutic strategy, for example by targeting PD-1, a cell surface molecule on activated T-cells that is abrogating anti-cancer immune response. Nivolumab, a monoclonal antibody, is able to prevent the interaction between PD-1 and its ligands. This feasibility trial evaluates nivolumab consolidation treatment in patients with locally advanced stage III NSCLC treated with standard first-line chemotherapy and radiotherapy. Trial protocol will be distributed for activation in Q1 2015.

ETOP 7-14 NICHE

The erbB family of proteins comprises the receptor tyrosine kinase EGFR and the closely related HER2, HER3 and HER4. *HER2* mutations are identified in about 2% of NSCLC and appear to be critical for lung carcinogenesis. Clinically relevant *HER2* mutations are clustered in exon 20 of the *HER2* gene and commonly include small exon 20 insertions, single amino acid or clustered substitutions. Afatinib is a selective and irreversible small molecule inhibitor of the erbB family of proteins. It has been shown to effectively inhibit EGFR, HER2 and HER4 phosphorylation resulting in subsequent suppression of tumor growth. The primary objective of this trial is to evaluate the ability of afatinib to control disease in pre-treated patients with advanced NSCLC harboring *HER2* exon 20 mutations. The trial protocol has been distributed for activation in December 2014 and first site activation is ongoing.

ETOP iBiobank: 2nd Place in the ESBB Research Biobank of the Year Competition

Biobanks are an indispensable resource for today's strive towards more precise, 'personalized' medicine. But what

makes a great biobank? One of Europe's largest biobanking organizations, ESBB, aims to stimulate this discussion with its 'Research Biobank of the Year Competition' (RBYC). On behalf of ETOP Lungscape and with help of Prof. R. Stahel, Prof. L. Bubendorf, Dr. E. Thunnissen, Prof. K. Kerr, and Prof. S. Peters the ETOP Coordinating Office submitted a proposal, which was shortlisted and selected for oral presentation at the ESBB Annual Meeting 2014 in Leipzig (21 – 24 November). ETOP Translational Research Coordinator, Rosita Kammler, gave a 10 minute overview of the ETOP Lungscape program and its decentralized, 'virtual' iBiobank, which eventually was awarded second place of the RBYC by vote of the meeting attendees of biobank specialists. The audience and RBYC chairs were deeply impressed by the collaborative nature of the ETOP Lungscape iBiobank and the innovative approaches taken to ensure high quality standards across sites. We would like to congratulate all Lungscape participants and thank all the colleagues whose hard work made this exciting undertaking possible.

ETOP Annual Meeting Vienna, Austria

The ETOP Annual Meeting was held 14 – 15 November, 2014 in Vienna, Austria, hosted by the Central European Cooperative Oncology Group (CECOG). Ongoing projects and trials as well as new ideas and concepts were presented and discussed either during the plenary meeting or in the break-out sessions. More than 100 participants from over 20 countries attended the meeting and used the occasion as an opportunity to engage in stimulating high-level scientific exchange with other ETOP participants. These lively discussions continued also during coffee breaks and the dinner. The next ETOP Annual Meeting will be held 13 – 14 November 2015 at the University Hospital in Zürich.

Correspondence:

Solange Peters, MD PhD
 ETOP Communication Chair and Scientific Coordinator
 solange.peters@chuv.ch
 Tel. +41 (0)79 556 01 92

ESGO♀19

INTERNATIONAL MEETING OF
 THE EUROPEAN SOCIETY OF
 GYNAECOLOGICAL ONCOLOGY (ESGO)
 OCTOBER 24-27, 2015 | NICE, FRANCE

European Gynaecological Oncology Congress 2015



NICE, FRANCE
2015



Master Online Advanced Oncology (MSc)

Einzigartige Weiterbildung von Ärzten und Naturwissenschaftlern,
die in der Onkologie tätig sind.

Fernstudium:

Das berufs begleitende Studienprogramm erlaubt es, Beruf, Familie und Studium miteinander zu vereinbaren. Die Online-Phasen des Programms umfassen 90% und ermöglichen ein von Zeit und Ort unabhängiges Lernen.

Ausbildung zu Führungskräften:

Das Programm bereitet die Teilnehmer auf leitende Positionen in Tumorzentren, Krankenhäusern, Pharmaunternehmen und ähnlichen onkologischen Einrichtungen vor.

Informationen:

Dauer: 4 Semester

Art: berufs begleitend, Teilzeit

Arbeitsaufwand: ca. 14h pro Woche

Online-Phasen: 90%

Präsenz-Phasen: 10% (insg. 5 Seminare à 1 Woche)

Lehrsprache: Englisch



Master of Science (MSc)
60 ECTS Punkte
235 LÄK-BW Fortbildungspunkte

Semester 1

Einführungsseminar

Interdisziplinäre Onkologie

- Zell- und Molekularbiologie von Tumoren
- Diagnostik
- Behandlungsmodalitäten
- Epidemiologie

Semester 2

Klinische Forschung

- Biometrie
- Klinische Studien
- Ethische Aspekte
- Management (Klinische Forschung)

Semester 3

Moderne Krebstherapien

- Klinische Onkologie I
- Klinische Onkologie II
- Patientensorientierte therapeutische Konzepte

Semester 4

Management

- Betriebswirtschaft
- Gesundheitssysteme
- Leitung von Einrichtungen, Personalführung
- Qualitätskontrolle

Zukunftsperspektiven

Masterarbeit

Bewerbungsfrist: 15. April

Studienbeginn: Oktober

Dr. rer. nat. Uta Schmidt-Straßburger | Telefon: +49-731-500-69405

<https://www.facebook.com/study.advanced.oncology>

e-Mail: masteroncology@uni-ulm.de

www.masteroncology.de

Knochenmarksversagen bei Tumorinfiltration bei einem Patienten mit Ästhesioneuroblastom, Mantelzelllymphom und Rektumkarzinom

Ursina Zürrer-Härdis, Onkologie
 Marco Siano, Onkologie
 Martina Anja Broglie Däppen, HNO
 Sergio Cogliatti, Pathologie
 Michael Töpfer, Radioonkologie
 Flavio Forrer, Nuklearmedizin
 Kantonsspital St. Gallen

Einleitung

Das Ästhesioneuroblastom oder das olfaktorische Neuroblastom ist ein seltener neuroektodermaler Tumor. Es macht nur 3% aller Tumoren der Nasenhöhle aus.[1] Meist präsentieren sich diese Tumoren aufgrund des langsamen Wachstums oder der Lage in der Rima olfactoria mit unspezifischen Symptomen. Bei Grössenprogredienz können eine Nasenatmungsbehinderung, Epistaxis, fötide Rhinorrhoe oder Schmerzen auftreten. Insbesondere unilaterale Symptome und wiederkehrende Epistaxis über mehr als 1-2 Monate können auf ein Malignom hinweisen.[2] Je nach Invasion in die Nachbarsstrukturen sind zudem eine Beeinträchtigung des Geruchssinns, Proptose, Diplopie, übermässiger Tränenfluss, frontale Kopfschmerzen oder auch paraneoplastische Syndrome wie das ACTH-abhängige Cushing-Syndrom, eine Hyperkalzämie oder eine Hyponatriämie möglich. Die am häufigsten verwendeten Klassifikationen sind die nach Kadish, Hyams und Dulguerov (Abbildung 1 Gradeinteilungen).[2-5] Aufgrund der fehlenden Frühsymptome zeigen bei Diagnosestellung bis zu 33% der Patienten Lymphknoten- oder Fernmetastasen[6].

Das initiale Assessment sollte aus einer Hals-Nasen-Ohren-ärztlichen Untersuchung mit nasaler Endoskopie und je nach Tumorausdehnung einer neurologischen und augenärztlichen Beurteilung bestehen. Zum Staging gehören eine Sonographie der Lymphknoten mit Frage nach Metastasen, ein hochauflösendes CT der Schädelbasis und des Halses mit Frage nach ossärer Infiltration sowie ein MRI mit möglichst präziser Darstellung der Infiltrationstiefe in angrenzendes Weichgewebe. Das PET-CT hat insbesondere bei Tumoren mit Kadish Stadium C oder Hyams

Grad 3 bis 4 einen hohen Stellenwert bei der Suche nach Lymphknoten- oder Fernmetastasen.[7, 8]

Histologisch zeigen die weichen, polypoiden, stark durchbluteten Tumoren ein nestriges Wachstumsmuster aus kleinen runden Zellen, die etwas grösser sind als Lymphozyten. Sie werden eingeteilt nach Hyams, wobei Grad 1 den differenziertesten und Grad 4 den entdifferenziertesten Typ definieren. Diese Klassifizierung nach Hyams zeigt eine Korrelation mit der Prognose, mit einem 5-Jahres-Überleben von nur 20% bei Tumoren mit Hyams Grad 3 und 4.[5] Immunhistologisch exprimieren die Tumoren Neurosenspezifische Enolase, Synaptophysin und Chromogranin A und CD56 in etwa 80% der Fälle [9].

Fallpräsentation

Im September 2013 wurde bei einem Patienten mit akuter Amaurosis rechts ein bereits nodal metastasierter am ehesten neuroendokriner Tumor ausgehend von der Nasenhaupthöhle und des Sphenoid rechts diagnostiziert (Initialstadium: cT4 cN2c). Die PET-CT Untersuchung zeigte

Abbildung 1. Gradingeinteilung Hyams und Kadish:

Hyams

Grad	Definition
Grad 1	gut differenziert mit lobulärer Präsentation, prominente fibrilläre Matrix, keine nukleäre Pleomorphismen, Homer-Wright-(HW)-Rosetten
Grad 2	Niedriger Mitoserag, moderate nukleäre Polymorphismen, vorhandene fibrilläre Matrix, HW-Rosetten
Grad 3	Moderater mitotischer Index, prominente nukleäre Polymorphismen, geringe fibrilläre Matrix, HW-Rosetten, wenig Nekrosen
Grad 4	Hoher Mitosegrad, Anaplasie, deutliche nukleäre Polymorphismen, fehlende fibrilläre Matrix und fehlende HW-Rosetten, häufige Nekrosen

Jiang GY et al. Therapy and prognosis of intracranial invasive olfactory neuroblastoma. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2011;1145(6):951-5

Kadish staging of olfactory neuroblastomas

Stage	Definition
A	Confined to nasal cavity
B	Involves the nasal cavity and one or more paranasal sinuses
C	Extending beyond the nasal cavity or paranasal sinuses
D	Regional lymph node or distant metastasis

Adapted from: Kadish S, Goodman M, Wang CC, *Cancer* 1976; 37:1571. Graphic 57376 Version 3.0

einen signifikanten lokalen sowie bilateralen, zervikalen lymphonodalen Uptake neben einer fraglichen, kleinherdigen Anreicherung in der Leber. Diese Anreicherung konnte mittels MRI Untersuchung nicht weiter charakterisiert werden und aufgrund von Grösse und Lokalisation wurde eine beobachtende Haltung entschieden. Basierend auf der präliminären histologischen Diagnose eines neuroendokrinen Tumors mit sehr hohem Proliferationsindex wurde aus klinischer Dringlichkeit neben Steroidgabe umgehend eine Kombinationschemotherapie mit Cisplatin und Etoposid initiiert (Systemtherapie entsprechend einem kleinzelligen Bronchialkarzinom). Die definitive Histologie, welche zeitlich erst nach Beginn der Systemtherapie gestellt werden konnte, ergab schliesslich die Diagnose eines Ästhesioneuroblastoms (Hyams Grad 3).

Unter der Systemtherapie wurde der Visus objektivierbarer besser und die Amaurosis war nicht mehr vorhanden. Nach zwei Zyklen konnte eine gute lokale und zervikale Remission sowie eine komplette auch metabolische Remission des Leberherdes festgestellt werden (Abbildung 2 PET-CT-Bilder von Diagnosestellung und Verlauf). Auf Grund des guten Ansprechens und der lokalen Ausdehnung wurde eine konsolidierende Radiotherapie mit einer Dosis von 60Gy im Bereich des Primärtumors von Januar 2014 bis März 2014 durchgeführt (Nasenhöhle und des rechten Sphenoids). Die zervikalen Lymphknoten wurden nicht ins Strahlenfeld eingeschlossen, da die Feinnadelpunktion nach erfolgter Chemotherapie keinen Tumornachweis mehr erbracht hatte.

Im April 2014 zeigte sich in der Verlaufs-PET-CT rechts zervikal ein dringend malignitätsverdächtiger Lymphknoten welcher mittels FNP zytologisch als Lymphknotenmetastase des Ästhesioneuroblastoms verifiziert werden konnte. Daraufhin erfolgte bei fehlenden Hinweisen auf ein Lokalrezidiv oder neuer Fernmetastasen im Juni eine laterale Parotidektomie rechts, Neck Dissection der Levels I-IV

rechts mit Mitresektion der Vena jugularis interna, des M. sternocleidomastoideus und des N. accessorius. Zudem wurde eine parapharyngeale Metastase zervikal rechts entfernt.

In der PET-CT von Mai 2014 zeigte sich neu ein gesteigerter Uptake im Rektumbereich sowie zervikal und supraklavikulär rechts, intraparotidal rechts, zervikal links im Kieferwinkel, retroperitoneal und präsakral vergrösserte, mässig FDG-avide Lymphknoten. In einer CT-gesteuerten transkutanen Punktion der paraaortalen Lymphknoten konnte überraschenderweise als Zweitneoplasie ein synchrones Mantelzellymphom Stadium IIIA mit einem MIPI von 4 Punkten nachgewiesen werden. In einer zusätzlichen FNP eines flau FDG-aviden, intraparotidalen Lymphknotens und am linken Kieferwinkel fanden sich weitere Manifestationen des Mantelzellymphoms, das durch den Nachweis einer t(11;14)-Translokation molekulargenetisch untermauert werden konnte. In der durchgeführten Koloskopie zeigte sich ein 2cm grosser Rektumpolyp, welcher als Drittneoplasie histologisch ein an die Abtragungsfläche heranreichendes Adenokarzinom vom intestinalen Typ mit Invasion der Submukosa und Angioinvasion (uTx uN0) ergab.

Damit fanden sich bei unserem Patienten synchron drei unterschiedliche Tumorerkrankungen, was hohe Anforderungen ans Management und die Festlegung des adäquaten Therapieplans stellte. Nach intensiver, interdisziplinärer Besprechung wurde der Behandlung des Ästhesioneuroblastoms die höchste Priorität gegeben und eine adjuvante Radiatio des zervikalen Lymphabflusses mit kurativem Ansatz begonnen.

Abbildung 2. PET-Bild bei Diagnosestellung und im Verlauf

1) September 2013

1a) FDG-positiver Primärtumor in der Nasenhöhle und im Sinus sphenoidale

1b) Multiple FDG-positive Lymphknotenmetastasen cervical rechts.

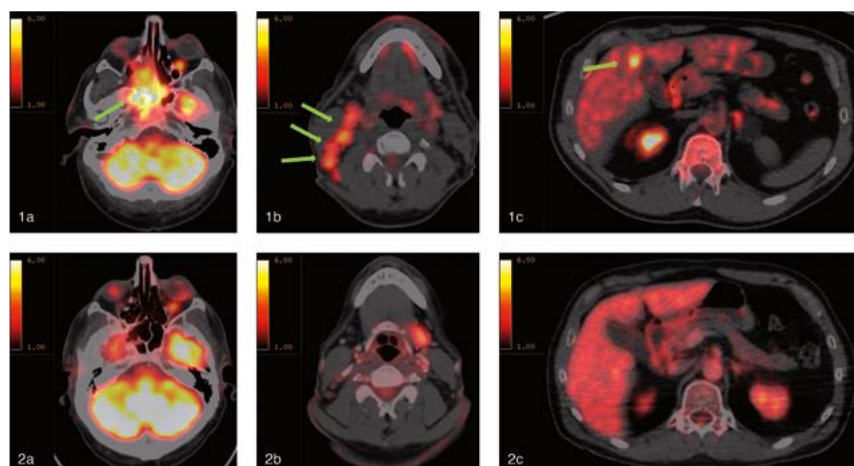
1c) FDG-positive, metastasensuspekte Läsion in der Leber

2) Oktober 2013 (nach Chemotherapie)

2a) Vollständige metabolische und morphologische Remission des Primärtumors in der Nasenhöhle

2b) Subtotale metabolische Remission der cervicalen Lymphknotenmetastasen.

2c) Vollständige metabolische und morphologische Remission der metastasensuspekten Läsion in der Leber



Das Mantelzelllymphom wurde mittels «watch and wait»-Strategie angegangen und eine tiefe anteriore Rektumresektion bei R1 Resektion aufgrund der niedrigen Dringlichkeit aufgeschoben.

Leider kam es bereits während der adjuvanten Bestrahlung zu einer Progression des Ästhesioneuroblastoms intraparietale. Der Patient wurde in Folge bei Allgemeinzustandsverschlechterung und neu aufgetretener Thrombozytopenie einem Knochenmarksveragen entsprechend hospitalisiert. Nach Ausschluss anderer Ursachen, gingen wir von einer Knochenmarksinsuffizienz bei Knochenmarkskarzinose aus. Es war die Frage, welcher der drei Tumorentitäten am ehesten hierfür verantwortlich gemacht werden konnte. In der durchgeführten PET-CT zeigten sich multiple neu aufgetretene hepatische Metastasen neben einem Knochenmarksbefall. Primär vermuteten wir eine Infiltration durch das bekannte Mantelzellkarzinom. Mittels Knochenmarksbiopsie zeigte sich jedoch eine bis zu 90%-ige Infiltration durch das bekannte Ästhesioneuroblastom (Abbildung 3 Histologie Ästhesioneuroblastom und Knochenmarksbiopsie).

Der Patient wurde in Folge systemisch mit Carboplatin und Etoposid behandelt. Darunter kam es zu einer passageren Abnahme der Transfusionsbedürftigkeit. Bei fehlender, klinischer Besserung, entschied er sich im Verlauf gegen die Weiterführung der Chemotherapie. Der Patient verstarb nach einem Sturz mit Contusio cerebri bei Thrombozytopenie an einer intracerebralen Blutung.

Diskussion zum Fall

Für das Ästhesioneuroblastom gibt es keine Standardtherapie, die in randomisierten Studien überprüft wurde. Vorhandene Observationsstudien sind durch geringe Fallzahlen limitiert. Der Primärtumor wird meistens multimodal mit Chirurgie und adjuvanter Bestrahlung mit oder ohne Chemotherapie behandelt.[10] Die vorlie-

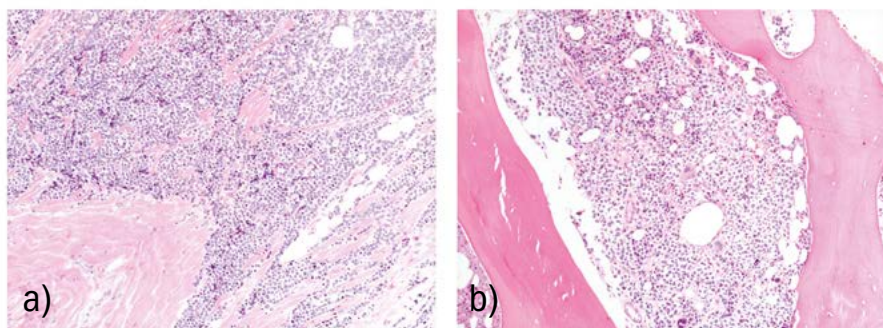
genden Studien zeigten dabei ein besseres krankheitsfreies und generelles Überleben nach kombinierter Therapie im Vergleich zur alleinigen Chirurgie oder Bestrahlung.[2] Die alleinige chirurgische Therapie wird auf Grund des hohen Lokalrezidivrisikos nur bei ausgewählten Patienten mit Kadish Stadium A empfohlen. Die alleinige Radiotherapie ist insbesondere bei Kadish B und C Stadien der kombinierten Radiotherapie und Chirurgie unterlegen. Die Standard-Radiotherapie ist die konformale Radiotherapie mit Photonen (IMRT, V-mat, TOMO-Therapie). Es wird aber auch die Protonenbestrahlung evaluiert mit dem Ziel, die Strahlendosis im Tumorbereich weiter erhöhen zu können, ohne die angrenzenden Nachbarstrukturen stark zu schädigen. Die neoadjuvante Radiotherapie hat bei grossen, invasiven Tumoren den Vorteil, dass bei grössenregredientem Tumor Nachbarstrukturen, insbesondere die Orbita bei einer chirurgischen Resektion geschont werden können.[10]

Im oben beschriebenen Fall wurde aufgrund der lokal fortgeschrittenen Ausdehnung mit klinisch vorhandener Amaurosis von einer chirurgischen Resektion abgesehen und rasch eine Systemtherapie begonnen gefolgt von einer Bestrahlung der primären Tumorregion bei sehr gutem auch klinischem Ansprechen. Erfreulicherweise führte dies auch in Folge zu einer guten lokalen Tumorkontrolle, weshalb diese Therapiestrategie in Abhängigkeit von der zu erwarteten postoperativen Morbidität auch beim Ästhesioneuroblastom in Betracht gezogen werden kann. Dies bei hoher Ansprechrate dieser Entität auf die klassische Chemotherapie und der Möglichkeit, im Anschluss mittels Radiotherapie eine maximale lokale Kontrolle zu erhalten.

Die Rolle einer neoadjuvanten oder adjuvanten Chemotherapie ist unklar und grundsätzlich bei Patienten mit aggressiven Tumoren (high grade) im Rezidiv oder bei nicht resektablen Tumoren akzeptiert.[11] Bei Erst-diagnose weisen bereits 5-33 % der Patienten Lymphknotenmetastasen am Hals auf was prognostisch ungünstig ist.[2, 6] Durch den Nachweis von zervikalen Lymphknotenmetastasen sinkt das 5-Jahres-Überleben von 64% auf 29%. Das spätere Auftreten von zervikalen Metastasen

im Verlauf einer Erkrankung ist assoziiert mit einem Therapieversagen an anderer Lokalisation.[12] Studien zur Bedeutung einer elektiven Neck Dissection bei nodal negativen Patienten gibt es nicht. Diese wird bei endonasalen Tumoren aufgrund der tiefen Rate okkultter Metastasen nicht empfohlen. Eine Salvage-Strategie bei Auftreten von Lymphknotenmetastasen wird favorisiert.

Abbildung 3. Histologie des Ästhesioneuroblastoms
a) Primärbioptie, b) Knochenmarksbiopsie



Die tiefen Fallzahlen und relativ gute Prognose mit aggressiver lokaler Therapie (Chirurgie und Radiotherapie) führt dazu, dass wenig Erfahrung bei Fernmetastasierung und entsprechend der Wahl einer Systemtherapie vorliegt. In kleinen Fallserien wurden insbesondere Cisplatin-haltige Chemotherapien, wie die Kombination aus Cisplatin und Etoposid, untersucht. Dies beruht am ehesten auf der nachgewiesenen Wirksamkeit dieses Chemotherapie-regimes bei entdifferenzierten Tumoren wie neuroendokrinen und kleinzelligen hochproliferativen Neoplasien. Weitere verwendete Agentien sind Ifosphamid, Cyclophosphamid und das Vincristine.[8] Patienten mit disseminiertem Tumorleiden zeigten generell ein gutes jedoch nur kurzes Tumorsprechen für einige Monate.

Die Häufigkeit eines Knochenmetastases bei Ästhesioneuroblastomen ist ebenfalls kaum untersucht. Knochenmetastasen werden aber neben Lungen und Hirnmetastasen in mehreren Fallserien beschrieben.[13-17] In einer Untersuchung von Loy et al. war der Knochen die häufigste Lokalisation einer Fernmetastasierung.[18] Diese traten im Vergleich eher als lokoregionäre Rezidive auf und waren mit einer schlechteren Prognose vergesellschaftet. Die potentiell letalen Folgen der Knochenmarkskarzinose kommen durch Komplikationen der Panzytopenie zustande.

Nach unserem Wissen ist das die erste Fallbeschreibung eines synchron auftretenden Ästhesioneuroblastoms, Mantelzellymphoms und Rektumkarzinoms. Die Literatur zu Zweitkarzinomen beschreibt meist Zweittumoren, die bei cancer survivors nach Jahren auftreten. Dabei spielt die Art der Behandlung des Ersttumors eine Rolle für das Risiko und die Lokalisation eines Zweittumors. Im oben geschilderten Fall ist die Zeitspanne zwischen Auftreten des Ersttumors und der synchronen Zweit- und Dritt-Tumoren wohl zu kurz, um als Folge der initialen Therapie angesehen zu werden. Es könnte sich um eine zufällige Häufung sporadisch auftretender Tumoren handeln oder gemeinsame auch genetische Pathomechanismen vermutet werden. Synchron auftretende Doppel- oder Trippelkarzinome stellen eine grosse Herausforderung an die Diagnostik und das Management wie auch an das interdisziplinäre Behandlungsteam dar. Die Priorisierung der Therapiereihenfolge muss in Abschätzung des individuellen Risikos jedes einzelnen Tumors für den Patienten erfolgen.

Schlussfolgerung

Die Behandlung eines Ästhesioneuroblastoms ist ausser in Frühstadien komplex und basiert auf einem tiefen Evidenzlevel. Auf Grund eines hohen Lokalrezidivrisikos ist Chirurgie gefolgt von einer Bestrahlungstherapie häufig die Therapie der Wahl. Bei initial metastasierter Erkrank-

ung ist die Datenlage aufgrund der Seltenheit dieses Tumors dürftig. Eine Besprechung an interdisziplinären, spezialisierten Tumorboards ist wichtig.

Das gleichzeitige Auftreten mehrerer synchroner Tumore stellt oft hohe Ansprüche an Diagnostik und Behandlung. Die Beurteilung, welcher Tumor für den Patienten mit der höchsten Morbidität und Mortalität einhergeht, ist fundamental für die weitere Behandlungsstrategie.

Referenzen

1. Broich, G., A. Pagliari, and F. Ottaviani, Esthesioneuroblastoma: a general review of the cases published since the discovery of the tumour in 1924. *Anticancer Res*, 1997. 17(4A): p. 2683-706.
2. Dulguerov, P., A.S. Allal, and T.C. Calcaterra, Esthesioneuroblastoma: a meta-analysis and review. *Lancet Oncol*, 2001. 2(11): p. 683-90.
3. Kadish, S., M. Goodman, and C.C. Wang, Olfactory neuroblastoma. A clinical analysis of 17 cases. *Cancer*, 1976. 37(3): p. 1571-6.
4. Morita, A., et al., Esthesioneuroblastoma: prognosis and management. *Neurosurgery*, 1993. 32(5): p. 706-14; discussion 714-5.
5. Hyams, V.J., Tumors of the upper respiratory tract and ear. *Armed Forces Institute of Pathology*, 1988: p. 240-8.
6. Jethanamest, D., et al., Esthesioneuroblastoma: a population-based analysis of survival and prognostic factors. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 2007. 133(3): p. 276-80.
7. Broski, S.M., et al., The added value of 18F-FDG PET/CT for evaluation of patients with esthesioneuroblastoma. *J Nucl Med*, 2012. 53(8): p. 1200-6.
8. Ow, T.J., et al., Esthesioneuroblastoma. *Neurosurg Clin N Am*, 2013. 24(1): p. 51-65.
9. Frierson, H.F., Jr., et al., Olfactory neuroblastoma. Additional immunohistochemical characterization. *Am J Clin Pathol*, 1990. 94(5): p. 547-53.
10. Bak, M. and R.O. Wein, Esthesioneuroblastoma: a contemporary review of diagnosis and management. *Hematol Oncol Clin North Am*, 2012. 26(6): p. 1185-207.
11. Ward, P.D., et al., Esthesioneuroblastoma: Results and Outcomes of a Single Institution's Experience. *Skull Base*, 2009. 19(2): p. 133-40.
12. Demiroz, C., et al., Esthesioneuroblastoma: is there a need for elective neck treatment? *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 2011. 81(4): p. e255-61.
13. Bachar, G., et al., Esthesioneuroblastoma: The Princess Margaret Hospital experience. *Head Neck*, 2008. 30(12): p. 1607-14.
14. Koka, V.N., et al., Aesthesioneuroblastoma. *J Laryngol Otol*, 1998. 112(7): p. 628-33.
15. Ow, T.J., et al., Optimization of long-term outcomes for patients with esthesioneuroblastoma. *Head Neck*, 2014. 36(4): p. 524-30.
16. Diaz, E.M., Jr., et al., Olfactory neuroblastoma: the 22-year experience at one comprehensive cancer center. *Head Neck*, 2005. 27(2): p. 138-49.
17. Ferlito, A., A. Rinaldo, and P.H. Rhys-Evans, Contemporary clinical commentary: esthesioneuroblastoma: an update on management of the neck. *Laryngoscope*, 2003. 113(11): p. 1935-8.
18. Loy, A.H., et al., Esthesioneuroblastoma: continued follow-up of a single institution's experience. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 2006. 132(2): p. 134-8.

Korrespondenz:

Dr. med. Ursina Zürcher-Härdi
Onkologie Assistenzärztin
Kantonsspital St. Gallen
ursina.zuercher-haerdi@kssg.ch

Highlights of the ASH 2014

Anastasios Stathis¹, Davide Rossi²,
Francesco Bertoni³, Georg Stüssi⁴

¹IELSG – International Extranodal Lymphoma Study Group, Oncology Institute of Southern Switzerland, Bellinzona

²Division of Hematology, Department of Translational Medicine, Amedeo Avogadro University of Eastern Piedmont, Novara (Italy)

³Lymphoma & Genomics Research Program, IOR - Institute of Oncology Research, Bellinzona

⁴Division of Hematology, Oncology Institute of Southern Switzerland, Bellinzona

The 56th ASH annual meeting was held in San Francisco, between December 6-9, 2014. Here we present a summary of the most relevant information presented during the meeting.

Lymphoma

In the field of lymphoma, the meeting offered important information on the genetics and biology of the disease and most importantly on new drugs for the treatment of patients with relapsed/refractory lymphomas. Regarding genetics and biology, a few new data were presented. The analysis of the coding genome of nodal marginal zone lymphoma (NMZL) allowed the identification of a series of recurrent lesions affecting JAK/STAT, NOTCH, NF- κ B and TLR signaling, cell cycle and chromatin remodeling mutations (Abs. 705). In particular, mutations in the PT-PRD gene occurred in 20% of NMZL, and rarely in other lymphoma subtypes (Abs. 705). A series of new lesions were also described in ALK-negative anaplastic large cell lymphoma leading to constitutive activation of the JAK/STAT signaling (Abs. 781). A study integrating targeted resequencing of 56 genes with gene expression profiling and DNA profiling in 348 R-CHOP treated cases provided information on the clinical significance of the recurrent somatic mutations in diffuse large B cell lymphoma (DLBCL) (Abst. 703), highlighting the importance of the cell of origin and of the presence of mutations affecting the MYD88 and TP53 genes. Formalin-fixed paraffin-embedded tissue can be used for deep-sequencing studies to demonstrate the presence of potentially clinically relevant genetic lesions, including mutations and chromosomal translocations, in DLBCL (Abs. 704).

Interesting data, to be validated in prospective trials alongside PET, were presented on the analysis of serum samples by next-generation sequencing to monitor the minimal residual disease in DLBCL patients treated with EPOCH-based regimens (Abs. 139).

In the field of therapeutics, the most exciting news derived from the activity of two monoclonal antibodies blocking the programmed death-1 (PD-1) receptor. The PD-1 pathway serves as an immune checkpoint to temporarily dampen immune responses upon chronic antigen stimulation. Normal antigen presenting cells and certain tumor cells express the PD-1 ligands, PD-L1 and PD-L2, which engage PD-1 receptors on activated T cells and induce T-cell exhaustion. PD-1 signaling is a potent mechanism of tumor immune escape and a compelling target for therapy. In particular, Hodgkin lymphoma (HL) may represent a uniquely vulnerable target for PD-1 blockade therapy.

Two monoclonal antibodies targeting PD-1 were presented at the 56th ASH annual meeting. Pembrolizumab (MK-3475) and Nivolumab (BMS-936558) were evaluated in heavily pretreated and relapsed/refractory Hodgkin lymphoma patients.

Fifteen patients (all previously failed brentuximab vedotin; 67% had failed prior autologous stem cell transplantation) were treated with single-agent pembrolizumab 10 mg/kg administered intravenously every 2 weeks until. The treatment was well tolerated and resulted in complete remission in 3 patients (20%), five additional patients (33%) had partial remission as best overall response, for an overall response rate of 53%.

In the trial of Nivolumab, twenty-three heavily pretreated patients (87% had received ≥ 3 prior treatment regimens, 78% had prior autologous stem cell transplant (ASCT), and 78% had prior BV treatment) received 3 mg/kg every 2 weeks until confirmed tumor progression or excessive toxicity. The objective response rate (ORR) was 87% (20/23), with 4 patients (17%) achieving a complete response (CR) and 16 (70%) obtaining a partial response (PR). The remaining 3 patients (13%) had stable disease (SD).

Nivolumab was also tested in patients with non Hodgkin lymphoma. The overall response rate (ORR) and complete response (CR) rate in patients with B-NHL were 28% and 7%, respectively, including an ORR of 36% in patients with diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL), and 40% in patients with follicular lymphoma (FL). In patients with T-NHL, ORR was 17% (no CR), including an ORR of 40% in the 5 patients with peripheral T cell lymphoma. No objective responses were observed in MM.

Finally, with regards to the SAKK group, Eva Kimby presented the primary endpoint analysis of SAKK 35/10 trial. One hundred fifty-four patients with grade 1-3a follicular lymphoma in need of systemic therapy, were ran-

domly assigned to either rituximab (R) alone or rituximab plus lenalidomide (RL). The primary endpoint analysis showed a significantly higher CR/CRu rate in patients treated with RL in comparison with those receiving R. This difference was observed both in the intent-to-treat (CR/CRu rate, 36% vs. 25%, respectively; $p=0.056$) and the per-protocol population (CR/CRu rate, 42% vs. 28%, respectively; $p=0.049$). Further follow-up is needed to ascertain whether the response improvement will translate into prolonged time to next treatment and superior progression-free and overall survival rates.

In the field of chronic lymphocytic leukemia (CLL), the 56th ASH Annual meeting offered a number of new information covering all the aspects of the disease, from genetics to microenvironmental interactions and treatment.

CLL genetics

CLL can gain active NF- κ B signaling by mutating NF- κ B genes. NF- κ B comprises a small family of transcription factors that are kept inactive by cytoplasmic association with the I κ B inhibitory proteins. The NF- κ B inhibitor epsilon (NFKBIE) belongs to the I κ B inhibitory protein family and counteracts NF- κ B activation via cytoplasmic retention of the Rel proteins. The group led by Richard Rosenquist from the Uppsala University presented novel mutations affecting the NFKBIE in ~5% unselected CLL (Abstract #297). NFKBIE mutation results in protein truncation, reduced inhibitory interaction with the Rel transcription factor, and enhanced NF- κ B activation. Though the precise clinical implication of NFKBIE mutations remains to be clarified, their enrichment among CLL presenting in advanced stage suggests that they might be involved in disease progression.

Ultra-deep next generation sequencing allows sensitive detection of mutations and estimation of their clonal abundance in tumor cell populations. TP53 mutations identified by ultra-deep NGS significantly impact on survival of CLL patients, independent of their representation in the tumor clone and even if restricted to a small fraction of leukemic cells. The group from the Amedeo Avogadro University of Eastern Piedmont showed that, at variance of TP53 mutated subclones, small subclones harboring NOTCH1 or SF3B1 mutations appear to be clinically irrelevant, and that mutations of NOTCH1 and SF3B1 require a substantial clonal representation to be clinically harmful (Abstract #295).

In CLL, NOTCH1 mutations have been associated with clinical resistance to anti-CD20 immunotherapy. The biological reasons of this clinical finding have been clarified

by the group of Valter Gattei from the Centro di Riferimento Oncologico of Aviano, by showing that CLL cases carrying NOTCH1 mutations are characterized by low expression levels of CD20, which is the target of rituximab (Abstract #296).

CLL microenvironment

CLL cells receive messages from the microenvironment through several surface receptors. Among these, the B-cell receptor (BCR) is the key to survival and proliferation of CLL cells by signaling after a contact with antigens. CLL clones from different patients can express stereotyped BCR that share very similar immunoglobulin gene rearrangements suggesting that they were selected by common antigenic epitopes. The origin and nature of such epitopes is largely unknown and both autoantigens as well as microbial antigens have been postulated. CLL bearing a BCR in the subset 4 configuration belong to one of such stereotyped subsets. The group led by Nicholas Chiorazzi from the North Shore-Long Island Jewish Health System indicated that CLL subset 4 BCR specifically recognizes epitopes of influenza A, thus implicating such infectious agent in the pathogenesis of a fraction of CLL (Abstract #299).

CLL treatment

In the field of chemoimmunotherapy, Barbara Eichhorst presented the final analysis of the randomized CLL10 Study of the German CLL Study Group, which compared bendamustine plus rituximab (BR) to fludarabine, cyclophosphamide and rituximab (FCR) as frontline treatment for physically fit CLL patients lacking 17p deletion (Abstract #19). According to the results of this study, FCR still remains the standard of care in this clinical setting, since it better performs in all the clinical endpoints compared to BR, including higher rates of complete responses (40% vs 31%), negative MRD (51% vs 31%), and progression free survival (53 months vs 43 months). On the other side, FCR was more toxic than BR in terms of severe neutropenia (87% vs 67%) and severe infections (29% vs 25%). By subgroup analysis, FCR benefit was more pronounced in young patients (<65 years). Conversely, BR performed as FCR in elderly fit patients (age >65 years). The final analysis of the CLL10 study shows that FCR remains the standard therapy in very fit CLL patients. However, in elderly fit patients high toxicity rates and infection rates result into dose reductions leading to similar efficacy between both arms. Elderly fit patients might therefore benefit from BR as alternative regimen.

In the field of novel agents Susan O'Brien presented the

results of the phase 2 RESONATE-17 trial, which evaluated the efficacy and safety of single-agent ibrutinib for treatment of patients with relapsed or refractory CLL harboring 17p deletion (n=144) (Abstract #327). In this ultra high risk clinical setting, ibrutinib produced a response rate of 82% and a 12 months progression free survival of 79%. The treatment was well tolerated. Overall, these results appear significantly better than every previous historical control in ultra high risk CLL, and support ibrutinib as an effective therapy for CLL patients with 17p deletion.

Jeff Sharman described the results from the second interim analysis of a phase 3 study evaluating idelalisib in combination with rituximab vs placebo with rituximab in relapsed CLL (Abstract #330). At 12 months, the progression free survival rate for patients on idelalisib plus rituximab was 66% compared to 13% for patients on placebo plus rituximab. Progression free survival strongly favored idelalisib plus rituximab in all risk subgroups, including those with genetic risk factors such as 17p deletion/*TP53* mutations. Indeed, cases harboring 17p deletion/*TP53* mutations showed a progression free survival similar to that of patients lacking such ultra high risk features. Overall, these results suggest that idelalisib plus rituximab abrogates the negative impact of 17p deletion/*TP53* mutation in relapsed CLL.

Acute myeloid leukemia

During the plenary scientific session, a randomized, placebo-controlled phase III trial was presented looking at the addition of the multikinase inhibitor sorafenib to standard chemotherapy (SOR-AML)¹. In contrast to CML, TKI have shown equivocal results in AML, but generally these studies were open only for a subgroup of patients with the specific mutant gene. This innovative study analyzed the addition of sorafenib to a daunorubicin/cytarabine-based intensive induction therapy in all de-novo AML patients less than 60 years of age. The experimental drug was administered irrespective of the FLT3 internal tandem duplication status, which was present only in 17% of the patients. Patients received two cycles of induction followed by three cycles of consolidation therapy (high-dose cytarabine) and a maintenance with sorafenib or placebo for 12 months. Sorafenib was staggered to avoid excessive toxicity due to concomitant administration with the cytotoxic chemotherapy. In 276 enrolled patients, there was no difference in the rate of complete remission (Sorafenib 60%, Placebo 59% respectively) and patients receiving sorafenib experienced more toxicity (severe infections, bleedings, hand-foot syndrome). Nevertheless, there was a substantial improvement of the event-

free (EFS: 20.5 months vs 9.2 months) and relapse-free survival (Not reached vs. 20 months), but, surprisingly, this rather large difference did not translate into improvements in the 3-year overall survival. Similar results were also obtained analyzing separately FLT3-ITD positive patients, suggesting that the effect of sorafenib is due to inhibition of more kinases than just FLT3-ITD. However, so far, it cannot be recommended to add sorafenib to all de novo AML patients.

Patients with relapsed/refractory AML are a particularly difficult to treat population. Vosaroxin is a first-in-class anticancer quinolone derivative that acts as a topoisomerase II inhibitor. During the late breaking abstract session, the VALOR study was presented, a multinational double-blind randomized phase III study comparing vosaroxin plus cytarabine versus placebo plus cytarabine². The study allowed a maximum of 2 induction and two consolidation cycles with cytarabine (1g/m², d1-5). A total of 711 patients were randomized 1:1 between the vosaroxin and placebo arm. Addition of vosaroxin significantly improved CR rates. This benefit was seen in all stratification subgroups except patients younger than 60 years of age and similar effect seen when including CR with incomplete platelet or hematologic recovery (CR + CRp + CRi). The primary endpoint of the study was overall survival, which showed a non-significant trend towards improved survival in the vosaroxin group (median 7.5 months with vosaroxin vs. 6.1 months with placebo, p=0.06) and a significantly better survival in the preplanned stratified log-rank analysis (HR: 0.87, 95% CI: 0.73-1.02; P = .02). OS was improved in all strata with the exception of patients less than 60 years of age. OS was also improved when censoring patients at the time of allogeneic HSCT (6.7 vs. 5.3 months). There was no difference in 30- and 60-day mortality, but patients with vosaroxin had more hematological and non-hematological toxicities. Thus, although the primary endpoints have not been reached, the combination of vosaroxin and cytarabine showed promising results in patients with relapsed/refractory AML > 60 years of age. Further studies are needed to determine the value of the drug in these particular subgroups of patients. A second study analyzing vosaroxin in older AML patients unfit for intensive chemotherapy compared vosaroxin in combination with low-dose cytarabine vs. LDAC alone. This study failed to show a benefit for the combination therapy³.

Several recent studies have shown, that high-dose daunorubicin (90mg/m² x 3 days) in combination with cytarabine is superior to a standard-dose of the drug (45mg/m² x 3 days) for patients with AML up to 60-65 years of age. However, no one has shown so far that 90mg/m² is superior to 60mg/m². The British UK NCRI AML17 trial group compared now these two dose levels in combina-

tion with cytarabine as induction therapy⁴ and could not show a benefit in complete remission rates of the higher-dose daunorubicin. In contrast, there was a higher 60-day mortality (10 vs. 5%, hazard ratio 1.98, $p=0.001$), while no difference in the relapse-free survival was seen. With the excess early mortality and no corresponding improvement of RFS, the overall survival tended to be worse in the 90mg/m² group. No benefit of higher-dose daunorubicin was seen in any of the analyzed subgroups. In particular, cytogenetic risk groups, age of the patients and the leukocyte counts were not influenced by the daunorubicin dose. Thus, the question of the optimal daunorubicin dose remains open, but the current study does not suggest that increasing the dose beyond 60mg/m² adds further benefit.

Gemtuzumab ozogamycin was the first antibody to be used in AML treatment, but has been withdrawn from the market for lack of efficacy in phase III studies and the notion of increased toxicity. In the meantime a French study has demonstrated a superior outcome of patients receiving GO in a fractionated way at lower dosage (3mg/m²) and a recent metaanalysis of 5 randomized trials has suggested superior overall survival in patients receiving GO treatment. The UK NCRI AML17 trial compared 3mg/m² with 6mg/m² given at day 1 of the induction chemotherapy⁵. The associated chemotherapy was daunorubicin and cytarabine (3+10). A total of 788 patients were randomised with a median age of 50 years. There were no differences in the rate of complete remission between the two treatment arms (GO 3mg/m² 89% vs. GO

6mg/m² 85%), while both 30- and 60-day mortality were increased in the GO 6mg/m² arm (60-day mortality 5% vs. 9%). No differences in the relapse-free survival or the overall survival could be shown. Subgroup analyses did not suggest that any of the patient groups benefit from the 6mg dose with the exception of a non-significant improvement of survival in the adverse cytogenetic group. In conclusion, no benefit could be shown using higher doses of GO. Future trials should address the refinement of the application schedules of the drug.

Two early phase studies looked at the effect of new drugs in AML treatment. AG-221 is a first in class IDH2 inhibitor which showed promising results in patients with relapsed/refractory AML in a phase I study⁶. The drug was well tolerated and the overall response rate was 56% including 6 patients with a complete remission. The BCL2 inhibitor venetoclax (ABT-199) was tested in a phase II study⁷ and was associated with 19% of responses and 36% in patients with IDH mutations.

Correspondence:

Dr. med. Anastasios Stathis
Oncology Institute of Southern Switzerland
Ospedale San Giovanni, CH-6500 Bellinzona
anastasios.stathis@eoc.ch

2015

- 16.04. Bern **12. Schweizer Fachtagung Psychoonkologie**
Einreichung der Abstracts für die Posterausstellung bis 31. März 2015
Sekretariat SGPO, Loredana Palandrani, c/o KLS, CH-3001 Bern, kontakt@psychoonkologie.ch, www.psychoonkologie.ch
- 24.-25.04. Kraków, PL **7th Clinical Oncology Update - Onkologia 2015**
Medycyna Praktyczna - Conferences, Cholerzyn 445, 32-060 Liszki, Poland
Organisation: michal.bando@mp.pl, www.mp.pl/onkologia2015
- 25.-29.04. São Paulo, BR **Latin-American Masterclass in Clinical Oncology**
European School of Oncology, Piazza Indipendenza 2, CH-6500 Bellinzona, cmelcher@eso.net, www.eso.net
- 30.04.-02.05. Warth b. Frauenfeld **19. Internationales Seminar «Palliativbetreuung von Tumorkranken»**
Deutschsprachig-Europäische Schule für Onkologie (deso), c/o Tumor- und Brustzentrum ZeTuP, Frau Gabi Laesser Rorschacherstr. 150, CH-9006 St. Gallen, deso@oncoconferences.ch, www.oncoconferences.ch (Rubrik deso)
- 20.05. Bern **Clinical trials day**
www.sakk.ch
- 11.06. Bern **9th Swiss Post ASCO**
www.swisspostasco.ch, events@sakk.ch
- 13.-15.06. Ascona **Leukaemia and Lymphoma**
European School of Oncology, Piazza Indipendenza 2, CH-6500 Bellinzona, dknupfer@eso.net, www.eso.net
- 17.-20.06. Lugano **13-ICML – 13th International Conference on Malignant Lymphoma**
www.lymphcon.ch
- 18.-20.06. Dublin, IE **Breast Cancer Screening Conference**
European School of Oncology, Via Turati 29, I-20121 Milan, fmarangoni@eso.net, www.eso.net
- 19.-20.06. Moscow, RU **Eurasia Course on Genitourinary Cancers**
European School of Oncology, Via Turati 29, I-20121 Milan, dmengato@eso.net, www.eso.net
- 25.-26.06. Zürich **SAKK Halbjahresversammlung**
www.sakk.ch
- 03.-08.07. Bratislava, SK **2nd ESO-ESMO Eastern Europe and Balkan Region Masterclass in Medical Oncology**
European School of Oncology, Piazza Indipendenza 2, CH-6500 Bellinzona
dknupfer@eso.net and azampetti@eso.net, www.eso.net
- 16.-21.07. Valencia, ES **ESMO-ESO Course on Medical Oncology for Medical Students**
European Society for Medical Oncology, Via Luigi Taddei 4, CH-6962 Viganello-Lugano
Organisation: education@esmo.org, www.esmo.org/MO-course
- 27.08. Freiburg **2. Schweizer Krebskongress «Qualität in der Onkologie»**
Universität Freiburg, Programm und Anmeldungen: www.swisscancercongress.ch
- 03.-04.09. St. Gallen **18. Internationales Seminar «Onkologische Pflege – Fortgeschrittene Praxis»**
Deutschsprachig-Europäische Schule für Onkologie (deso), c/o Tumor- und Brustzentrum ZeTuP
Frau Gabi Laesser Rorschacherstr. 150, CH-9006 St. Gallen, deso@oncoconferences.ch, www.oncoconferences.ch (Rubrik deso)
- 24.-27.10. Nice, FR **ESGO19 – European Gynaecological Oncology Congress 2015** (abstract submission deadline: May 5, 2015)
www.esgo.org
- 02.-04.11. Rome, IT **Molecular Diagnostics, Genomics and Epigenetics in Clinical Oncology**
European School of Oncology, Via Turati 29, I-20121 Milan, rdemartini@eso.net, www.eso.net
- 05.-07.11. Lisbon, PT **ABC3 – Advanced Breast Cancer Third International Consensus Conference**
European School of Oncology, Via Turati 29, I-20121 Milan, cfrazzini@eso.net, www.eso.net
- 16.-20.11. Strasbourg, FR **2nd ESOP-ESO Masterclass in Oncology Pharmacy**
ESOP Memberships Service, c/o DGOP e.V., Veritaskai 6, D-21079 Hamburg
Organisation: memberships@esop.li, www.esop.eu
- 19.-20.11. Zürich **SAKK Halbjahresversammlung**
www.sakk.ch

Master Online Advances Oncology (MSc) - Bewerbungsfrist 15. April
Studienbeginn: Oktober, Universität Ulm, www.masteroncology.de