vision zero

Gemeinsam gegen Krebs

GEMEINSAM GEGEN KREBS

BEILAGE ZUM VISION ZERO SUMMIT AM 19. UND 20. JUNI 2023 IN BERLIN

MEDICAL TRIBUNE

MedTriX Group

Foto: taniasv – stock.adobe.com

O-Ton Onkologie

der Podcast für Mediziner:innen

Der Podcast „O-Ton Onkologie" richtet sich an onkologisch interessierte Ärzt:innen sowie Medizinstudierende. Alle zwei Wochen sprechen wir mit Expert:innen über Neuigkeiten aus Diagnostik und Therapie, stellen Wissenschaftler:innen vor oder diskutieren praxisrelevante News von ausgewählten Kongressen.

Zu hören ist der Podcast auf allen gängigen Podcastportalen und über medical-tribune.de/o-ton-onkologie.

„O-Ton Onkologie" ist ein gemeinsames Projekt von
Medical Tribune Onkologie · Hämatologie und Journal Onkologie.

MedTriX Group
we care for media solutions

Hören Sie die aktuellen Folgen jeden zweiten Mittwoch!

Folge 28: Lungenkrebs – Update zu Diagnostik und Therapie

Folge 29: Kongressspecial EHA

04 Editorial
"Mission" Zero

07 Kongresssplitter
Stimmen vom Berlin Summit

08 Sprechen Sie Onko?
Das Problem unterschiedlicher Datenformate

10 Mit Prävention und Präzision ...
... dem Lungenkrebs den Schrecken nehmen

12 Kongresssplitter
Stimmen vom Berlin Summit

14 Auf zur gezielten Früherkennung
Mortalität beim erblichen Brustkrebs verringern

16 PSA-Screening rettet Leben
Interview mit Michael und Uli Roth

18 PCa – digital war gestern
Smart screenen statt im Dunkeln tasten

22 Abwehrzellen wachküssen
Die Immunonkologie geht neue Wege

24 Jugendliche (nicht) im Stich lassen
HPV-Impfrate in Deutschland viel zu niedrig

26 Kleine Kinder – große Sorgen
Onkologie nur für Erwachsene?

28 Heilung, Chronifizierung, Prophylaxe
Krebschirurgie erobert neue Einsatzgebiete

30 Lücken schließen
Die NCT-Erweiterung bringt Deutschland voran

32 Halbzeit bei Nationaler Dekade gegen Krebs
Eine Zwischenbilanz

34 Neues Deutschlandtempo
Die Digitalisierung muss Fahrt aufnehmen

IMPRESSUM

Vision Zero Berlin Summit
Verlagsbeilage zur Medical Tribune 13
vom 7. Juli 2023

© 2023, MedTriX GmbH

Alleiniger Gesellschafter: Süddeutscher Verlag Hüthig Fachinformationen GmbH, München

VERLAG & HERAUSGEBER:
MedTriX GmbH
Unter den Eichen 5, 65195 Wiesbaden
Telefon: 0611 9746-0
Telefax Redaktion: 0611 9746 480-303
E-Mail: mtd-kontakt@medtrix.group
www.medical-tribune.de

CEO: Oliver Kramer

GESCHÄFTSFÜHRUNG:
Stephan Kröck, Markus Zobel

GESAMTREDAKTIONSLEITUNG DEUTSCHLAND MTX: Günter Nuber

MIT-HERAUSGEBER:
Vision Zero e.V.
Helix Hub, Invalidenstraße 113, 10115 Berlin
E-Mail: info@vision-zero-oncology.de
www.vision-zero-oncology.de

REDAKTION MTX: Tim Förderer (V.i.S.d.P.)

REDAKTION VISION ZERO: Günter Löffelmann

PRODUKTIONSLEITUNG DEUTSCHLAND MTX: Ninette Grabinger

TEAMLEITUNG LAYOUT: Andrea Schmuck
LAYOUT: Laura Carlotti, Jasmin Reutter, Andrea Schmuck

HERSTELLUNG: Holger Göbel

VERKAUF: Marc Bornschein, Josef Hakam, Lukas Koch

MEDIA- UND VERTRIEBSLEITUNG:
Björn Lindenau

ANZEIGEN:
Alexandra Ulbrich, Telefon: 0611 9746-121
Julia Paulus, Telefon: 0611 9746-123
Telefax: 0611 9746 480-112
E-Mail: mtd-anzeigen@medtrix.group

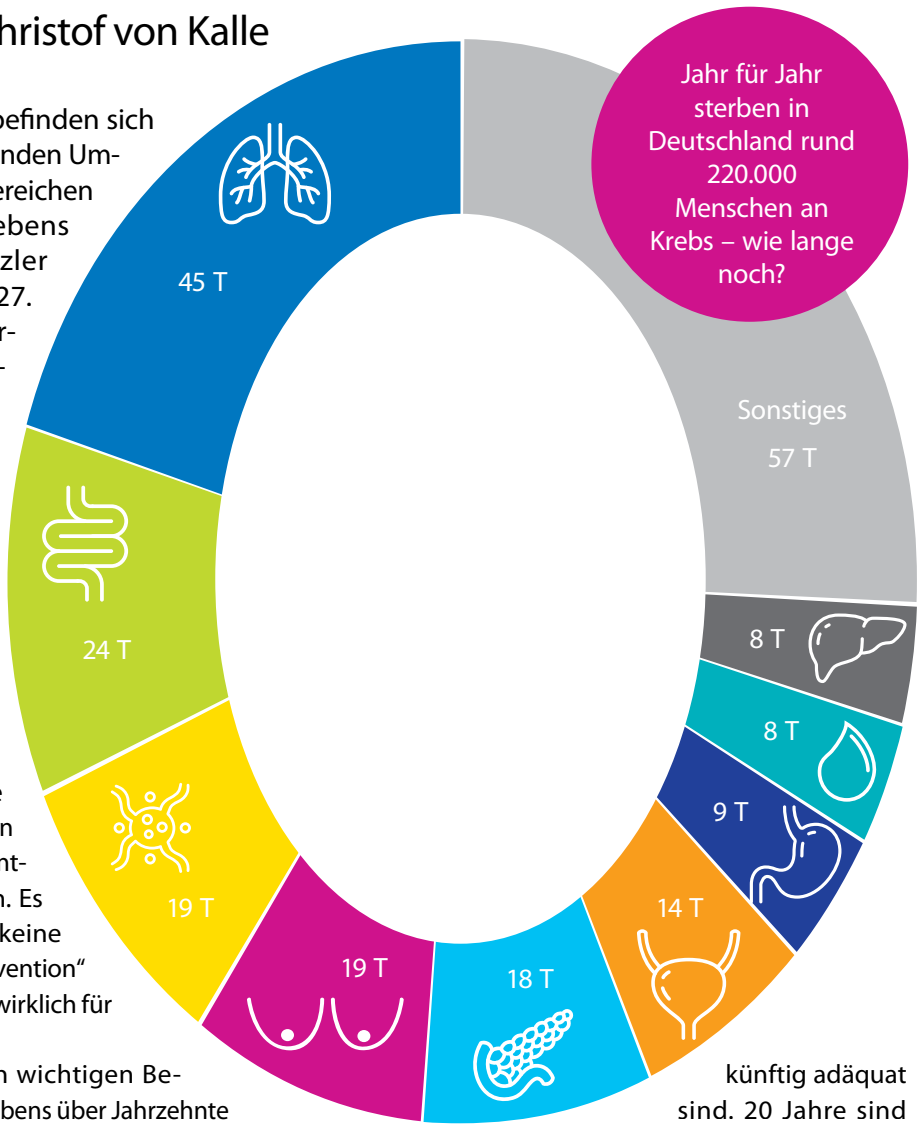
VERTRIEB UND ABONNENTENSERVICE:
Ute Groll, Telefon: 0611 9746-166
Telefax: 0611 9746 480-228
E-Mail: mtd-aboservice@medtrix.group

DRUCK:
Vogel Druck und Medienservice GmbH & Co. KG
Leibnizstraße 5, D-97204 Höchberg

Mit der Einsendung eines Manuskriptes erklärt sich der Urheber damit einverstanden, dass sein Beitrag ganz oder teilweise in allen Printmedien und elektronischen Medien der MedTriX GmbH, der verbundenen Verlage sowie Dritter veröffentlicht werden kann.

„Mission“ Zero

Editorial: Prof. Dr. Christof von Kalle



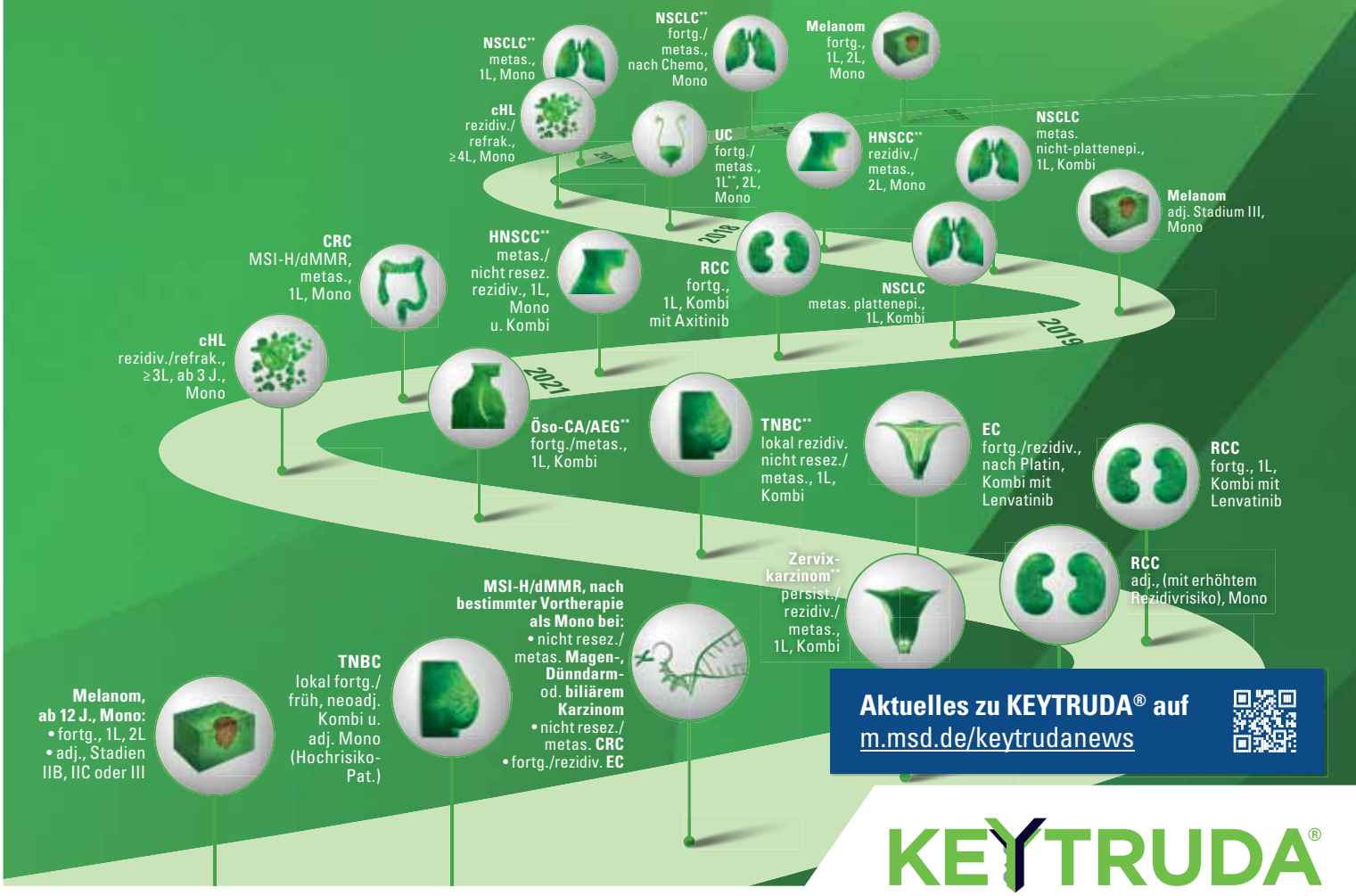
Deutschland und Europa befinden sich in einer Phase der tiefgreifenden Umorientierung in zentralen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens oder, wie es Bundeskanzler Scholz in seiner Rede am 27. Februar im Bundestag formulierte, in einer „Zeitenwende“. Dies gilt ebenso für die Medizin und die Onkologie.

Leider ist unser aktuelles Konzept zum Umgang mit Krankheiten, wie Krebs, noch nicht in der Gegenwart angekommen. Wir haben immer noch keine Vision Zero in der Medizin – keinen „Masterplan“ und nehmen die Verhinderung von vermeidbaren Erkrankungen nicht als gesamtgesellschaftliche Aufgabe an. Es existiert ein Vakuum, da es keine „zuständige Institution für Prävention“ gibt und niemand insgesamt wirklich für Prävention verantwortlich ist.

Dabei haben wir in anderen wichtigen Bereichen unseres alltäglichen Lebens über Jahrzehnte gelernt, Gefahren und Herausforderungen professionell zu begegnen – beispielsweise in der Verkehrs-, Flug-, und Arbeitssicherheit. Hier analysieren wir mit großem Aufwand getreu unserem Wunsch nach einer Vision Zero alle vermeidbaren Risiken, um diese auf allen Ebenen Schritt für Schritt zu eliminieren. Viele Menschen in unserem Land kämpfen bereits mit Herz und Verstand in und für die richtigen Projekte gegen Krebs, in Akademie und Industrie, als Patientenvertreter:innen, in gemeinnützigen Organisationen oder in den Ministerien. Und dennoch müssen wir aktuell hinterfragen, ob die Aktivitäten und Maßnahmen ausreichen und auch künftig adäquat sind. 20 Jahre sind vergangen von der Konzeption bis zur Umsetzung eines Einladungsprogramms gegen Darmkrebs. 20 Jahre Digitalisierung der medizinischen Versorgung haben noch nicht zu vielen auswertbaren Datenpunkten geführt und auch nach 20 Jahren mit einem Netzwerk von Comprehensive Cancer Centers und vielen Investitionen in Forschungsverbünde erreichen wir ohne ein flächendeckendes Rollout und ohne zusammenhängende Datenverarbeitung in der Versorgung bei vielen Erkrankungen nur wenig mehr als die Hälfte der Patient:innen rechtzeitig mit den besten Diagnostik- und Therapieverfahren.

Der Schlüssel zu mehr Behandlungsperspektiven in 26 Indikationen.*

MSD



Aktuelles zu KEYTRUDA® auf m.msd.de/keytrudanews

KEYTRUDA®
Pembrolizumab, MSD

* Die vollständigen Indikationen entnehmen Sie bitte der Fachinformation. | ** PD-L1-Testung erforderlich

MSD

www.msd.de

KEYTRUDA® 25 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung
Wirkstoff: Pembrolizumab **Zus.:** *Arzneil. wirks. Bestandt.:* 1 Durchstechfl. (4 ml) enth. 100 mg Pembrolizumab. 1 ml Konz. enth. 25 mg Pembrolizumab. *Sonst. Bestandt.:* L-Histidin, L-Histidinhydrochlorid-Monohydrat, Saccharose, Polysorbat 80 (E 433), Wasser für Injekt.-zwecke. **Anw.:** Als Monother. zur Behandl. d. fortgeschrittenen (nicht resezierbaren od. metastasierenden) Melanoms b. Kdrn. u. Jugendl. ab 12 Jahren u. Erw. Als Monother. zur adjuvanten Behandl. d. Melanoms in d. Tumorstadien IIB, IIC od. III nach vollständ. Resektion b. Kdrn. u. Jugendl. ab 12 Jahren u. Erw. Als Monother. zur Erstlinienbehandl. d. metastasierenden nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) m. PD-L1-exprimierenden Tumoren (Tumor Proportion Score [TPS] ≥ 50 %) ohne EGFR- od. ALK-pos. Tumormutationen b. Erw. In Komb. m. Pemetrexed u. Platin-Chemotherapie zur Erstlinienbehandl. d. metastasierenden nicht-plattenepithelialen NSCLC ohne EGFR- od. ALK-pos. Tumormutationen b. Erw. In Komb. m. Carboplatin u. entweder Paclitaxel od. nab-Paclitaxel zur Erstlinienbehandl. d. metastasierenden plattenepithelialen NSCLC b. Erw. Als Monother. zur Behandl. d. lokal fortgeschrittenen od. metastasierenden NSCLC m. PD-L1-exprimierenden Tumoren (TPS ≥ 1 %) nach vorheriger Chemother. b. Erw. Pat. m. EGFR- od. ALK-pos. Tumormutationen sollten vor Ther. ebenfalls eine auf diese Mutationen zielgericht. Ther. erhalten haben. Als Monother. zur Behandl. d. rezidivierenden od. refraktären klassischen Hodgkin-Lymphoms (HL) b. Kdrn. u. Jugendl. ab 3 Jahren u. Erw. nach Versagen einer autologen Stammzelltransplantation (auto-SZT) od. nach mind. 2 vorangegang. Ther., wenn eine auto-SZT nicht in Frage kommt. Als Monother. zur Behandl. d. lokal fortgeschrittenen od. metastasierenden Urothelkarzinoms nach vorheriger Platin-basierter Ther. b. Erw. Als Monother. zur Behandl. d. lokal fortgeschrittenen od. metastasierenden Urothelkarzinoms b. Erw., die nicht für e. Cisplatin-basierte Ther. geeignet sind u. deren Tumoren PD-L1 m. einem kombinierten positiven Score (CPS) ≥ 10 exprimieren. Als Monother. od. in Komb. m. Platin- u. 5-Fluorouracil(5-FU)-Chemother. zur Erstlinienbehandl. d. metastasierenden od. nicht resezierbaren rezidivierenden Plattenepithelkarzinoms der Kopf-Hals-Region (HNSCC) b. Erw. m. PD-L1-exprimierenden Tumoren (CPS ≥ 1). Als Monother. zur Behandl. d. rezidivierenden od. metastasierenden HNSCC m. PD-L1-exprimierenden Tumoren (TPS ≥ 50 %) und einem Fortschreiten der Krebserkrank. während od. nach vorheriger Platin-basierter Ther. b. Erw. In Komb. m. Axitinib zur Erstlinienbehandl. d. fortgeschrittenen Nierenzellkarzinoms (RCC) b. Erw. In Komb. m. Lenvatinib zur Erstlinienbehandl. d. fortgeschrittenen RCC b. Erw. Als Monother. zur adjuvanten Behandl. des RCC m. erhöhtem Rezidivrisiko nach Nephrektomie od. nach Nephrektomie u. Resektion metastasierter Läsionen b. Erw. Tumoren m. hochfrequenter Mikrosatelliten-Instabilität (MSI-H) od. m. e. Mismatch-Reparatur-Defizienz (dMMR): Kolorektalkarzinom (CRC): Als Monother. d. CRC m. MSI-H od. m. e. dMMR wie folgt b. Erw.: - zur Erstlinienbehandl. d. metastasierenden CRC, - zur Behandl. d. nicht resezierbaren od. metastasierenden CRC nach vorheriger Fluoropyrimidin-basierter Kombinationstherapie; Nicht-kolorektale Karzinome: Als Monother. zur Behandl. d. folgenden Tumoren m. MSI-H od. m. e. dMMR b. Erw.: - fortgeschrittenes od. rezidivierendes Endometriumkarzinom m. e. Fortschreiten d. Erkrank. während od. nach vorheriger Platin-basierter Ther. in jedem Krankheitsstadium, wenn e. kurative chirurg. Behandl. od. Bestrahlung nicht in Frage kommt, - nicht resezierbares od. metastasierendes Magen-, Dünndarm- od. biliäres Karzinom m. e. Fortschreiten d. Erkrank. während od. nach mind. e. vorherigen Ther. In Komb. m. e. Platin- u. Fluoropyrimidin-basierten Chemother. zur Erstlinienbehandl. d. lokal fortgeschrittenen nicht resezierbaren od. metastasierenden Ösophaguskarzinoms od. d. HER2-negativen Adenokarzinoms d. gastroösophagealen Übergangs b. Erw. mit PD-L1-exprimierenden Tumoren (CPS ≥ 10). In Komb. m. Chemother. zur neoadjuvanten u. anschl. nach Operation als Monother. zur adjuvanten Behandl. d. lokal fortgeschrittenen od. frühen triple-negativen Mammakarzinoms (TNBC) m. hohem Rezidivrisiko b. Erw. In Komb. m. Chemother. zur Behandl. d. lokal rezidivierenden nicht resezierbaren od. metastasierenden TNBC m. PD-L1-exprimierenden Tumoren (CPS ≥ 10) b. Erw., d. keine vorherige Chemother. zur Behandl. d. metastasierenden Erkrank. erhalten haben. In Komb. m. Lenvatinib zur Behandl. d. fortgeschrittenen od. rezidivierenden Endometriumkarzinoms (EC) b. Erw. m. e. Fortschreiten der Erkrank. während od. nach vorheriger Platin-basierter Ther. in jedem Krankheitsstadium, wenn e. kurative chirurg. Behandl. od. Bestrahlung nicht in Frage kommt. In Komb. m. Chemother. m. od. ohne Bevacizumab zur Behandl. d. persistierenden, rezidivierenden od. metastasierenden Zervixkarzinoms m. PD-L1-exprimierenden Tumoren (CPS ≥ 1) b. Erw. **Gegenanz.:** Überempf.-keit gg. d. Wirkstoff od. e. d. sonst. Bestandt. **Vorsicht bei:** Schwerer Einschränk. d. Nierenfunkt.od. d. Leberfunkt.; aktiven, system. Autoimmunerkrank.; schwerer Überempf.-keit gg. e. and. monoklonalen Antikörper in d. Anamnese; laufende Ther. m. Immunsuppressiva (einschl. Pat. m. solidem Organtransplantat od. allo-HSZT). *Zusätzl. b. klass. HL:* B. allo-HSZT bei klass. HL nach Ther. m. Pembrolizumab sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung (GVHD u. schwere Lebervenenverschlusskrankheit als Komplikat. beobachtet). Pat. m. schwerer od. lebensbedrohl. immunverm. Nebenw. in der Anamnese. Unter den immunvermittelten Nebenw. waren schwere Fälle u. Todesfälle. Hinw. zu Schwangersch./Stillzeit beachten. **Nebenw.:** *Monother.: Sehr häufig:* Anämie. Hypothyreose. Vermind. Appetit. Kopfschm. Dyspnoe; Husten. Diarrhö; Abdominalschm.; Übelk.; Erbr.; Obstipat. Pruritus; Hautausschl. Muskuloskelett. Schm.; Arthralgie. Ermüdung/Fatigue; Asthenie; Ödeme; Fieber. *Häufig:* Pneumonie. Thrombozytopenie; Neutropenie; Lymphopenie. Infusionsbed. Reakt. Hyperthyreose. Hyponatriämie; Hypokaliämie; Hypokalzämie. Schlaflosigk. Schwindelgef.; periph. Neuropathie; Lethargie; Geschmacksstör. Trock. Augen. Kardiale Arrhythmie (einschl. Vorhofflimmern). Hypertonie. Pneumonitis. Kolitis; Mundtrockenh. Hepatitis. Schwere Hautreakt.; Erythem; Dermatitis; trock. Haut; Vitiligo; Ekzem; Alopezie; akneiforme Dermatitis. Myositis; Schm. in d. Extremitäten; Arthritis. Grippeähnl. Erkrank.; Schüttelfrost. ALT erhöht; AST erhöht; alkal. Phosphatase im Blut erhöht; Hyperkalzämie; Bilirubin im Blut erhöht; Kreatinin im Blut erhöht. *Gelegentl.:* Leukopenie; Immunthrombozytopenie; Eosinophilie. Sarkoidose. Nebennierenrinsuff.; Hypophysitis; Thyreoiditis. Typ-1-Diabetes-mellitus. Myasthenie-Syndrom; Epilepsie. Uveitis. Myokarditis; Perikarderguss; Perikarditis. Pankreatitis; Gastritis; gastrointestinale Ulzeration. Psoriasis; lichenoide Keratose; Papeln; Änd. d. Haarfarbe. Tendosynovitis. Nephritis. Amylase erhöht. *Selten:* Hämolyt. Anämie; isolierte aplast. Anämie; hämophagozytische Lymphohistiozytose. Hypoparathyreoidismus. Guillain-Barré-Syndrom; Enzephalitis; Myelitis; Meningitis (aseptisch). Vogt-Koyanagi-Harada-Syndrom. Vaskulitis. Dünndarmperforation. Sklerosierende Cholangitis. SJS; Erythema nodosum; TEN. Sjögren-Syndrom. Nicht-infektiöse Zystitis. *Nicht bekannt:* Abstoßung e. soliden Organtransplantats. *Zusätzl.:* Hinw. zu Abw. b. Laborwerten beachten. *In Komb. m. Chemother.: Sehr häufig:* Neutropenie; Anämie; Thrombozytopenie; Leukopenie. Hypothyreose. Hypokaliämie; vermind. Appetit. Schlaflosigkeit. Periphere Neuropathie; Kopfschm.; Schwindelgef.; Geschmacksstör. Dyspnoe; Husten. Übelk.; Diarrhö; Erbr.; Abdominalschm.; Obstipat. Alopezie; Hautausschl.; Pruritus. Arthralgie; muskuloskelett. Schm.; Myositis. Ermüdung/Fatigue; Asthenie; Fieber; Ödeme. ALT erhöht; AST erhöht. *Häufig:* Pneumonie. Febrile Neutropenie; Lymphopenie. Infusionsbed. Reakt. Nebennierenrinsuff.; Thyreoiditis; Hyperthyreose. Hyponatriämie; Hypokalzämie. Lethargie. Trock. Augen. Kardiale Arrhythmie (einschl. Vorhofflimmern). Hypertonie. Pneumonitis. Kolitis; Gastritis; Mundtrockenh. Hepatitis. Schwere Hautreakt.; Erythem; akneiforme Dermatitis; Dermatitis; trock. Haut; Ekzem. Schm. in d. Extremitäten; Arthritis. Akutes Nierenvers. Grippeähnl. Erkrank.; Schüttelfrost. Kreatinin im Blut erhöht; alkalische Phosphatase im Blut erhöht; Hyperkalzämie; Bilirubin im Blut erhöht. *Gelegentl.:* Eosinophilie. Hypophysitis. Typ-1-Diabetes-mellitus. Enzephalitis; Epilepsie. Myokarditis; Perikarderguss; Perikarditis. Vaskulitis. Pankreatitis; gastrointestinale Ulzeration. Psoriasis; lichenoide Keratose; Vitiligo; Papeln. Tendosynovitis. Nephritis; nicht-infektiöse Zystitis. Amylase erhöht. *Selten:* Hämolytische Anämie; Immunthrombozytopenie. Sarkoidose. Hypoparathyreoidismus. Guillain-Barré-Syndrom; Myasthenie-Syndrom. Uveitis. Dünndarmperforation. Sklerosierende Cholangitis. SJS; Erythema nodosum; Änd. d. Haarfarbe. Sjögren-Syndrom. *Zusätzl.:* Hinw. zu Abw. b. Laborwerten beachten. *In Komb. m. Axitinib od. Lenvatinib: Sehr häufig:* Harnwegsinfektionen. Anämie. Hypothyreose. Vermind. Appetit. Kopfschm.; Geschmacksstör. Hypertonie. Dyspnoe; Husten. Diarrhö; Abdominalschm.; Übelk.; Erbr.; Obstipat. Hautausschl.; Pruritus. Arthralgie; muskuloskelett. Schm.; Myositis; Schm. in d. Extremitäten. Ermüdung/Fatigue; Asthenie; Ödeme; Fieber. Lipase erhöht; ALT erhöht; AST erhöht; Kreatinin im Blut erhöht. *Häufig:* Pneumonie. Neutropenie; Thrombozytopenie; Lymphopenie; Leukopenie. Infusionsbed. Reakt. Nebennierenrinsuff.; Hyperthyreose; Thyreoiditis. Hyponatriämie; Hypokaliämie; Hypokalzämie. Schlaflosigk. Schwindelgef.; periphere Neuropathie; Lethargie. Trock. Augen. Kardiale Arrhythmie (einschl. Vorhofflimmern). Pneumonitis. Kolitis; Pankreatitis; Gastritis; Mundtrockenh. Hepatitis. Schwere Hautreakt.; Dermatitis; trock. Haut; Erythem; akneiforme Dermatitis; Alopezie. Arthritis. Nephritis. Grippeähnl. Erkrank.; Schüttelfrost. Amylase erhöht; Bilirubin im Blut erhöht; alkal. Phosphatase im Blut erhöht; Hyperkalzämie. *Gelegentl.:* Eosinophilie. Hypophysitis. Typ-1-Diabetes-mellitus. Myasthenie-Syndrom; Enzephalitis. Uveitis. Myokarditis; Perikarderguss. Vaskulitis. Gastrointestinale Ulzeration. Ekzem; lichenoide Keratose; Psoriasis; Vitiligo; Papeln; Änd. d. Haarfarbe. Tendosynovitis. *Selten:* Hypoparathyreoidismus. Vogt-Koyanagi-Harada-Syndrom. Dünndarmperforation. TEN; SJS. Sjögren-Syndrom. Nicht-infektiöse Zystitis. *Zusätzl.:* Hinw. zu Abw. b. Laborwerten beachten. **Warnhinw.:** Nicht schütteln. **Hinw.:** Falls im Anwendungsgebiet angegeben, Pat. für e. Behandl. aufgrund der PD-L1-Tumor-Expression bzw. des MSI-H-/dMMR-Tumorstatus, jeweils mittels eines validierten Tests bestätigt, selektieren. Zuverlässige Verhütungsmethode b. Frauen im gebärf. Alter währ. Behandl. u. bis min. 4 Mon. nach letzter Dosis. **Verschreibungspflichtig. Bitte lesen Sie vor Verordnung von KEYTRUDA® die Fachinformation!** Pharmazeutischer Unternehmer: Merck Sharp & Dohme B.V., Waarderweg 39, 2031 BN Haarlem, Niederlande; Lokaler Ansprechpartner: MSD Sharp & Dohme GmbH, Levelingstr. 4a, 81673 München
MSD Infocenter: Tel. 0800 673 673 673, Fax 0800 673 673 329, E-Mail: infocenter@msd.de

Stand: 09/2022 (RCN: 000023442-DE)

DE-KEY-00639

Ein Blick in das Resilienzgutachten des Sachverständigenrates Gesundheit von 2023 zeigt, wo wir in der Gesundheitspolitik jetzt ansetzen müssen: hin zu einer wirklich nachhaltigen, intelligenten Vorsorge und risikoadaptierten Prävention, oder wie schon Hippokrates sagte: „Vorbeugen ist besser als heilen". Dies gilt gerade für die Onkologie, wo wir nach Berechnungen des DKFZ bis zu 50 % aller Krebsneuerkrankungen vermeiden könnten, wenn wir endlich gemeinsam einen „Masterplan" entwickeln würden, eine gemeinsame Plattform, die sich für die nachhaltige Verbesserung der Krebsbekämpfung einsetzt und diese auch in der Fläche umsetzt. Hier gibt es zahlreiche Handlungsnotwendigkeiten zur sofortigen Umsetzung von erfolgreichen Ideen und Konzepten anstatt weiterer Diskussionsschleifen. Vision Zero heißt auch: jeden Stein umdrehen, alle Akteure zusammenbringen, endlich die Digitalisierung für ein innovatives Gesundheitssystem systematisch vorantreiben und unsere Patientinnen und Patienten, bei allem was wir tun, in den Mittelpunkt unserer Überlegungen und unseres Handelns stellen.

Im Rahmen der Dialogreihe „Talk about Cancer" wollen und sollen wir über intelligente Konzepte für risikoadaptierte Vorsorge und Prävention, innovative Präzisionsdiagnostik und maßgeschneiderte Therapiemaßnahmen reden, um gemeinsam besser, schneller und nachhaltiger im Sinne unserer gemeinsamen Vision voranzukommen.

UNSER EXPERTE
Prof. Dr. Christof von Kalle
Berlin Institute of Health, Charité – Universitätsmedizin Berlin
Foto: Wiebke Peitz, Charité Universitätsmedizin Berlin

Fotos: Natali_Mis/gettyimages, Sir.Vector – stock.adobe.com

Kongresssplitter

Bettina Stark-Watzinger

Im Schulterschluss zur Vision Zero

Sie alle hier haben Ihre eigene rote Karte in der Tasche, eine ganz individuelle. Jeder und jede trägt das seine bei, für den gemeinsamen Erfolg, und wir sind Verbündete im Kampf gegen den Krebs. Und es ist gut, dass wir so viele sind, so unterschiedliche Perspektiven einbringen. Unser Schulterschluss ist die Basis, dass wir sie schaffen: die Vision Zero.

Bundesministerin für Bildung und Forschung

Professor Dr. Heyo Kroemer

Prävention ist Trumpf

Angesichts des demografischen Wandels halte ich die Prävention – insbesondere im tumortherapeutischen Bereich – für außerordentlich relevant. Wenn es uns nicht gelingt, die Zahl der Neuerkrankungen deutlich einzuschränken, werden wir das Gesundheitssystem nicht auf dem bisherigen Niveau halten können.

Vorstandsvorsitzender Charité, Berlin

Professor Dr. Dr. Michael von Bergwelt

Eine feste Größe in der Onkologie

Vision Zero hat die ‚Reifeprüfung' bestanden und ist zu einer festen Größe in der Onkologie geworden. Hoher Anspruch, klar formulierte Ziele, technisch gut ausgearbeitete Vorschläge und Initiativen, offener Dialog unter Einbindung aller relevanten Stakeholder, insbesondere der Patien:innen – da möchte niemand mehr fehlen.

Medizinische Klinik und Poliklinik III, Klinikum der Universität München

Daniel Bahr

Deutschland könnte schon viel weiter sein

Der Vision Zero Summit hat gezeigt, wie viele Möglichkeiten es gibt, um krebsbedingte Todesfälle zu vermeiden. Und es wurde klar, dass wir viel weiter sein könnten als wir sind. Es fehlt bei uns an der Umsetzung guter Vorschläge und am Zusammenspiel der Akteur:innen, hinzu kommen unfassbare bürokratische Hürden.

Bundesminister für Gesundheit a.D., Vorstand der Allianz Private Krankenversicherungs-AG

Fotos: Philip Nuernberger

Lungenkrebs: Wie lassen sich Todesfälle verhindern?

Die meisten Krebstodesfälle weltweit sind durch das Bronchialkarzinom bedingt

Im Jahr 2019 erkrankten in Deutschland mehr als 55.000 Menschen an Lungenkrebs. Da das Bronchialkarzinom zu den prognostisch ungünstigen Tumoren zählt, sollte man alles daransetzen, die Prävention und Früherkennung zu verbessern. Dafür gibt es verschiedene Stellschrauben.

Tabakkonsum ist der Hauptrisikofaktor für Lungenkrebs: Bei Männern sind bis zu 90 %, bei Frauen mindestens 60 % der Erkrankungen auf aktives Rauchen zurückzuführen. Die meisten Lungenkrebsfälle könnten demnach durch die Elimination des Tabakkonsums verhindert werden – daher ist die Prävention des Bronchialkarzinoms eng mit dem Kampf gegen das Rauchen verbunden.

Deutschland weist im internationalen Vergleich eine hohe Raucherquote auf – gleichzeitig kosten Zigaretten bei uns relativ wenig. Um das Rauchen effektiv zu bekämpfen, fordern Experten von Vision Zero den Gesetzgeber auf, zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen „Präventions-Euro" auf jede Schachtel Zigaretten zu erheben. Mit diesem zusätzlichen Euro käme rasch eine hohe Summe zusammen, die in einen Präventionsfonds fließen könnte, aus dem sich verschiedene Vorsorgeprojekte finanzieren ließen.

Wie ein „rauchfreies" Deutschland erreicht werden könnte, zeigt die „Strategie für ein tabakfreies Deutschland 2040" auf, die federführend vom Deutschen Krebsforschungszentrum und der Deutschen Krebshilfe entwickelt wurde. Sie sieht u.a. folgende Maßnahmen vor:

- Deutliche Erhöhung der Tabaksteuern jedes Jahr
- Vollständiges Verbot von Werbung für Tabak und verwandte Produkte
- Unterstützung von Rauchern beim Rauchstopp und Kostenübernahme hierfür

Lungenkrebs gehört zu den prognostisch ungünstigen Tumoren, was sich in relativ niedrigen 5-Jahres-Überlebensraten von ca. 21 % bei Frauen und ca. 15 % bei Männern widerspiegelt. Die Überlebenschancen unterscheiden sich jedoch erheblich – je nachdem, in welchem Stadium der Tumor entdeckt wird.

Auf diesem Hintergrund ist das Lungenkrebs-Screening mittels Low-dose-CT für aktive und ehemalige Raucher von Interesse, das dazu beitragen kann, Lungenkrebs in früheren Stadien zu erfassen, in denen die Erkrankung noch kurativ behandelt werden kann. Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass ein jährliches CT-Screening zu einer Senkung der Lungenkrebsmortalität beitragen kann, und auch das IQWiG erklärte Ende 2020: „Zusammenfassend wird ein Anhaltspunkt für einen Nutzen des Low-dose-CT-Screenings gegenüber keinem Screening festgestellt und somit, dass für (ehemalige) starke Raucherinnen und Raucher der Nutzen des Low-dose-CT-Lungenkrebs-Screenings den Schaden überwiegt." Wann das Low-dose-CT-Screening genau kommt, ist derzeit noch unklar. Die Rahmenbedingungen müssen erst noch vom Bundesumweltministerium, dem Gemeinsamen Bundesausschuss und evtl. weiteren Institutionen festgelegt werden.

Viele Jahre lang gab es in der Therapie des fortgeschrittenen Lungenkarzinoms praktisch keinen Fortschritt. Betroffene Patienten bekamen Chemotherapien mit mäßigen Ansprechraten und sehr limitierten Überlebenszeiten.

Seit der Entdeckung von Mutationen, die therapeutisch gezielt angegangen werden können, hat sich die Situation für viele Menschen mit Lungenkrebs grundlegend verbessert. Damit diese Patienten von der modernen Präzisionsmedizin profitieren können, müssen ihre Tumoren auf molekulare Veränderungen untersucht werden.

Allerdings werden heute immer noch nicht alle infrage kommenden Lungenkrebs-Patienten entsprechend getestet; sie können daher auch nicht von der personalisierten Krebstherapie profitieren. Vision Zero und das nationale Netzwerk Genomische Medizin Lungenkrebs (https://ngm-cancer.com) arbeiten intensiv daran, das Netzwerk für molekulare Diagnostik auszubauen und betroffenen Patienten individualisierte Therapiekonzepte anbieten zu können. Andrea Wülker

Nachgefragt

Vier Fragen an Prof. Dr. Jürgen Wolf, geschäftsführender ärztlicher Leiter des Centrums für Integrierte Onkologie (CIO), Köln.

INTERVIEW
Prof. Dr. Jürgen Wolf
Centrum für Integrierte Onkologie (CIO), Köln
Foto: privat

Bei fortgeschrittenem Bronchialkarzinom gab es früher lediglich Chemotherapien. Heute steht für Patienten mit entsprechenden Treibermutationen die personalisierte Lungenkrebstherapie zur Verfügung. Welche Vorteile bringt das den Betroffenen?

Prof. Wolf: Das mediane Überleben unter der Chemotherapie liegt bei etwa acht bis zwölf Monaten, unter personalisierter Krebstherapie bei drei bis sieben Jahren, je nach Subgruppe. Einige Patienten profitieren besonders von den neuen Therapien und leben nach der Diagnosestellung zehn Jahre oder länger. Eine Heilung von fortgeschrittenem Lungenkrebs ist zwar sehr unwahrscheinlich, aber er wird für immer mehr Patienten zu einer therapierbaren „chronischen Erkrankung."

Wird heute bei fortgeschrittenem Lungenkarzinom routinemäßig nach Treibermutationen gesucht?

Nicht immer. Etwa ein Drittel der Patienten erhält entweder gar keine Testung oder nur eine suboptimale, weil z.B. nur wenige Marker untersucht werden. Und nicht alle erhalten die bestmögliche Therapie.

Wie kann man das ändern?

Die moderne Krebsmedizin braucht eine engmaschige Kooperation aller an der Versorgung von Lungenkrebspatienten Beteiligten. Im nationalen Netzwerk Genomische Medizin (nNGM) arbeiten 23 Zentren mit über 400 regionalen Kooperationspartnern eng zusammen. Die Zentren sind für Diagnostik, Interpretation der Diagnostik und zentrale Evaluation zuständig, die meisten Patienten werden von den Netzwerkpartnern behandelt.

Vision Zero möchte die Zahl der Krebstodesfälle möglichst auf null senken. Was sind beim Lungenkrebs die wichtigsten Ansatzpunkte?

Es gibt drei Hebel, an denen wir ansetzen können: Entschiedenes politisches Vorgehen gegen das Rauchen, Einführung des Niedrigdosis-CT-Lungenkrebsscreenings und schließlich die personalisierte Krebsmedizin in der Routineversorgung. Mit diesen Maßnahmen ließe sich sehr viel erreichen. Das ist kein Erkenntnisproblem mehr, sondern ein Umsetzungsproblem.

Sprechen Sie Onko?

Unterschiedliche Datenformate sind ein großes Problem in der Digitalisierung der Medizin – GOLD kann helfen

In einer Zeit, in der digitale Innovationen die Medizin transformieren, spielt die Dateninteroperabilität eine entscheidende Rolle. Allerdings behindern sprachliche Unterschiede und inkonsistente Datenbankfelder den reibungslosen Informationsfluss und die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Akteuren im Gesundheitssystem. Ein neuer Standard soll das ändern – GOLD.

Vision Zero e.V. hat sich zum Ziel gesetzt, jeden vermeidbaren Krebsfall tatsächlich zu vermeiden, unter anderem mithilfe von Digitalisierung. Um diesem Ziel näher zu kommen, war einer der Schwerpunkte des Vision Zero Summits 2021 das Thema Dateninteroperabilität. Diese Konferenz brachte führende Expert:innen aus der medizinischen Forschung, Kliniken und der Industrie zusammen, die die dringende Notwendigkeit eines gemeinsamen Datenstandards für die Onkologie hervorhoben. Die von Vision Zero veröffentlichte „Berliner Erklärung“ diente als Grundlage für den Start des GOLD-Projekts (German OncoLogical Data Standard). GOLD soll helfen, unterschiedliche Datenformat-Definitionen sowohl inhaltlich als auch technisch zu vereinheitlichen und somit deren Datenaustausch und Datenqualität zu verbessern. Wichtig dabei ist, die Brücke zwischen medizinischer Versorgung und Forschung zu schlagen, die für künftige personalisierte Behandlungspfade unabdingbar ist.

Um den GOLD-Standard zu definieren, arbeitete das Projektteam, welches bereits durch das Netzwerk Universitätsmedizin und die Medizininformatik-Initiative (MII) umfangreiche Erfahrungen in dem Bereich sammeln konnte, eng mit Expert:innen der Medizin, aber auch der IT zusammen. Statt einfach einen neuen Datensatz zu erstellen, begann der Prozess mit der Analyse und der inhaltlichen Harmonisierung von vorhandenen Datenitem-Definitionen aus 15 Datensätzen und 7 Studienregistern (s. Abb. 1), z.B. dem onkologischen Basisdatensatz, Datensätzen des nationalen

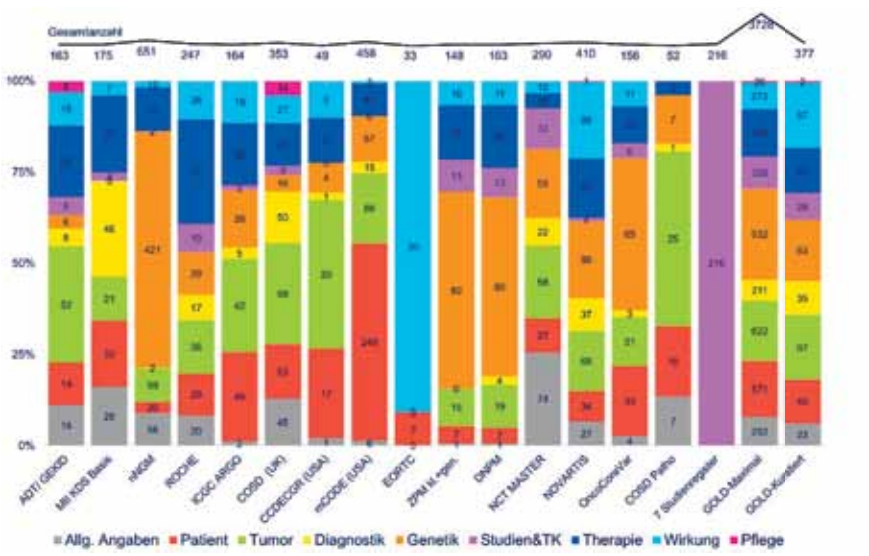


Abb.1: Ähnlichkeiten und Unterschiede in Schwerpunkten der bisher in GOLD eingeflossenen Datensätze: Anzahl der Datenitems pro Domäne einer onkologischen Patient Journey (s. Farbkodierung).

Foto: Vision Zero e.V.

Abb. 2: Schrittweise Konsensschaffung beider Entwicklung von GOLD-Vorschlägen: von der Einpflege neuer Datenquellen bis zur Veröffentlichung harmonisierter FHIR-Spezifikationen. Fortlaufende iterative Bearbeitung beschleunigt die Umsetzung, sodass mit etwa 20 Mannjahren innerhalb von zwei Jahren konsensfähige Vorschläge für Standards entlang der kompletten onkologischen Patient Journey erarbeitet werden können.

Foto: Vision Zero e.V.

Netzwerks Genomische Medizin (nNGM), des Deutschen Netzwerks für Personalisierte Medizin (DNPM) und des NCT-MASTER-Programms (Nationales Centrum für Tumorerkrankungen Heidelberg). Die daraus erstellte Übersichtstabelle enthält inzwischen etwa 3.800 originale Definitionen von Datenitems, die in Rücksprache mit Expert:innen zu etwa 380 inhaltlich kuratierten Parametergruppen zugeordnet werden konnten. Die weitere technische Aufbereitung basiert auf dem Vergleich der inhaltlich erarbeiteten Definitionen mit bestehenden HL7® FHIR®-Spezifikationen (Fast Healthcare Interoperability Resources) aus anderen Projekten wie ISiK der gematik GmbH (Informationstechnische Systeme in Krankenhäusern), Basisprofile der HL7 Deutschland e.V. und Kerndatensatz der MII. Die unterschiedlichen Merkmale dieser FHIR-Profile werden verglichen und harmonisiert, um einen möglichst vollständigen GOLD-FHIR-Vorschlag zu erstellen. Die erarbeiteten Vorschläge für Standards können dann zur Evaluation und Veröffentlichung ans Interop Council, das nationale Expertengremium für Interoperabilität des Bundesministeriums für Gesundheit, weitergeleitet werden (s. Abb. 2). Erste so erarbeitete Vorschläge wurden bereits im Interoperabilitäts-Navigator (INA) veröffentlicht.

Das langfristige Ziel besteht darin, die Erfassung aller Datenfelder entlang des realen Patientenwegs zu standardisieren, damit gleiche Datenpunkte nicht mehrfach erhoben werden müssen und Informationen über den gesamten Behandlungsverlauf für Therapieentscheidungen zur Verfügung stehen. Die gewonnenen Erfahrungen aus dem bisherigen GOLD-Prozess und damit verbundenen erbrachten Aufwände ermöglichen eine realitätsnahe Schätzung über benötigte zeitliche und finanzielle Ressourcen für die Erstellung eines konsensfähigen Standards über eine gesamte Patient Journey in der Onkologie. Die Umsetzung könnte über eine Public-Private-Partnership erfolgen.

Mit der Umsetzung einer umfassenden Standardisierung aller Datenfelder, jedoch nicht von oben vorgegeben, sondern von Anwendern definiert und durch Entscheidungsträger unterstützt, wird Onkologen Zugriff auf eine umfassende Wissensbasis ermöglicht sowie Forschern das klinische Feedback. Diese neue Art der Zusammenarbeit und Innovation in der Onkologie verspricht neue Hoffnung im Kampf gegen den Krebs und bietet die Aussicht auf eine Zukunft, in der die Vision Zero – die Vision einer Welt ohne Krebstote – näher rückt.

Dr. Stephanie Rudolph, Dr. Liudmila Lysyakova und Prof. Dr. Christof von Kalle – BIH Charité Berlin

Kongresssplitter

Professor Dr. Angelika Eggert

Ein Schlaglicht auf Probleme

Ich glaube, dass es sehr hilfreich ist, dass Vision Zero e.V. mit dem Summit die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit und der Politik auf das Thema Krebs lenkt. Viele Entscheidungen, die uns auf dem Weg zur Vision Zero behindern, werden ja nicht aus böser Absicht getroffen, sondern weil man die Probleme nicht erkennt, die durch diese Entscheidungen entstehen. Und der Vision Zero Summit wirft ein Schlaglicht auf diese Probleme.

Direktorin der Klinik für Pädiatrie m.S. Onkologie und Hämatologie, Charité, Berlin

Dr. Ruth Hecker

Vision Zero dient der Patientensicherheit – und umgekehrt

Die Vision Zero ist aus meiner Sicht absolut unterstützenswert – auch aus meiner Perspektive, der Patientensicherheit. Denn alles, was dazu führt, dass Patient:innen die richtige Therapie zum richtigen Zeitpunkt erhalten, verbessert die Prognose und die Verträglichkeit; es dient damit sowohl der Vision Zero als auch einer sicheren Versorgung.

Vorsitzende Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

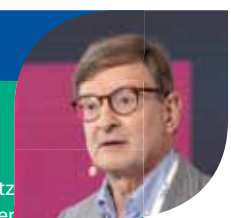
Ulla Ohlms

Datenschutz ist für Gesunde

Die Datenschutzdebatte heute hat mir gezeigt, welch große Defizite wir bei der Digitalisierung haben. Das ist empörend. Wir Krebskranke sagen immer – vielleicht etwas überspitzt - Datenschutz ist etwas für Gesunde. Wir würden unsere Daten jederzeit für die Forschung zur Verfügung stellen, und wenn das zur Heilung anderer beiträgt, ist das wunderbar.

Vorsitzende Path – Patients' Tumor Bank of Hope

Professor Dr. Dr. Otmar D. Wiestler



Ein Anlauf zum Bürokratieabbau

Was viele von uns momentan am meisten quält, ist eine überbordende Bürokratie. Das hat mit Datenschutz zu tun, mit der Frage der Zulassung, sowie mit einem überbordenden Berichtswesen, das vor allen größeren Forschungsorganisationen zu schaffen macht. Wir brauchen hier dringend einen neuen Anlauf. Das würde noch nicht einmal was kosten, vermutlich sogar zu Einsparungen führen.

Präsident der Helmholtz-Gemeinschaft Deutscher Forschungszentren e.V.

Fotos: Philip Nuernberger

Pfizer Oncology in Deutschland

Innovative Krebsmedikamente „Made in Germany“

Auf dieser hochmodernen PCMM-Anlage können flexibel große Mengen, aber auch sehr kleine Stückzahlen von Krebsmedikamenten hergestellt werden. PCMM steht für Portable, Continuous, Miniature und Modular.

„Unsere Kolleg:innen in Freiburg tragen maßgeblich zur weltweiten Versorgung von Menschen mit Krebs bei. Durch ihre Expertise und hochmoderne Herstellungsverfahren leisten sie einen wichtigen Beitrag, damit Innovationen schnellstmöglich bei den Patient:innen ankommen.“

Koray Koksal, Leiter der Onkologie bei Pfizer in Deutschland

Krebserkrankungen sind eine gewaltige gesellschaftliche und medizinische Herausforderung. Statistisch gesehen ist jeder zweite Mensch im Laufe seines Lebens von Krebs betroffen. Als forschendes Pharmaunternehmen gestalten wir die Therapielandschaft in diesem Bereich entscheidend mit, um Menschen mit Krebs ein besseres Leben zu ermöglichen.

Pfizer stellt in Deutschland insgesamt mehr als 20 Wirkstoffe zur Behandlung von Krebs zur Verfügung, z. B. gegen Brust-, Nieren-, Lungen- und Blutkrebs. Viele unserer innovativen Krebsmedikamente werden im Pfizer Werk in Freiburg im Breisgau hergestellt. Jährlich werden dort rund 100 Millionen Tabletten und Kapseln gegen Krebs produziert und an über 150 Länder geliefert.

pfizer.de

Foto: Stafeeva – stock.adobe.com

Vom allgemeinen zum gezielten Screening

Wie können Prävention und Früherkennung bei Frauen mit (erblichem) Brustkrebs verbessert werden?

Alle zwei Jahre zur Mammografie – für Frauen mit familiärer Brustkrebsbelastung reicht das nicht aus. Für sie wird eine intensivierte Früherkennung empfohlen. Professor Dr. Rita Schmutzler, Direktorin des Zentrums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs in Köln, erklärt im Interview, welche Besonderheiten es bei familiärem Brustkrebs zu beachten gilt, welche Optionen zur Verfügung stehen und wie Brustkrebs-Screening in Zukunft aussehen könnte.

Frau Prof. Schmutzler, was sind Hinweise, dass bei einer bestimmten Mammakarzinom-Patientin ein familiär bedingter Brustkrebs vorliegen könnte?

Prof. Dr. Rita Schmutzler: Die wichtigsten Hinweise sind mehrere Erkrankte in der Familie, junges Erkrankungsalter und sowohl Brust- als auch Eierstockkrebs bei Angehörigen. Wenn eines dieser Kriterien erfüllt ist, sollte man der Patientin eine entsprechende Beratung anbieten.

Spielen beim familiären Brust- und Eierstockkrebs nur Mutationen der Gene BRCA1 und BRCA2 eine Rolle oder sind noch weitere Risikogene bekannt?

Mitte der 1990er-Jahre wurden BRCA1 und BRCA2 als Hochrisikogene identifiziert, heute kennen wir deutlich mehr – 12 Risikogene – die wir routinemäßig untersuchen. Diese weisen alle ein eigenes Risikoprofil auf, das unterschiedlich hoch ist. Es kann wie bei BRCA1/BRCA2 so hoch sein, dass Mutationsträgerinnen im Lauf des Lebens mit einer Wahrscheinlichkeit von 70 bis 80 % an Brustkrebs erkranken. Es gibt aber auch sogenannte moderate Risikogene, bei denen das Erkrankungsrisiko ca. 20 bis 30 % beträgt. Zum Vergleich:

Viele wissen nichts von ihrem erhöhten Krebsrisiko

Frage an Tamara Hussong Milagre, Präsidentin der portugiesischen Patientenorganisation EVITA: Weniger Todesfälle durch genetisch bedingte Krebserkrankungen – wie lässt sich das erreichen?

T. Hussong Milagre: Prävention und Frühdiagnostik sind die wichtigsten Säulen für Familien mit erblichen Krebserkrankungen. Leider werden viele Mutationsträger immer noch nicht rechtzeitig identifiziert. Das liegt unter anderem daran, dass knapp die Hälfte keine offensichtliche familiäre Vorgeschichte aufweisen und dass etwa 50% der Patienten mit erblichen Krebserkrankungen nie einen Gentest machen. Somit riskiert man weitere Primärtumoren bei den Patienten und zukünftige Krebserkrankungen bei Familienmitgliedern, die man hätte verhindern können. Es gibt noch viel zu tun!

In der Allgemeinbevölkerung liegt das Brustkrebsrisiko bei rund 12 %.

Welches sind die wichtigsten Gene und Faktoren, die Sie am Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs erfassen?

Neben BRCA1 und BRCA2 sind die wichtigsten Risikogene CHEK2, ATM und PALB2. Und es kommen ständig weitere hinzu. Neueste Ergebnisse zeigen aber auch, dass es neben den Risikogenen Hunderte von sogenannten genetischen Varianten gibt, die im ganzen Genom verstreut sind. Das Zusammenspiel dieser Niedrigrisiko-Varianten kann das Erkrankungsrisiko individuell erhöhen oder senken – bei Personen mit erblicher Brustkrebsbelastung, aber auch in der Allgemeinbevölkerung. Dieser zusätzliche Einfluss wird mit dem polygenen Risiko-Score (PRS) an unserem Zentrum berechnet. Dieser ermöglicht es uns, das Brustkrebsrisiko jeder einzelnen Frau zu bestimmen – ob sie Mutationsträgerin ist oder nicht.

Erfordert es eine Blutabnahme, um feststellen zu können, wie viele dieser Niedrigrisiko-Varianten vorliegen?

Für eine "normale" genetische Untersuchung wäre eine kleine Menge Blut ausreichend. Beim PRS genügt eine Speichelprobe.

Rechnen Sie damit, dass in Zukunft jede Frau den PRS-Test angeboten bekommt?

Ja, das ist der nächste Schritt. In unserem Zentrum führen wir die Untersuchung bereits routinemäßig durch. Im Konsortium der 23 universitären Zentren für familiären Brust- und Eierstockkrebs wird sie gerade etabiert. Für die Regelversorgung ist es allerdings noch zu früh, dafür benötigen wir mehr Daten über die Auswirkungen auf die Effizienz der intensivierten Früherkennung.

Menschen mit einem genetisch bedingten erhöhten Brustkrebsrisiko bieten Sie eine „intensivierte Früherkennung“ an. Was bedeutet das?

Ein Merkmal des erblichen Brustkrebses ist ja, dass er schon in jungen Jahren auftritt. Wenn eine Mutation in einem Hochrisikogen vorliegt, bieten wir eine engmaschige Früherkennung schon ab dem 25. Lebensjahr an. In diesem Alter ist die Mammografie noch gar nicht wirklich aussagekräftig. Deshalb konzentrieren wir uns hier auf die Kernspintomografie und den zusätzlichen Ultraschall. Ab 40 kommt dann die Mammografie je

INTERVIEW
Professor Dr. Rita Schmutzler
Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs, Köln
Foto: Christian Wittke

nach Beschaffenheit der Brustdrüse hinzu. Die Untersuchung wird einmal jährlich durchgeführt, manchmal ergänzt durch eine halbjährliche zusätzliche Ultraschalluntersuchung. Bei Hochrisikosituation diskutieren wir mit den Frauen auch die Möglichkeit einer prophylaktischen Operation, also der Brustdrüsenentfernung.

Gibt es neue Entwicklungen bei der medikamentösen Prävention des familiären Mammakarzinoms?

Gerade läuft die BRCA-P-Studie an, die untersucht, ob mit der Anwendung des Wirkstoffs Denosumab eine sichere und wirksame Prävention von Brustkrebs bei Frauen mit einer BRCA1-Mutation möglich ist. Denosumab ist als Osteoporose-Medikament zugelassen. Neuere Studien weisen darauf hin, dass der Wirkstoff auch Zellen hemmen kann, aus denen sich bei Frauen mit einer BRCA1-Mutation Brustkrebs entwickeln kann. Weitere interessante Wirkstoffe sind die PARP-Inhibitoren, die ganz gezielt bei BRCA1/BRCA2-Mutationen wirken. Bei bereits erkrankten Menschen sind sie hocheffizient und sie können möglicherweise auch zur Prävention eingesetzt werden.

Vision Zero strebt an, die Zahl der krebsbedingten Todesfälle drastisch zu senken, bestenfalls auf null. Welche Neuerungen in Ihrem Fachgebiet könnten dazu beitragen, dass wir diesem Ziel näherkommen?

Wir können heute mit dem polygenen Risiko-Score für jede Person das individuelle Risiko für eine Krebserkrankung berechnen. Die neue Herausforderung besteht darin, basierend auf der individuellen Risikokalkulation adaptierte präventive Maßnahmen für die Allgemeinbevölkerung einzuführen. Eine weitere Neuerung ist, dass es mittlerweile zielgerichtete Substanzen wie die oben erwähnten PARP-Inhibitoren gibt, die bereits in der Therapie eingesetzt werden und die auch ein großes Potenzial für die Prävention haben.

Interview: Andrea Wülker

„Das PSA-Screening hat uns das Leben gerettet!“

Zwillingsbrüder werden kurz hintereinander mit Prostatakarzinom diagnostiziert

Fotos: David A Litman – stock.adobe.com, angellodeco – stock.adobe.com

Zwischen ihrer Geburt lagen fünf Minuten, zwischen ihrer Diagnose „Prostatakarzinom“ wenige Wochen. Die eineiigen Zwillinge Michael und Uli Roth haben schon vieles in ihrem Leben geteilt. Seit ihrer Heilung ist es nun das Engagement für den Kampf gegen Krebs.

Michael Roth, 2009, mit gerade mal 47 Jahren, erfuhren Sie, dass Sie ein Prostatakarzinom haben. Wie ist Ihnen der Moment in Erinnerung geblieben?
Michael Roth: So, wie ihn viele andere Krebspatienten auch in Erinnerung haben. Man ist wie in einem Tunnel, denkt über vieles nach, über Chemotherapie, Haarausfall, Impotenz, Inkontinenz, Tod. Das war keine schöne Zeit.

Und dann erkrankt auch noch der Bruder.
Uli Roth: Ja, aber eine Überraschung war das eigentlich nicht mehr. Wir haben viele Krankheiten nahezu zeitgleich bekommen, sodass ich nach Michaels Diagnose fast schon damit gerechnet habe, auch betroffen zu sein.

Männer, sagt man, sind Muffel in puncto Vorsorge. Sie waren damals relativ jung, topfit, wie haben Sie es damit gehalten?
Michael Roth: Unser Vater hatte ebenfalls Prostatakrebs und wir haben das Thema sehr ernst genommen. Wir waren jedes Jahr beim Urologen und haben den PSA-Wert messen lassen. Bei mir war der immer schon ein bisschen höher, so um die 1,9, und dann stieg er innerhalb eines Jahres plötzlich auf 4,0. Das war der Hinweis für den Urologen, dass da was nicht stimmt. Dann kam halt die Biopsie und damit die Diagnose. Mein Arzt hat dann auch nach Geschwistern gefragt und gesagt, dass Uli sich unbedingt untersuchen lassen muss.

Uli Roth: Zu diesem Zeitpunkt lagen meine jährlichen Vorsorgeuntersuchungen gerade mal zwei Monate zurück und ich hatte damals einen PSA-Wert von 1,1 –

also kein ungewöhnlicher Befund. Als wir ihn dann noch mal kontrollierten war er bei 3,6.

Michael Roth: Durch diese zeitlich engmaschigen Vorsorgeuntersuchungen wurden unsere Krebserkrankungen zum Glück in einem frühen Stadium erkannt, sodass die Tumoren auch noch gut entfernt werden konnten. Wir sagen daher auch ganz bewusst: ‚Der PSA-Wert hat uns das Leben gerettet'. Und die Chirurgen konnten in diesem Stadium noch nervenschonend operieren. Wir haben noch Sex, brauchen auch keine Windeln und gelten als geheilt.

Sie sind heute beide in Sachen Aufklärung unterwegs. Wie kam es dazu?

Michael Roth: Als wir unsere Diagnosen erhielten, hat eigentlich kaum jemand öffentlich über das Thema Prostatakarzinom gesprochen. Und dann hat jemand zu uns gesagt: ‚Wenn Ihr zwei Prachtkerle, mit über 1,90 m, bekannte Sportler, einer auch noch Manager einer bekannten Musik-Band, wenn Ihr darüber reden würdet, dann könntet Ihr Großes leisten.' Und damit hatten wir ein neues gemeinsames Projekt. Wir haben direkt nach der Operation ein Sachbuch geschrieben – ‚Unser Leben, unsere Krankheit' –, in dem jeder unsere Geschichte nachlesen und sich gleichzeitig über das Thema informieren kann. Und wir nahmen uns vor, wenn wir in zehn Jahren noch leben, wollen wir noch ein Buch schreiben. ‚Hurra, dass wir noch leben' ist ein Buch geworden, das Männer zur Vorsorge sowie Früherkennung bewegen und Krebspatienten Mut machen soll.

Uli Roth: In dieser Hinsicht sehen wir uns auch als eine Art Vorbild. Die Aufklärung und Motivation ist so etwas wie ein Auftrag für uns geworden. Darüber hinaus bringen wir das Thema bei Vorträgen und Presseauftritten an die Öffentlichkeit und engagieren uns auch in der Wissenschaft, indem wir uns im Patientenbeirat des Deutschen Krebsforschungszentrums einbringen.

Wie beurteilen Sie das derzeitige Vorsorgeangebot beim Prostatakarzinom?

Uli Roth: Was uns besonders stört, ist die sehr widersprüchliche Diskussion zum Nutzen des PSA-Werts. Das ist außerordentlich kontraproduktiv, gerade für Männer, die sich ja immer noch sehr schwer damit tun, zwecks Vorsorge und Früherkennung zum Arzt zu gehen. Auch, dass die Krankenkassen die Kosten für das PSA-Screening nicht übernehmen, ist nicht hilfreich. Man kann natürlich sagen, was sind 20 €, wenn es um das Leben geht, aber es ist halt ein ungünstiges Signal, wenn der Test nicht bezahlt wird.

INTERVIEW

Michael und Uli Roth

„Wir haben noch Sex, brauchen auch keine Windeln und gelten als geheilt"

Foto: privat

Michael Roth: Ich glaube, dass an manchen Krebserkrankungen niemand mehr sterben müsste, wenn wir unsere Möglichkeiten konsequent nutzen würden – etwa beim Prostatakrebs, beim Darmkrebs oder beim Hautkrebs. Bei diesen Krebserkrankungen kann man wirklich gut Vorsorge betreiben oder sie frühzeitig erkennen. Und wir erleben es bei Workshops immer wieder, dass da junge Männer sitzen, 35 Jahre alt, die sagen: ‚Hätte ich nur, wäre ich nur…' Das trifft einen emotional und es beweist, dass man dranbleiben muss, die Werbetrommel für die Krebsvorsorge zu rühren. Der Arzt, der uns seinerzeit operiert hat, hat einmal gesagt, dass wir durch unsere Offenheit und unsere Aktionen vielen Männern das Leben gerettet haben. Aber selbst wenn es nur ein paar waren, dann hat sich das schon gelohnt. Deshalb ist die Information und Aufklärung der Öffentlichkeit eine Aufgabe, die wir gerne weitermachen. Interview: Günter Löffelmann

Die "Roth-Zwillinge"

Michael und Uli Roth sind einer breiten Öffentlichkeit als ehemalige Profihandballer bekannt. Sie wurden Deutscher Meister, Pokalsieger und gewannen 1984 gemeinsam mit der deutschen Handballnationalmannschaft Silber bei den Olympischen Spielen in Los Angeles. Michael Roth ist bis heute als Trainer in der Handball-Bundesliga aktiv, Uli Roth ist Geschäftsführer einer Management-Agentur und leitet eine Sportvermarktungsfirma.

roth-zwillinge.de
gemeinsam-gegen-krebs.de

Digital war gestern

Beim PCa lieber smart screenen, statt weiter im Dunkeln tasten

Zur Früherkennung des Prostatakarzinoms (PCa) wird in Deutschland einzig die digital-rektale Tastuntersuchung erstattet – eine Maßnahme, die die Mortalität jedoch nicht senkt. Es ist daher höchste Zeit, dass Fortschritte in der Diagnostik und der Risikobeurteilung auch hierzulande berücksichtigt und im Rahmen eines organisierten Screenings implementiert werden.

Das Prostatakarzinom ist in Deutschland nach wie vor die häufigste Krebserkrankung und die zweithäufigste Krebstodesursache bei Männern: Jährlich sterben etwa 15.000 Patienten an diesem Tumor. Umso unverständlicher, dass hierzulande bisher kein adäquates Screeningprogramm auf den Weg gebracht wurde. Die Diskussionen dazu stecken fest in einer unterschiedlichen Interpretation von Schaden und Nutzen der verfügbaren Optionen und einer unterschiedlichen Bewertung der Literatur – zum Schaden für die Männer.

FRÜHERKENNUNG AUF DEM STAND DER 1970ER-JAHRE

Seit 1971 wird von den gesetzlichen Krankenkassen nur das Abtasten der Prostata mit dem Finger über den Enddarm als Früherkennungsmaßnahme erstattet, die sogenannte digital-rektale Untersuchung (DRU). Als alleinige Maßnahme ist sie jedoch nicht geeignet, zuletzt haben die Ergebnisse der deutschen PROBASE-Studie bestätigt, dass sich damit bei Männern ab 45 bis 50 Jahren nur die wenigsten Karzinome entdecken lassen. Die DRU ist daher für das Screening dieser Zielgruppe als obsolet zu betrachten.

DAS ZIEL MUSS SEIN, JENE ZIELGRUPPE HERAUSZUFILTERN, DIE VOM SCREENING PROFITIERT

Eine weitere Option zur Früherkennung des Prostatakarzinoms ist ein Screening auf das prostataspezifische Antigen PSA. Das Institut für Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) urteilte im Jahr 2020 jedoch, dass „der Nutzen eines generellen PSA-Screenings für Männer ohne Verdacht auf Prostatakrebs den dadurch entstehenden Schaden nicht aufwiegen kann". Deshalb müssen Männer ein PSA-Screening bis heute selbst bezahlen.

PSA-SCREENING RISIKOADAPTIERT EINSETZEN

Richtig ist, dass ein generelles (populationsbasiertes) PSA-Screening zu vielen unnötigen Biopsien führt, bei denen entweder keine Karzinome gefunden werden oder solche, die klinisch nicht relevant sind. Einfach nur auf jegliches PSA- Screening zu verzichten, wie es derzeit in Deutschland praktiziert wird, ist jedoch keine

Lösung. Das zeigen Entwicklungen in den USA, wo die Behörden die Empfehlungen für ein PSA-Screening zunächst eingeschränkt und sich dann 2012 komplett gegen ein generelles PSA-Screening ausgesprochen haben – mit erheblichen Nachteilen im Hinblick auf die Überlebensprognose. Denn Studien zufolge sind die Prostatakarzinome bei der Erstdiagnose seither seltener in lokal begrenzten und häufiger in fortgeschrittenen oder sogar metastasierten Stadien entdeckt worden. Das heißt, es erfolgte eine Verschiebung hin zu Stadien, die kaum noch bzw. gar nicht mehr kurativ behandelt werden können.

Das Ziel muss daher sein, jene Zielgruppe herauszufiltern, die vom Screening profitiert. Große Studien, darunter auch die deutsche PROBASE, haben gezeigt, dass dies Männer sind, die zwischen dem 45. und 55. Lebensjahr mit dem Screening beginnen. Eine Strategie, die dies berücksichtigt, lässt eine Senkung der prostatakrebsbedingten Mortalität um 40 % erwarten. Weitere Verbesserungen der Nutzen-Schaden-Bilanz sind möglich, wenn das Screening individuelle Risikofaktoren für ein Prostatakarzinom berücksichtigt.

Neueste Studien zeigen, dass sich durch die alleinige Abtastung mit dem Finger nur die wenigsten PCa entdecken lassen.

Fotos: CagdasAygun/gettyimages, graphic_arts – stock.adobe.com

UNSER EXPERTE

Prof. Dr. Peter Albers

Klinik für Urologie am Universitätsklinikum Düsseldorf

Foto: privat

So verwendet etwa der ERSPC Risk Calculator Nr. 4 neben einem altersadaptierten PSA-Wert auch das Lebensalter, die Biopsieanamnese, eine etwaige familiäre Belastung und die Prostatagröße. Und schließlich gibt es inzwischen Level-I-Evidenz dafür, dass vor einer Biopsie zusätzlich eine spezialisierte Magnetresonanz-Tomografie (MRT) der Prostata erfolgen sollte. Diese Maßnahme kann die Zahl unnötiger Biopsien der Prostata weiter reduzieren.

EU-KOMMISSION EMPFIEHLT PSA-WERT, BEI BEDARF PLUS MRT

Eine derartige risikoadaptierte Screeningstrategie kann die Zahl der Todesfälle durch Prostatakrebs deutlich verringern, ohne den Schaden durch unnötige Diagnosen zu erhöhen. Dementsprechend hat die Europäische Kommission im März 2022 ein Prostatakrebs-Screening auf der Basis des PSA-Werts in Kombination mit einer zusätzlichen MRT-Untersuchung empfohlen.

EMPFEHLUNG FÜR EIN ORGANISIERTES SCREENING

Insgesamt ist daher zu fordern, dass diese neuen Entwicklungen der Diagnostik und Risikobeurteilung auch in Deutschland rasch eingeführt werden. Dies sollte jedoch unbedingt im Rahmen eines organisierten Screenings mit einer klaren Zielgruppendefinition und Richtlinien für die Umsetzung erfolgen; andernfalls besteht die Gefahr, dass sich auch ältere Männer einem PSA-Screening zuwenden, die von der Maßnahme gar nicht profitieren. Wenn dann noch bioptisch niedriggradige Karzinome nicht sofort radikal behandelt werden, kann der Schaden des Screenings bei gesteigertem Nutzen noch weiter reduziert werden.

Datengetriebene Medizin braucht Politik mit Vision

Mit kluger Digitalisierung die Präzisionsonkologie in die Breite bringen

Die „Vision Zero" in der Onkologie beschreibt das Ziel, vermeidbare krebsbedingte Todesfälle möglichst auf Null zu reduzieren. Das gelingt nur durch sehr viel stringentere Prävention und durch eine stark personalisierte Krebstherapie. Beides erfordert einen zeitgemäßen Umgang mit Gesundheitsdaten. Erste Schritte wurden bereits gegangen. Weitere müssen jetzt rasch folgen.

Klinische Medizin fußt auf solider Evidenz, die in randomisierten, kontrollierten Studien generiert wird. Daran wird sich auch grundsätzlich nichts ändern; allerdings wird zunehmend erkannt, dass auch die Auswertung von Daten aus der Versorgung zu wertvollen Erkenntnissen führt. Diese „datengetriebene" Medizin beziehungsweise Forschung erkennt Muster in vorhandenen Daten: Je nach Szenario können so Risikokonstellationen erkannt, Früherkennungsmaßnahmen individuell zugeschnitten und Behandlungen personalisiert werden. Die datengetriebene Medizin versteht sich als ein „Echtzeitansatz", der die kontrolliert erhobene Evidenz ergänzt und einen neuen Blick auf Erkrankungen und Therapien ermöglicht.[1]

Berliner Erklärung: Startschuss für eine intelligente Digitalisierung

Das alles funktioniert nur, wenn Gesundheitsdaten konsequent erhoben und strukturiert gespeichert werden. Sie müssen standardisiert übertragbar sein, und es muss möglich sein, zueinander gehörige Daten aus unterschiedlichen Quellen zu verknüpfen, um sie durch Algorithmen gemeinsam auswerten zu können. Kurz: Notwendig sind Fortschritte bei der Digitalisierung. Hier hängt das deutsche Gesundheitswesen im europäischen Vergleich weit zurück.[2]

Um schneller voranzukommen und die Politik zu unterstützen, hat sich die Initiative Vision Zero die Digitalisierung auf die Fahnen geschrieben. Im Rahmen des Vision Zero Symposiums 2021 wurde die „Berliner Erklärung"[3] verabschiedet, die auf ein intelligentes Digitalisierungskonzept mit hoher Datenverfügbarkeit und auf optimale Datenqualität zielt. Zu den Unterstützern gehören maßgebliche Expertinnen und Experten aus Krebsversorgung und Krebsforschung, Fachgesellschaften, Patientenvertreter und zahlreiche Unternehmen der Gesundheitswirtschaft, darunter auch Roche.

Datengetriebene personalisierte Krebsmedizin aus Sicht der Versorger:innen

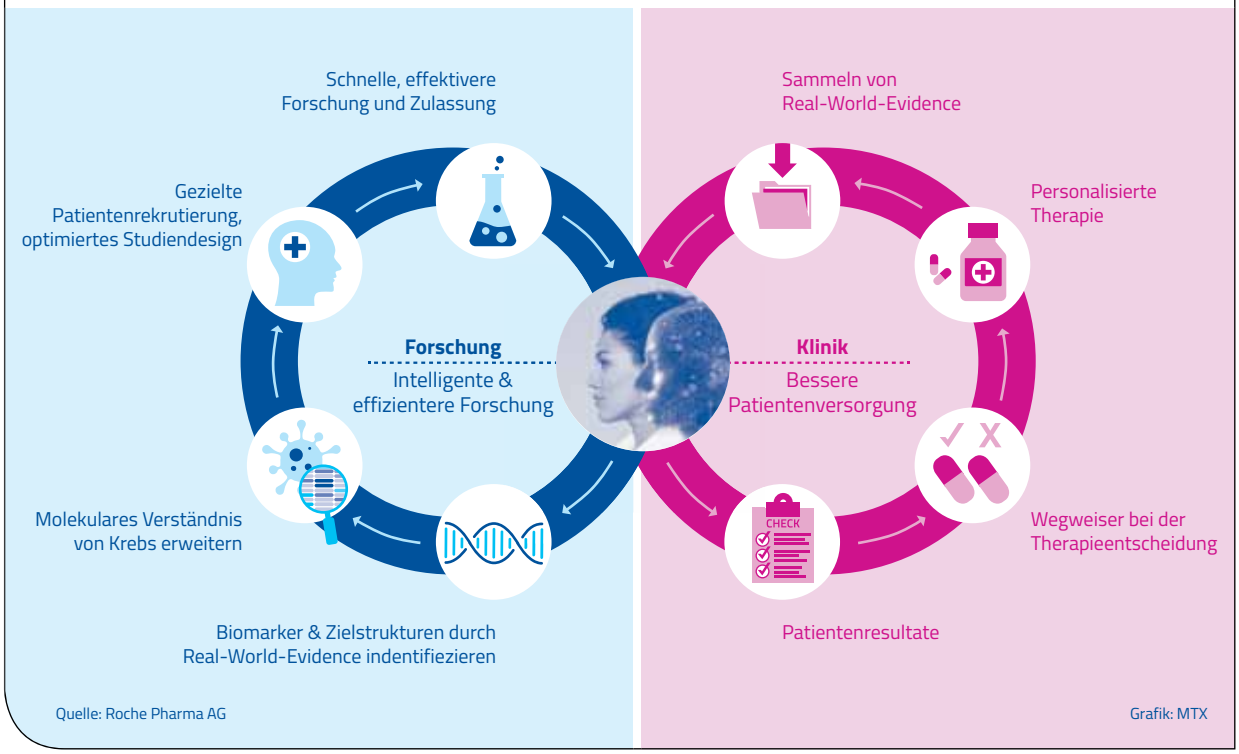
Warum das alles, und was haben die Ärzt:innen und ihre Patient:innen in der Onkologie davon? Letztlich geht es – Stichwort Vision Zero – darum, Krebserkrankungen zu verhindern bzw. sie dort, wo sie sich nicht verhindern lassen, so gut zu therapieren, dass Todesfälle vermieden werden. Möglich soll dies durch den Einsatz von Algorithmen mit künstlicher Intelligenz werden, mit denen sich im Rahmen der Krebsdiagnostik oder auch der Diagnostik von Krebsvorstufen Befunde genauer charakterisieren und individuellere Prognosen erstellen lassen – die dann maßgeschneiderte Präventions- und/oder Früherkennungsstrategien nach sich ziehen.

Auf therapeutischer Ebene wiederum wird die Synthese umfangreicher Daten aus unterschiedlichen Quellen dazu führen, dass sich Behandlungen sehr viel stärker personalisieren lassen. Wo er nicht geheilt werden kann, entwickelt sich Krebs dadurch von einem Todesurteil hin zu einer chronischen Erkrankung – so die Vision.
Was visionär klingt, zeigt sich ganz praktisch am Beispiel gastrointestinaler Tumore: Hier wurde vor einigen Jahren gezeigt, dass eine therapeutisch relevante Mikrosatelliten-Instabilität mit Hilfe eines Maschinenlernalgorithmus aus der Histologie vorhergesagt werden kann.[4] Das betrifft je nach Stadium knapp ein Viertel der Patient:innen mit zum Beispiel Dickdarm-

Impressum | Idee und Konzeption: Inter Medical Sonderpublikationen · Redaktion: Phil

Kooperation und Partnerschaften auf allen Ebenen

Von einer linearen Wertschöpfungskette hin zu einem Kreislauf der forschenden Versorgung



Quelle: Roche Pharma AG

Grafik: MTX

Fotos: paffy – stock.adobe.com, Tatiana – stock.adobe.com, naito29 – stock.adobe.com, alekseyvanin – stock.adobe.com, SUE – stock.adobe.com, 英里子 三島 – stock.adobe.com

krebs.[5] Durch eine immuntherapeutische Behandlung mit Checkpoint-Inhibitoren im neoadjuvanten Setting können bei diesen Patient:innen Ansprechraten in nie gesehener Höhe erzielt werden.[6]

Auch Daten der tagtäglich stattfinden Routine-Versorgung (Real-World-Data) könnten, wenn sie regelhaft erfasst, miteinander vernetzt und analysiert werden, zu einer besseren Versorgung beitragen. Das Potenzial dieser Daten für den medizinischen Fortschritt ist riesig. So geht man zum Beispiel davon aus, dass über 90 % aller potenziell vorhandenen Informationen in der Onkologie im Rahmen der Routine-Versorgung generiert werden. Bislang werden diese Daten jedoch zu wenig erschlossen und in Evidenz übersetzt. Umso wichtiger sind beispielsweise Projekte wie das CRISP-Register, in dem die Test- und Behandlungsrealität von Patient:innen mit Lungenkrebs strukturiert erfasst wird. Die prospektiv gesammelten Daten sollten unter anderem auch eine retrospektive Analyse von Biomarkern ermöglichen und leisten so einen weiteren wichtigen Beitrag für die Präzisionsonkologie von morgen.

1. Rowley, Robert: The relationship between evidence-based and data-driven medicine (25.10.2017), https://www.cio.com/article/230886/the-relationship-between-evidence-based-and-data-driven-medicine.html; letzter Zugriff 4.6.2023
2. Bertelsmann Stiftung, empirica. SmartHealthSystems. 29.11.2018. https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/smarthealthsystems; letzter Zugriff 4.6.2023
3. https://e-health-com.de/details-news/daten-nutzen-krebsexpertinnen-formulieren-berliner-erklaerung/; letzter Zugriff 4.6.2023
4. Kather JN et al. Nat Med 2019; 25(7): 1054-1056
5. Noepel-Duennebacke S et al. Z Gastroenterol 2020: 58(6): 533-541
6. Chalabi M et al. Neoadjuvant immune checkpoint inhibition in locally advanced MMR-deficient colon cancer: The NICHE-2 study. ESMO Congress 2022; LBA7

Fazit

Die Vorteile der Digitalisierung und einer datensteuerten Medizin sind – vor allem für die Präzisionsonkologie – klar ersichtlich. Es gibt bereits zahlreiche Handlungsempfehlungen, Projekte und erste Umsetzungsvorhaben. Nun gilt es gemeinsam flächendeckend in die Umsetzung zu kommen. Dafür benötigen wir nicht nur einen zügigen Ausbau der digitalen Infrastrukturen in Versorgung und Forschung. Auch die Regulatorik – von Zulassungsverfahren, Nutzenbewertung über Kostenübernahmen bis zur Erstattung – für zielgerichtete Therapien und Diagnoseverfahren müssen angepasst werden, um Fortschritt zu den Patient:innen zu bringen.

hilipp Grätzel von Grätz · Mit freundlicher Unterstützung der Roche Pharma AG · 40871

Fotos: iStock/Getty Images Plus/gettyimages, luismmolina/gettyimages

Abwehrzellen wachküssen

Die Immunonkologie geht neue Wege

Seit Einführung der allogenen Stammzelltransplantation in den 1960er-Jahren wissen wir, dass Immuntherapieverfahren Krebserkrankungen heilen können. Doch diese aufwendige und teure Form der Immunonkologie ist bislang nur seltenen Indikationen wie Leukämien und hochspezialisierten Zentren vorbehalten.

In den letzten Jahren heilt die Immunonkologie weltweit jährlich Millionen von Menschen mit einem breiten Spektrum an Tumorerkrankungen. Was ist passiert? Die medizinische Forschung hat endlich ihre Scheuklappen abgelegt und den Fokus von der Tumorzelle auf die Nachbarzellen, das sogenannte Tumormikromilieu, erweitert. Aber nicht nur das. Nachdem wir in der Immunonkologie bisher versucht haben „Gas zu geben", also Immunzellen zu übertragen und gegen Krebszellen zu aktivieren, geht es jetzt v.a. darum, den ‚Fuß von der Bremse zu nehmen. Die Immuncheckpointblockade (ICB) setzt darauf, hemmende Tumorfaktoren des Mikromilieus auf die natürliche Immunantwort auszuhebeln.
Somit ist es nicht mehr Voraussetzung, die Zielstrukturen der Tumorimmunantwort (Antigene) mühsam zu entschlüsseln, um zielgerichtete Immuntherapien zu entwickeln. Der Einsatz ist jetzt theoretisch bei den allermeisten Tumorarten ohne Kenntnis der Antigene denkbar. Die körpereigenen Abwehrzellen sind bereits vor Ort, wenn auch inaktiviert, man muss sie also nicht mehr aufwendig herstellen oder wie bei der Stammzelltransplantation (SZT) nach einer aufwendigen Suche unter Millionen von Spendern um den halben Globus fliegen, sondern einfach medikamentös im Körper wachküssen. Dieser Paradigmenwechsel hat dazu geführt, dass inzwischen bei über 20 Tumorarten Immunonkologika erfolgreich eingesetzt werden können. Entscheidend für den Erfolg eines Medikamentes ist nicht nur die Wirksamkeit, sondern der benötigte Ressourcenaufwand und der Zugang für die Patienten.

SZT ist ein Verfahren, das nur auf wenigen, spezialisierten Stationen im Land durchführbar ist. Moderne Immunonkologie, z.B. die ICB, wird zunehmend ein ambulantes Verfahren, das in hunderten von onkologischen Praxen sicher und effektiv angeboten wird. Zunächst wurde sie als neue Substanzgruppe bei fortgeschrittenen und mehrfach rezidivierten Tumorerkrankungen, also in den letzten Therapielinien eingesetzt. Inzwischen ist der Zug durch die Therapielinien nicht mehr zu stoppen. Denn je früher wir die Immunonkologika einsetzen, desto besser wirken sie: Patient und eigene Immunzellen sind fitter, der Tumor weniger resistent. Nur so ist es zu erklären, dass eine neoadjuvante Studie mit Patienten mit Mastdarmkrebs verfrüht abgebrochen werden konnte, nachdem sich bei 14/14 Patienten der Tumor zurückgebildet hatte. In diesem Fall war die Immuntherapie einer Operation vorgeschaltet worden. Die Chirurgen hatten Probleme, den Tumor überhaupt noch zu finden.

Ähnlich spektakuläre Ergebnisse sieht man beim Melanom. Der frühe Einsatz lässt auch für zahlreiche andere Tumorarten eine deutliche Verbesserung der Ansprech- und Heilungsraten erwarten. In der Onkologie gilt, dass die Kombination multipler Therapieverfahren (z.B. OP, Chemo- und Strahlentherapie) einem einzigen Therapieverfahren überlegen ist. Dies gilt auch weiterhin: Die Kombination von Immunonkologika mit anderen Immunonkologika (I-O/I-O) oder mit Chemo- bzw. Strahlentherapie wird z.B. bei Lungen- oder Speiseröhrentumoren bereits erfolgreich praktiziert, über 5.000 klinische Studien untersuchen das mögliche Zusatzpotenzial solcher multimodaler Therapien. Der Beitrag von Immunonkologika in der Medizin wächst aufgrund er o.g. Stärken (Nutzung der natürlichen Immunantwort, ambulanter Einsatz, begrenzter Ressourcenaufwand, frühere Therapielinien, Kombinationstherapie) exponentiell.

Daher ist es wichtig auch die Besonderheiten und Herausforderungen zu verstehen. Einerseits haben Immunonkologika ihr eigenes Spektrum an Nebenwirkungen durch überschießende Immunantworten gegen gesundes Gewebe. Diese lassen sich aber in erfahrenen Händen gut behandeln. Andererseits sind die Therapiekosten signifikant. Im Vergleich zu der gewonnenen Lebenszeit, Lebensqualität und Produktivität erscheinen diese aber häufig gut investiert. Darüber hinaus verschwimmen die Grenzen klassisch palliativer und kurativer Behandlungsstrategien. Das ist primär natürlich ein Segen, stellt aber auch eine ethische Herausforderung dar.

Es ist unklar, wer von den vielversprechenden neuen Therapien und Studien nicht profitieren wird und umsonst therapiert wird. Die gemeinsame Entscheidung, nicht um jeden Preis weiter zu therapieren, kann für Personen mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen, Angehörige, aber auch Behandelnde erlösend sein. Die Fokussierung auf Symptomkontrolle, Familie, Freunde und Leben im Hier und Jetzt wird dann oftmals als Gewinn wahrgenommen.

Die exponentiell steigende Anzahl an potenziell lebensverlängernden oder sogar kurativen Therapien erhöht die Unsicherheit deutlich und Entscheidungen, die früher mit Überzeugung getroffen werden konnten, fallen schwerer. Ob eine intensivmedizinische Versorgung noch sinnvoll ist, ob sie nur unnötiges Leid oder die notwendige Brücke zum Sieg gegen die Krebserkrankung darstellt, ist zu einer Herausforderung für alle Beteiligten geworden, auf die es oft keine sichere Antwort gibt. Dies ist aber Ausdruck des dramatischen Erfolges. Dabei gehört die „Qual der Wahl" zur notwendigen learning curve.

Neue Therapien sind dann ganz besonders wertig, wenn viele Patienten, auch über den ursprünglichen Indikationsbereich hinaus, davon profitieren könnten. Die Immunonkologie leistet hier bereits Pionierarbeit für andere Fächer. So deutet sich bei CPI auch erhebliches Potenzial bei Infektionserkrankungen an.

Die Immunonkologie hat nicht nur einen unerwarteten Erfolgszug hinter sich, sondern beginnt jetzt erst, ihr volles Potenzial multidimensional zu entfalten. Die Herausforderungen sind signifikant, werden aber von den herausragenden Chancen noch deutlich überragt. The sky is the limit.

IMMUNONKOLOGIE BEGINNT, IHR VOLLES POTENZIAL ZU ENTFALTEN

UNSER EXPERTE
Prof. Dr. Dr. Michael von Bergwelt
Medizinische Klinik und Poliklinik III – LMU München
Foto: privat

Jugendliche (nicht) im Stich lassen

Die HPV-Impfrate in Deutschland ist viel zu niedrig

Stellen Sie sich vor, ganz Europa impft gegen HPV, nur Deutschland nicht. Die Zahlen sind hierzulande so niedrig wie nirgendwo sonst auf dem Kontinent. Das Potenzial zur Krebsprävention wird in diesem Fall nicht genutzt.

Die Immunisierung gegen HPV-Infektionen und ein damit verbundener Schutz gegen HPV-assoziierte Krebserkrankungen ist seit über 15 Jahren in Deutschland verfügbar. Zunächst von der STIKO für Mädchen zwischen 9–14 Jahren und 15–17 Jahren empfohlen, besteht seit dem Jahr 2018 eine entsprechende Impfempfehlung auch für Jungen im Alter von 9–14 Jahren und 15–17 Jahren.

Durch Registerstudienergebnisse aus Schweden und England konnte in den vergangenen Jahren wissenschaftlich belegt werden, dass eine frühzeitige HPV-Impfung nicht nur Zellläsionen, sondern auch Zervixkarzinomfälle zu 87 % (Impfung der Mädchen im Alter von 12–13), respektive zu 62 % (Impfung im Alter von 14–16) im Vergleich zu ungeimpften Gruppen senkt. Darüber hinaus ist die HPV-Impfung von WHO und Europäischer Kommission als elementarer Präventionsbaustein identifiziert worden. Umso tragischer, dass die Quoten in Deutschland bei den 15-jährigen Mädchen bei 51 % und bei den 15-jährigen Jungen bei 17 % liegen, Deutschland in der EU damit auf dem vorletzten Platz landet (KV-Impfsurveillance-Daten, Stand Dezember 2020).[1]

Besonders die Impfquoten unserer nordeuropäischen Nachbarn sind unseren weit voraus, bspw. erreicht Norwegen bei 15-jährigen Mädchen und Jungen 90 %, und Schweden sowie Großbritannien erreichen Impfquoten von 83 % (15-jährige Mädchen) bzw. 77 % (15-jährige Jungen).[2,3] Diese Länder setzen auf nationale HPV-Impfprogramme, wobei für die Verbreitung von Informationen sowie für die tatsächliche Impfung

vielfältige Kanäle (online, offline) und auch Schulen genutzt wurden und werden. Solche nationalen Strukturen fehlen uns in Deutschland, ebenfalls fällt die HPV-Impfung in einen Zeitraum zwischen „verpflichtenden“ U- und freiwilligen U/J-Untersuchungen, bei denen einige Kinder und Jugendliche vom Kinder- und Jugendarzt zum Hausarzt/Frauenarzt wechseln oder die Vorsorgeuntersuchungen gar nicht mehr wahrnehmen. Daher ist neben lückenhaftem Wissen der Bevölkerung zu HPV das Impfzeitfenster ein Faktor, welcher die Impfungs- und somit Schutzrate beeinflusst.

Wie gut, dass es trotzdem wirksame Maßnahmen und Mittel gibt, mit denen man sowohl den Impfstatus monitoren als auch rechtzeitige Erinnerungen für anstehende Impfungen versenden und empfangen kann: digitale Patientenakten und Impfpässe und eine damit verknüpfte systematische Analyse der Daten. Die schlechte Nachricht: Leider nutzen wir in Deutschland diese Möglichkeit bislang nicht oder nur rudimentär. Aus Sicht des Vision Zero e.V. sollten daher folgende Maßnahmen ergriffen werden:

- bundesweite Strategie- und Zielgruppen-angepasste Wissensvermittlung zu HPV auf entsprechenden Kanälen/Formaten
- digitale, systematische Erfassung der Impfungen, verknüpft mit Empfehlungen/Impfkalender der STIKO und WHO, somit:

UNSERE EXPERTIN
Dr. rer. nat. Julia Löffler
Wissenschaftliche Referentin
Clinical Study Center (CSC)
Charité Berlin
Foto: privat

  a) Abgleich des persönlichen Immunisierungsstatus
  b) automatisierte Erinnerungen/Benachrichtigungen für anstehende empfohlene Impfungen, Auffrischungsimpfungen etc.
- zentrales digitales Impfregister mit kontinuierlicher wissenschaftlicher Evaluation

Durch gemeinsames und rasches Handeln können wir heute das Risiko für Kinder und Jugendliche künftig an HPV-bedingtem Krebs zu erkranken, erheblich reduzieren.

1. Rieck T, Feig M, Siedler, A. Impfquoten von Kinderschutzimpfungen in Deutschland – aktuelle Ergebnisse aus der RKI-Impfsurveillance. Epid Bull 2022; 48: 3-25

2. Falcaro M, Castañon A, Ndlela B, Checchi M, Soldan K, Lopez-Bernal J et al. The effects of the national HPV vaccination programme in England, UK, on cervical cancer and grade 3 cervical intraepithelial neoplasia incidence: a register-based observational study. Lancet 2021; 398(10316): 2084-2092.

3. Lei J, Ploner A, Elfström KM, Wang J, Roth A, Fang F et al. HPV Vaccination and the Risk of Invasive Cervical Cancer. New England Journal of Medicine 2020; 383(14): 1340-1348.

Foto: monkeybusinessimages/gettyimages

Kleine Kinder – große Sorgen

Die Onkologie orientiert sich noch immer hauptsächlich an Erwachsenen. Das sollte sich ändern!

Im Kindes- und Jugendalter sind Krebserkrankungen glücklicherweise selten und bei über 82 % der Betroffenen erreichen wir heute ein Langzeitüberleben. Dennoch ist Krebs die häufigste tödliche Krankheit in dieser Altersgruppe. In Deutschland erkranken jedes Jahr ca. 2.300 junge Patient:innen neu und mehr als 400 Kinder und Jugendliche sterben an Krebs. Das müssen wir ändern, denn auch für Kinder gilt die Vision Zero! Um sie schneller zu erreichen, schlagen wir den folgenden strategischen 10-Punkte-Plan vor:

Ziel 1// Neue Medikamente, die für Karzinome des Erwachsenenalters entwickelt wurden, sind für die Therapie vieler pädiatrischer Krebserkrankungen nicht gut geeignet. Eine gezielte Krebsforschung und eigene klinische Studien für Kinder und Jugendliche sind daher unerlässlich. Hierfür sind auch neue Konzepte der Zusammenarbeit von pädiatrischen Krebsforscher:innen mit der Pharmaindustrie und mit den regulatorischen Behörden erforderlich. Erste Schritte in diese Richtung geht die europäische Accelerate Plattform (www.accelerate-platform.org), die sich zum Ziel gesetzt hat, Kindern und Jugendlichen einen besseren Zugang zu Innovationen in der Krebstherapie zu verschaffen. In Deutschland brauchen wir ähnliche Aktivitäten.

Ziel 2// Die erhebliche Unterfinanzierung der Kinderonkologie im deutschen DRG-System hat deutschlandweit fast alle Kinderkrebszentren in wirtschaftliche Probleme geführt. Im Rahmen der Krankenhausreform und der Entwicklung der neuen Krankenhausvergütung für die Pädiatrie muss hier dringend Abhilfe geschaffen werden. Wir müssen uns hierzu an alternativen Finanzierungsstrukturen anderer europäischer Länder orientieren, wie sie z.B. am Prinses Maxima Centrum in Utrecht, Niederlande, umgesetzt sind.

Ziel 3// Die heutigen Möglichkeiten der Präzisionsonkologie müssen insbesondere bei Rezidivpatient:innen durch umfassende und flächendeckende molekulare Analysen, möglichst auf der Ebene einzelner Zellen (durch Single Cell Technologien und Spatial Transcriptomics) ausgeschöpft werden. Dadurch können nicht nur neue, sondern auch zuverlässigere Zielstrukturen für die Entwicklung neuer Medikamente identifiziert werden. Diese Ansätze müssen durch gezielte Förderprogramme ermöglicht werden.

Ziel 4// Die Grundlage für die schnelle und umfassende Auswertung der durch Single Cell Technologien entstehenden großen molekularen Datenmengen bilden neue computergestützte, bioinformatische Verfahren (KI). Durch Anwendung von KI gelingt die gezielte Extraktion relevanter Biomarker und neuer Drug Targets auch aus hochvolumigen Datensätzen. Diese Biomarker können dann in einem zweiten Schritt in einfachere diagnostische Assays überführt werden, die in der klinischen Routine anwendbar sind. Auch dieses Ziel ist nur über gezielte Förderungen interdisziplinärer Forschungsgruppen von Datenwissenschaftlern, Biologen und Medizinern zu erreichen.

REGULATORISCHE HÜRDEN BUNDESWEIT VEREINHEITLICHEN UND MÖGLICHST WEIT ABBAUEN

Ziel 5// Neue Methoden der effizienten präklinischen Auswahl vielversprechender Medikamente unter Nutzung geeigneter Patienten-abgeleiteter Modelle (z.B. Organoide) müssen auch für pädiatrische Krebserkrankungen etabliert und flächendeckend durchgeführt werden. Jeder pädiatrische Krebspatient mit Rezidiv sollte Zugang zu einer solchen Patienten-individuellen Drug-Screening-Plattform bekommen, um die jeweils optimal geeignete Medikamentenkombination identifizieren zu können.

Ziel 6// Entwicklung und Einsatz vielversprechender immuntherapeutischer Ansätze (Antikörper, CAR-T-Zelltherapie) müssen nicht nur für Leukämien und Lymphome, sondern auch für (pädiatrische) solide Tumorerkrankungen vorangetrieben werden. Die Probleme der mangelnden CAR-T-Zell-Persistenz und ihrer unzureichenden Migration durch ein tumorsuppressives Mikromilieu müssen in geeigneten Forschungsprogrammen adressiert werden. Zudem sind die regulatorischen Hürden für Herstellung und Einsatz dieser Therapien in Deutschland im internationalen Vergleich überdurchschnittlich hoch und müssen dringend bundesweit vereinheitlicht und möglichst weit abgebaut werden.

Ziel 7// Neue Erkenntnisse zur Entstehung und frühzeitigen Erkennung pädiatrischer Krebserkrankungen müssen mit innovativen molekularen Methoden gewonnen werden, um neue Präventions- oder frühe Interventionsstrategien zu entwickeln. Ebenso wichtig ist die Prävention späterer Krebserkrankungen durch Impfungen, Screening auf genetische Krebsveranlagung und Aufklärung über Risikofaktoren im Schulunterricht.

Ziel 8// Forschungsprogramme zur Entwicklung und Validierung neuer, zuverlässiger Methoden zur Überwachung des patientenindividuellen Therapieerfolgs durch Liquid Biopsies müssen auch für pädiatrische Krebserkrankungen etabliert werden. Gezielte Analysen von zellfreier DNA und RNA, Proteinen oder Metaboliten in Körperflüssigkeiten wie Blut, Plasma, Urin oder Liquor eignen sich teilweise sehr gut für ein minimalinvasives Monitoring des Therapieansprechens und sogar für eine frühzeitige Rezidivdiagnose, die der radiologischen Diagnose Wochen bis Monate vorausgehen kann.

UNSERE EXPERTIN

Prof. Dr. Angelika Eggert

Klinik für Pädiatrie m.S. Onkologie und Hämatologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Foto: Frank Nürnberger

Ziel 9// Gezielte Forschungsprogramme zur Prävention von Spätfolgen einer kindlichen Krebserkrankung werden benötigt, denn von ca. 40.000 Überlebenden einer kindlichen Krebserkrankung in Deutschland leiden fast zwei Drittel unter Spätfolgen der Erkrankung oder der Therapie. Im molekularen Zeitalter gibt es bereits Erkenntnisse über genetische Prädispositionen zu bestimmten Spätfolgen, die bislang in der Klinik noch nicht geprüft werden. In dieses Themenfeld gehören auch entsprechende Interventionsstrategien einschließlich Sport- und Bewegungstherapie und Resilienzstärkung.

Ziel 10// Interdisziplinäre Behandlungsangebote für Jugendliche und junge Erwachsene (AYA) mit Krebs müssen an allen großen Krebsbehandlungszentren geschaffen werden, denn diese Altersgruppe hat einerseits besondere altersbedingte Anforderungen an die Versorgung und andererseits bislang am wenigsten von den Therapiefortschritten der letzten Jahre profitiert. Obwohl die Einbeziehung pädiatrischer Onkologen bei allen Krebspatient:innen unter 18 Jahren sowie deren Behandlung in dafür akkreditierten Zentren vom G-BA vorgeschrieben ist, fallen immer wieder insbesondere Jugendliche durch dieses gesetzliche Netz und werden nicht in den dafür vorgesehen klinischen Studien nach dem aktuellen Stand des Wissens behandelt.

Die Berücksichtigung der genannten Versorgungs- und Forschungsbedarfe in gezielten Programmen für Kinder und Jugendliche mit einer Krebserkrankung ist auch im Rahmen der Nationalen Dekade gegen Krebs essenziell und sollte zusätzlich auf der europäischen Ebene vorangetrieben werden.

Heilung, Chronifizierung, Prophylaxe

Die Krebschirurgie hat die Grenzen ihres Einsatzgebietes immer weiter hinausgeschoben

Trotz aller Fortschritte in der Systemtherapie – chirurgisches Handwerk ist in der Behandlung von Tumorpatient:innen mehr gefragt denn je. Professor Dr. Michael Ghadimi, Göttingen, über wichtige Entwicklungen in der Krebschirurgie und die Chancen der Digitalisierung.

Herr Professor Ghadimi, wo hat die Chirurgie heute ihren Platz in der Onkologie?

Prof. Dr. Michael Ghadimi: Etwa 80 % aller Krebspatient:innen benötigen im Laufe ihrer Erkrankung eine Operation. Das allein zeigt, wie relevant unsere Disziplin ist. Und nach wie vor ist die Chirurgie neben der Strahlentherapie im Prinzip der einzige kurative Ansatz bei soliden Tumoren. Ein weiteres wichtiges Feld ist die Metastasenchirurgie. Und schließlich beugen wir auch Krebserkrankungen vor, nämlich wenn Menschen ein extrem hohes Erkrankungsrisiko haben. Das ist etwa bei der familiären adenomatösen Polyposis der Fall, die fast immer zu Darmkrebs führt, oder bei Mutationen in den BRCA-Genen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit Brust- und andere Krebserkrankungen hervorrufen. Wichtig ist bei all dem: Wir können unsere Stärken am besten in enger Kooperation mit anderen Fachdisziplinen ausspielen, mit der internistischen Onkologie, der Bildgebung, der Strahlentherapie etc.

Welche Entwicklungen haben diese Positionierung ermöglicht?

In der Chirurgie beruhen die Fortschritte vor allem auf der Minimalisierung des Zugangstraumas durch Robotik und auf der bildgesteuerten Chirurgie – der Image-guided Surgery – bei der die Bildgebung während der Operation genutzt wird, um präziser zu arbeiten, Resektionsgrenzen genauer zu bestimmen, die Durchblutungssituation besser darzustellen. Daneben haben sich natürlich auch die Materialien weiter entwickelt, und es gelingt uns immer besser, etwaige Komplikationen zu beherrschen.

VISION-ZERO-INITIATIVE ALS THINKTANK

Was haben die Betroffenen davon?

Zum einen ist die postoperative Mortalitätsrate drastisch gesunken. Darüber hinaus hat sich die Phase der Rekonvaleszenz verkürzt. Und wir können heute Operationen durchführen, die vor ein bis zwei Jahrzehnten undenkbar waren, etwa an der Leber, der Bauchspeicheldrüse oder im Becken. Hier haben wir die Grenzen des Machbaren weit hinausgeschoben. Ein weiterer wichtiger Aspekt: Wir bewegen uns auf eine sogenannte funktionsgerechte Chirurgie zu. Das heißt, wir wollen nicht nur den Tumor möglichst vollständig entfernen, sondern auch Funktionsausfälle minimieren.

Ein weiterer wichtiger Innovationstreiber ist die Digitalisierung ...

… und sie wird auch unsere Disziplin maßgeblich voranbringen. Die Digitalisierung geht Hand in Hand mit Verbesserungen in der Robotik und der Bildgebung, und sie erlaubt es, Situationen zu simulieren und am Computer durchzuspielen. Dies eröffnet völlig neue Möglichkeiten für die Operationsplanung, für das Training von Chirurg:innen und für die Aufklärung von Patient:innen. Um derartige Anwendungen zu ermöglichen, haben wir in Göttingen den Surgical Innovation Space gegründet.

Sie sind derzeit Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft. Wie möchte die Institution die Onkologie fit für die Zukunft machen?

Ein wichtiges Feld ist die Zentralisierung. Das ist etwas, womit wir uns in

Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern noch schwertun. Zentrales Anliegen ist es, Versorgungsstrukturen zu optimieren. Es reicht einfach nicht, einen guten Chirurgen in einer Klinik zu haben, es braucht auch die entsprechende Ausstattung und Systemkompetenz und hohe Fallzahlen. Deswegen gibt es auch das Zertifizierungssystem. Und wir wissen aus diversen Studien, dass Patienten bessere Überlebenschancen haben, wenn sie in einem zertifizierten Zentrum betreut werden.

Die Zertifizierung gibt es doch schon lange!

Seit 20 Jahren, ja. Es sind aber nach wie vor viele nicht zertifizierte Häuser in der Krebschirurgie tätig. Und wir erweitern das System ja auch ständig, sodass eine Zertifizierung für immer mehr Tumorentitäten möglich ist. Heute kann man sich beispielsweise auch als Sarkom-, Pankreas- oder Speisenröhrenzentrum zertifizieren lassen. Und die DKG wird diese Entwicklung weiter pushen.

Ein anderes wichtiges Handlungsfeld ist die Weiterentwicklung von Behandlungsstandards durch das Leitlinienprogramm und durch klinische Forschung. Zwar finanzieren wir selbst keine Studien, aber über unsere Arbeitsgemeinschaften stoßen wir viele an. Außerdem möchte ich die Informationsangebote durch die Landeskrebsgesellschaften erwähnen. Die dortigen Mitarbeiter:innen leisten wertvolle Hilfe, indem sie Betroffene wohnortnah beraten. Und schließlich werden wir weiter mit der Politik, der Selbstverwaltung und den Kostenträgern sprechen, um Verbesserungen für krebskranke Menschen in Deutschland zu erreichen.

INTERVIEW

Professor Dr. Michael Ghadimi

Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Kinderchirurgie an der Universitätsklinik Göttingen und Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft DKG.

Foto: UMG/Swen Pförtner

Was sind Ihre größten Anliegen?

Zum einen wünsche ich mir, dass sich die Politik um optimierte Versorgungsstrukturen kümmert. In Nordrhein-Westfalen passiert das bereits, aber wir müssen flächendeckend und schneller vorankommen. Weiter müssen die Voraussetzungen geschaffen werden, dass sich Patient:innen besser über die Qualität der onkologischen Versorgung in Deutschland informieren können. Hier brauchen wir dringend mehr Transparenz. Und ich würde mir wünschen, dass die operative Medizin mehr Gehör findet – und beispielsweise im Rahmen der Nationalen Dekade gegen Krebs entsprechende Projekte angestoßen werden.

Wie ist Ihre Haltung zur Vision-Zero-Initiative?

Ich nehme sie als einen Thinktank wahr, dessen Mitglieder sehr gut in der Lage sind, Missstände anzusprechen, Diskussionen anzuregen und Forderungen aufzustellen. Das kann im Sinne der Onkologie nur gut sein.

Interview: Günter Löffelmann

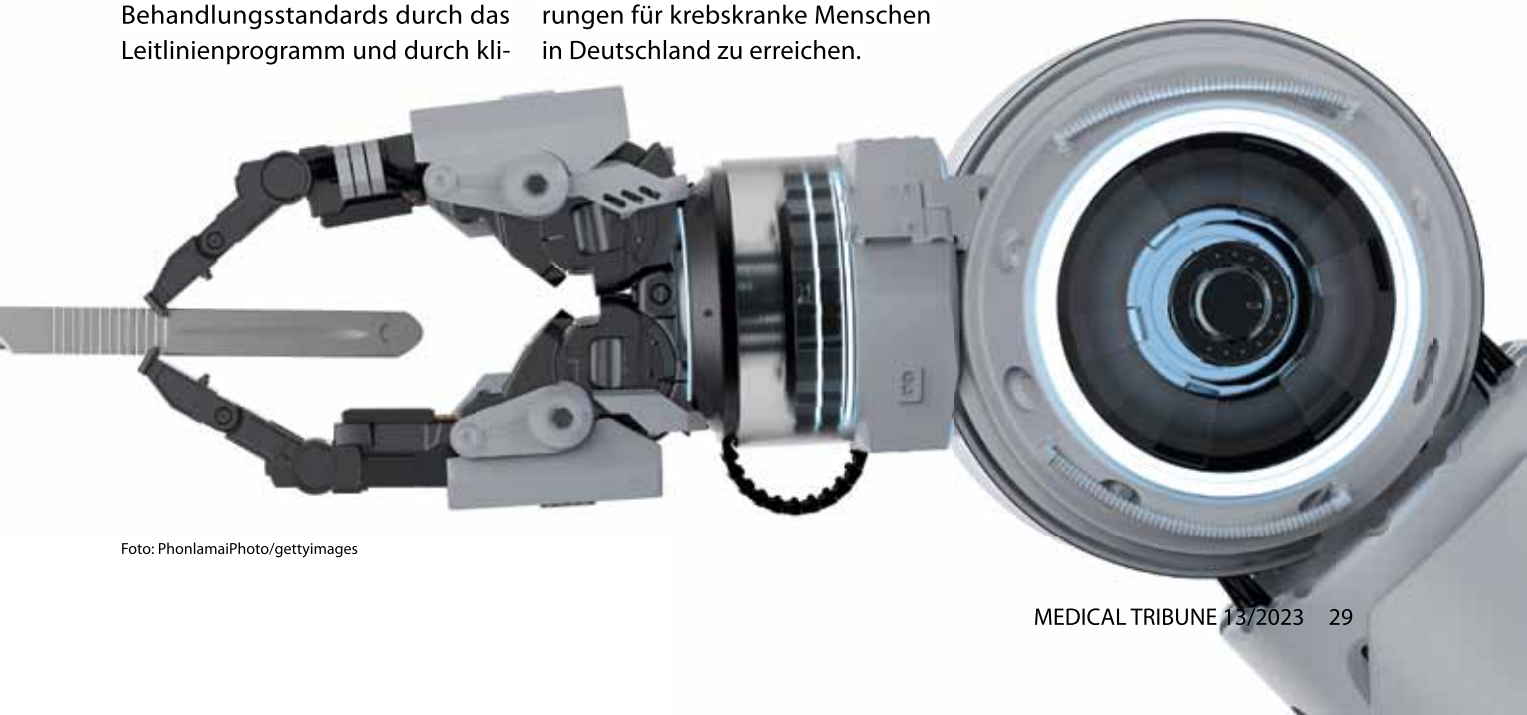


Foto: PhonlamaiPhoto/gettyimages

Die NCT-Erweiterung: „Ein echter Game-Changer!“

Lücken im Bereich Forschung und Entwicklung schließen

Prof. Dr. Michael Hallek sieht prinzipiell gute Zeiten für onkologische Forschung in Deutschland anbrechen – wären da nicht die Behäbigkeit und Bedenkenträgerei bei Digitalisierung und Datennutzung.

Herr Professor Hallek, nach wie vor sterben in Deutschland pro Jahr weit über 200.000 Menschen an Krebs. Was muss passieren, damit wir von dieser hohen Zahl herunterkommen?

Prof. Dr. Michael Hallek: Vision Zero e.V. hat dazu zehn Handlungsfelder definiert, die auch im Internet nachzulesen sind. Derzeit fokussieren wir stark auf die Prävention. Denn es geht zunächst darum, jene Krebserkrankungen zu vermeiden, die wir durch risikobehaftetes Verhalten selbst verursachen. Das heißt etwa, auf Nikotinkonsum zu verzichten, massives Übergewicht abzubauen, sich einigermaßen gut zu ernähren, sich zu bewegen und die Impfung gegen HPV in Anspruch zu nehmen.

Das braucht einen langen Atem.

Es lohnt sich aber, das sieht man in anderen Ländern, die uns hinsichtlich der Prävention voraus sind – etwa die USA. Dort wird z.B. schon lange eine strenge Tabakpolitik

Foto: peterschreiber.media/gettyimages

verfolgt. Dies hat dazu geführt, dass die Inzidenzrate für Lungenkrebs in den vergangenen Jahren deutlich gesunken ist. Es mag dauern, bis sich solche Effekte einstellen, aber sie stellen sich ein. Allmählich sehen wir sie auch in Deutschland, in erster Linie bei den Männern, verzögert auch bei den Frauen. Mit einer konsequenteren Tabakpolitik könnten wir aber schon viel weiter sein.

Nun lassen sich nicht alle Krebserkrankungen verhindern oder so früh erkennen, dass sie heilbar sind. Wo sehen Sie das größte Potenzial, um die Sterblichkeit bei fortgeschrittenen Erkrankungen zu senken?

Das sehe ich zum einen in den Immuntherapien. Hier wird uns vor allen Dingen die Kombination verschiedener Therapien voranbringen, darunter Checkpoint-Inhibitoren, CAR-T-Zellen und künftig auch Krebsvakzine sowie immunmodulierende Substanzen, die das Mikromilieu des Tumors beeinflussen. Weiteres großes Potenzial sehe ich bei den gezielten Therapien, die an veränderten Signalwegen ansetzen. Wir verstehen nach wie vor nicht alle dieser Signalwege und nicht alle, die wir kennen, können wir therapeutisch adressieren. Aber wir kommen voran. Meiner Meinung nach werden diese beiden Bereiche in den nächsten 10 bis 20 Jahren maßgeblich für die Fortschritte in der Krebstherapie sein.

Werden Forschung und klinische Entwicklung dazu auch hierzulande stattfinden? Deutschland hat diesbezüglich ja im internationalen Vergleich an Boden verloren!

Wir stehen bei der Grundlagen- und präklinischen Forschung durchaus gut da. Defizite haben wir insbesondere im Bereich der frühen klinischen Studien. Wer dort nicht präsent ist riskiert, dass Ideen exportiert und neue Therapien in anderen Ländern entwickelt werden. Diesbezüglich haben wir vor wenigen Wochen jedoch einen ganz großen Schritt nach vorne getan. Die Bundesregierung hat das Programm zur Erweiterung des Nationalen Centrums für Tumorerkrankungen NCT bewilligt. Es versetzt uns in die Lage, bisherige Lücken im Bereich der klinischen Forschung und Entwicklung zu schließen. Ich bin mir sicher, die NCT-Erweiterung wird ein echter Game-Changer in unserer Forschungslandschaft sein.

Ein weiteres Defizit gibt es im Bereich der Digitalisierung. Dürfen wir – wie bei der Energie-Infrastruktur – auch dort auf ein neues „Deutschland-Tempo" hoffen?

INTERVIEW
Professor Dr. Michael Hallek
Direktor der Klinik I für Innere Medizin und des CIO Aachen Bonn Köln Düsseldorf
Foto: privat

Zumindest können wir es uns nicht leisten, weiter so behäbig zu agieren wie bisher und unser Handeln nur an Bedenken auszurichten. Die europäische Datenschutzgrundverordnung ist eine hervorragende Basis für eine sichere Nutzung von Gesundheitsdaten, das sieht man an deren Umsetzung in modernen Ländern wie beispielsweise Estland oder Lettland. Wir sollten es ihnen gleichtun und professionelle Lösungen entwickeln, um Gesundheitsdaten gut zu kuratieren und zu nutzen.

Zu welchem Nutzen?

Daten sind heutzutage einer der wichtigsten Rohstoffe für den Fortschritt, ihr Wert nimmt mit der Nutzung immer weiter zu. Darüber hinaus befürworte ich die Datennutzung auch aus Gründen der Solidarität. Unser Gesundheitssystem ermöglicht einen vergleichsweise einfachen Zugang zu einer hochwertigen Versorgung. Als Nutznießer sollten Bürger:innen einen Beitrag dazu leisten, dass das so bleibt – indem sie der Nutzung ihrer Daten zustimmen. So können wir viel besser als bisher beurteilen, welche Maßnahmen effektiv sind. Kurz gesagt: Datennutzung dient dem Gemeinwohl.

Sie engagieren sich seit Langem für die Vision-Zero-Initiative. Was ist Ihre Mission?

Ich möchte dazu beitragen, eines der besten Gesundheitswesen der Welt zu gestalten, sodass wir der Solidargemeinschaft nachhaltig eine optimale Versorgung anbieten können. Die Vision-Zero-Initiative ist dafür eine ausgezeichnete Plattform. Sie hat wichtige Menschen für die Idee gewonnen, die Zahl der vermeidbaren krebsbedingten Todesfälle gegen null zu bringen und dies auch als politisches Ziel zu begreifen; und sie hat damit zu einer öffentlichen Wahrnehmung beigetragen, die die Ziele anderer Initiativen und Projekte unterstützt, beispielsweise auch die der Nationalen Dekade gegen Krebs oder des schon erwähnten NCT-Programms.

Interview: Günter Löffelmann

„Eine nachhaltige Prägung der deutschen Onkologie-Landschaft!“

Die Nationale Dekade gegen Krebs hat Vieles verändert

Die Nationale Dekade gegen Krebs nähert sich der Halbzeit. Im Gespräch mit Vision Zero e.V. zieht Professor Dr. Dr. Michael Baumann eine Zwischenbilanz.

Herr Prof. Baumann, die Dekade gegen Krebs hat nunmehr eine Laufzeit von gut vier Jahren. Auf welche Erfolge können Sie zurückblicken?

Prof. Dr. Dr. Michael Baumann: Zum einen ist es uns gelungen, in der Dekade wirklich innovative Strukturen aufzubauen und langfristige Perspektiven zu eröffnen, die auch über Legislaturperioden hinaus Bestand haben. Weiter hat sich die Einbindung der verschiedenen onkologischen Stakeholder in die Steuerung der Dekade etabliert; das heißt, die Akteurinnen und Akteure bringen sich mit ihren ganz unterschiedlichen Perspektiven und Angeboten ein. Und schließlich verfügen wir heute über eine gute Mischung aus langfristig angelegten Strukturen – ich nenne beispielhaft die Erweiterung des Nationalen Centrums für Tumorerkrankungen NCT – sowie kurz- und mittelfristigen Programmen.

Welche konkreten Fortschritte wurden erzielt?

Die Arbeitsgruppe „Große ungelöste Fragen der Krebsforschung“ hat ein zukunftsgerichtetes Format für die Ausschreibung von Programmen etabliert. Es führt dazu, dass sich diese Ausschreibungen am Medical Need und an der Passgenauigkeit zur deutschen Forschungslandschaft orientieren und so konkret formuliert sind, dass sich herausragende Konsortien dafür bewerben und rasch substanzielle Beiträge leisten können. Die Arbeitsgruppe „Wissen generieren durch Vernetzung von Forschung und Versorgung“ hat mit einer vergleichbaren Vorbereitung eine Ausschreibung für ein Pilotprojekt in mehreren Modellregionen auf den Weg gebracht. Und was die „Arbeitsgruppe Prävention“ anbelangt, so ist es ihr gelungen, dieses wichtige Forschungsfeld als gleichwertig zu anderen Bereichen in der Krebsforschung zu positionieren. Das BMBF hat kürzlich dazu die Ausschreibung „Risikoadaptierte Krebsfrüherkennung“ veröffentlicht.

PATIENTINNEN UND PATIENTEN WAREN VON ANFANG AN ALS WICHTIGE STAKEHOLDER BEI ALLEN AKTIVITÄTEN AUF AUGENHÖHE DABEI

In strategischer Partnerschaft von DKFZ und Deutscher Krebshilfe hat der Aufbau des Nationalen Krebspräventionszentrums in Heidelberg begonnen, ein innovatives und nachhaltiges Vorhaben eines „Comprehensive Cancer Prevention Centers“. Wir haben einen national wie international sehr beachteten Kongress ins Leben gerufen, der 2022 bereits zum dritten Mal stattgefunden hat. Zudem gibt es seit 2019 jährlich im September die Nationale Krebspräventionswoche, die zunächst von Deutscher Krebshilfe und DKFZ gestaltet wurde, seit 2021 ist auch die Deutsche Krebsgesellschaft Partner.

Darüber hinaus hat die Deutsche Krebshilfe mehrere Programme mit Fragestellungen zur Krebsprävention und das DKFZ drei Professuren in diesem Bereich ausgeschrieben. Also auch hier hat sich im Vergleich zur Zeit vor der Dekade eine Menge getan.

Gibt es etwas, das wir im Bereich Prävention von anderen Ländern lernen können?

Deutschland hinkt anderen westlichen Ländern in manchen Bereichen tatsächlich hinterher, etwa bei der Tabakkontrolle oder der Impfung gegen das humane Papillomvirus HPV. Allerdings gibt es auch andernorts ein erhebliches Defizit an Präventionsforschung bzw. der Umsetzung der Ergebnisse in die Praxis. Prävention erfährt oftmals mehr Aufmerksamkeit in Ländern, die sich eine teure Reparaturmedizin nicht leisten können. Nehmen wir als Beispiel Ruanda: Dort sind praktisch 100 % aller Kinder gegen HPV geimpft, bei uns sind es knapp die Hälfte aller Mädchen und bei den Jungen noch viel weniger.

IN RUANDA SIND PRAKTISCH 100 % DER KINDER GEGEN HPV GEIMPFT

Ein weiterer Schwerpunkt der Dekade gegen Krebs ist die Patientenbeteiligung.

Richtig, Patientinnen und Patienten waren von Anfang an als wichtige Interessensgruppe bei allen Aktivitäten der Dekade auf Augenhöhe dabei. Die Nationale Dekade gegen Krebs hat vergangenes Jahr anlässlich des Weltkrebstages die Allianz für Patientenbeteiligung ausgerufen und mittlerweile über 80 Unterzeichner. Diese verpflichten sich, die Patientenbeteiligung auch langfristig zu sichern. Ebenfalls im vergangenen Jahr hat erstmals die Konferenz für Patienten als Partner in der Krebsforschung stattgefunden.

Weiter wurden ein nationaler NCT-Patientenbeirat sowie lokale Patientenbeiräte an den NCT-Standorten etabliert und die Patienten-Experten-Akademie PEAK ins Leben gerufen. Dort werden Betroffene qualifiziert, sodass sie ihre gelebten Erfahrungen und ihre Expertise in die Gesundheitsforschung und in integrierte Forschungs- und Versorgungsstrukturen einbringen können. Damit ist eine wichtige Grundlage dafür gelegt worden, dass künftig sämtliche Studien hinsichtlich ihrer Fragestellungen auch aus deren Perspektive begutachtet werden.

Stichwort NCT: Sehen Sie den Bedarf mit nunmehr sechs Standorten gedeckt?

Im NCT sind das DKFZ und sechs NCT-Standorte mit insgesamt elf Universitätskliniken vertreten – das ist immerhin fast ein Drittel aller Universitätskliniken in Deutschland. Prinzipiell können weitere Partner partizipieren, zum Beispiel andere Comprehensive Cancer Center. Und wenn wir sehen, dass wir irgendwo nachsteuern müssen, dann werden wir hierzu mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung ins Gespräch gehen.

Vision Zero e.V. ist offizieller Unterstützer der Dekade gegen Krebs. In welcher Form manifestiert sich diese Unterstützung?

Der Verein betreibt eine sehr kompetente Medienarbeit und setzt spannende Themen, die alljährlich beim Vision Zero Summit in Berlin diskutiert werden. Mit dieser Sichtbarkeit stützt Vision Zero e.V. auch die Ziele der Dekade gegen Krebs.

INTERVIEW

Professor Dr. med. Dr. h.c. Michael Baumann

Vorstandsvorsitzender und wissenschaftlicher Vorstand des Deutschen Krebsforschungszentrums DKFZ in Heidelberg und Ko-Vorsitzender des Strategiekreises der Nationalen Dekade gegen Krebs.

Foto: NCT Dresden / Philip Benjamin

Wie bewerten Sie die Dekade gegen Krebs im Rahmen ihrer Berufsbiografie? Würden Sie sagen, es handelt sich um ein singuläres Ereignis?

Ja, ich würde schon sagen, dass dies ein einmaliges Ereignis ist – allerdings ein sehr großes Ereignis mit vielen Komponenten über zehn Jahre hinweg. Zusammen mit anderen Akteuren habe ich mich im Vorfeld sehr intensiv dafür eingesetzt, die Dekade zum Laufen zu bringen, und ich bin mir sicher, dass sie die onkologische Landschaft in Deutschland über viele Jahrzehnte auch nach dem offiziellen Ende 2028 nachhaltig prägen wird. Ich glaube nicht, dass etwas Vergleichbares in meiner Karriere noch einmal passieren wird.Interview: Günter Löffelmann

Neues Deutschlandtempo

Die Digitalisierung hierzulande muss schneller vorangetrieben werden

Deutschland gehört in der Digitalisierung zu den Schlusslichtern Europas. Das sollte sich schnellstens ändern, auch damit wir in der Forschung nicht abgehängt werden, sagt Prof. Dr. Hagen Pfundner, Vorstand von der Roche Pharma AG, im Interview.

INTERVIEW
Prof. Dr. Hagen Pfundner
Vorstand Roche Pharma AG
Foto: Roche

Welchen Beitrag können aus Ihrer Sicht forschende Arzneimittelhersteller leisten, um die Vision Zero in der Onkologie zu erreichen?

Prof. Dr. Hagen Pfundner: Keine Frage, Arzneimittel, die den Tumor gezielt angreifen, spielen hier eine zentrale Rolle. Schauen wir auf die Fortschritte der letzten Jahre: Bei Brust-, Darm- oder Hautkrebs ist die Sterblichkeit seit Jahren rückläufig. Sogar beim Lungenkarzinom sind aus wenigen Monaten Überleben heute zum Teil viele Jahre geworden. Moderne Wirkstoffe, die präzise, wirksam und nebenwirkungsärmer sind, haben entscheidend dazu beigetragen. Sind wir damit zufrieden? Keinesfalls! Wir forschen weiter, denn noch immer stirbt in Deutschland jeder Vierte an Krebs. Klar ist aber auch: Die Vision Zero in der Onkologie fordert das gesamte Gesundheitssystem und die Gesellschaft heraus – sie reicht von der Aufklärung, Prävention und Früherkennung über die Versorgung bis zur Nachsorge.

Welchen Stellenwert spielt dabei eine datengetriebene Medizin?

Medizin ist immer datengetrieben – das Problem: Wir würden den Fortschritt in Forschung und Versorgung massiv beschleunigen, wenn wir vorhandene Daten aus der Routineversorgung analysieren und auswerten könnten. Doch die Voraussetzungen dafür sind bis heute nicht gegeben. Die elektronische Patientenakte ist hier nur die Spitze des Eisbergs. Unsere Probleme sind nach wie vor analoge Datenerfassungen, Datensilos, mangelnde Interoperabilität selbst innerhalb einer Klinik sowie fehlende Möglichkeiten zum Austausch von Gesundheitsdaten zu Forschungszwecken. Hier muss das "neue Deutschlandtempo" greifen, denn Deutschland zählt bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens zu den Schlusslichtern in Europa – was auch ein enormer Nachteil für den Forschungsstandort Deutschland ist.

ARZNEIMITTEL, DIE TUMOREN GEZIELT ANGREIFEN, SPIELEN ZENTRALE ROLLE

STEIGENDE KOSTEN FÜR STUDIEN IN DEN GRIFF BEKOMMEN

Inwieweit müssen sich Studienkonzepte, Zulassungsverfahren und Nutzenbewertung ändern, um eine echte personalisierte Therapie in Zukunft zu ermöglichen?

Hier liegt das Problem: Auf der einen Seite sehen wir eine Wissenschaft, die sich immer schneller weiterentwickelt – auf der anderen Seite starre Regulierung, die den Fortschritt ausbremst. Wenn wir wollen, dass Patient:innen auch in Zukunft Zugang zu modernsten Therapien erhalten, müssen wir die zunehmende Bürokratie und steigenden Kosten bei klinischen Studien in den Griff bekommen, die Zulassungsverfahren, Nutzenbewertung und Erstattung im Kontext der EU-Vorgaben modernisieren sowie für neuartige Therapien neue Evidenzanforderungen und neue Vertragsmodelle entwickeln.

Interview: Jochen Schlabing

MedTriX Group

MEDICAL TRIBUNE

Jetzt kostenlos abonnieren
bit.ly/3I6X6Dz

Foto: iStock/Pykhodov

Versand wöchentlich

OnkoLetter für Fachärzt:innen

Medical Tribune hält Sie auf dem Laufenden!

Der OnkoLetter der Medical Tribune ist speziell auf den Informationsbedarf von hämatologisch und onkologisch tätigen und interessierten Ärzt:innen ausgerichtet und verschafft einen raschen sowie nachhaltigen Überblick.

Wohin bewegt sich die Onkologie?
Der OnkoLetter für Haus- und Fachärzt:innen informiert Sie über:

- aktuelle Kongresse der Onkologie/Hämatologie
- Neuzulassungen und interessante Pipeline-Präparate
- Kongress-Highlights im Video-Format
- interdisziplinäre Ansätze
- Neuigkeiten aus der internationalen Literatur

Bestellcoupon

Einfach ausfüllen und **per Post** oder **per Fax** an **0611 9746 480-288** senden.

Bitte vergessen Sie nicht, Ihre E-Mail-Adresse anzugeben!

MedTriX GmbH
Digital
Unter den Eichen 5
D-65195 Wiesbaden

VisionZero 2023

☐ **Ja, ich abonniere kostenlos**
den wöchentlichen OnkoLetter

Des Weiteren möchte ich folgende kostenlose Newsletter abonnieren:

☐ Medical-Tribune-Letter
☐ PraxisLetter
☐ DiabetesLetter
☐ NeuroLetter
☐ PneumoLetter
☐ KardioLetter
☐ GastroLetter
☐ DermaLetter
☐ RheumaLetter
☐ CMELetter
☐ GynLetter
☐ PädiatrieLetter
☐ E-Health-Newsletter

(bitte ankreuzen)

E-Mail-Adresse

Name Fachrichtung

Datum, Unterschrift

vision zero

Gemeinsam gegen Krebs

NATIONALE DEKADE GEGEN KREBS

UNTERSTÜTZER

www.vision-zero-oncology.de