

September 2012

03

Erscheint vierteljährlich
Jahrgang 32

For the last time in Switzerland?

13th St.Gallen International Breast Cancer Conference 2013

Primary Therapy of Early Breast Cancer
Evidence, Controversies, Consensus

13–16 March 2013, St.Gallen/Switzerland

See debate p. 191-193

**SCHWEIZER
KREBSBULLETIN
BULLETIN SUISSE
DU CANCER**



**Schwerpunkt:
Versorgungsforschung**

Editorial

- 177-178 Evidence, Ethics, Economy and Cancer Registries
J. Nadig

Pressespiegel

- 181-188 Cancer in the media

Hot topics

- 191 St. Gallen Consensus Conference on Early Breast Cancer Brief der SAKK an Prof. H.-J. Senn
R. von Moos, P. Brauchli
- 192-193 Stellungnahme von SONK zur Diskussion in der SAKK bezüglich Verlegung der St. Gallen International Breast Cancer Conference 2015 nach Wien
R. Dubs, H.-J. Senn
- 194-195 A letter to the President of the newly founded Swiss Cancer Network
M. Fey

Schwerpunktthema**Versorgungsforschung**

- 197-200 Versorgungsforschung – braucht es das in der Schweiz?
T. Rosemann
- 202-204 «Small area analysis» als Instrument für die Versorgungsforschung in der Schweiz
K. Matter-Walstra
- 205-208 Quality Indicators of Clinical Cancer Care (QC₃) in the territory of Canton Ticino: a population-based study
V. Bianchi, A. Spitale, L. Mazzucchelli, A. Bordoni and the QC₃ Working Group
- 209-211 Brustkrebs: Versorgung der Schweiz in Bezug auf Prävention, Abklärung und Behandlung
C. Rageth
- 212-213 Nachsorge nach Krebs im Kindesalter
G. Michel
- 214-216 Der Beitrag der ambulanten spezialisierten Pflegedienste an die Versorgungsqualität krebskranker Menschen zu Hause
M. Sailer Schramm, P. Jermann, M. Egli, M. Monteverde, E. Waldmann
- 217 Aus Sicht der Ethik: Begleitforschung Fallpauschalen
C. Clarinval, N. Biller-Andorno
- 218-221 Qualitätssicherung in der onkologischen Rehabilitation
N. Zerkiebel
- 222-223 Belastungsscreening als Versorgungsstandard in der Schweiz: Was gilt es für die Einführung zu berücksichtigen?
J. Alder

Originalartikel

- 226-228 Establishing a PICC (Peripherally Inserted Central Catheters) Team at the Oncology Institute of Southern Switzerland – an opportunity for patients, nurses and health service
M. Bianchi, D. Valcarenghi

SAKK Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung

- 230 Call for Research Proposal
The Gateway for Cancer Research / SAKK Research Grant
- 231-235 SAKK News
A. Steiner

SPOG Schweizerische Pädiatrische Onkologiegruppe

- 236-238 Recombinant Factor VII as therapeutic option in life-threatening pulmonary hemorrhagic oedema in a preterm boy
S. Schaetzle, T. M. Berger, J. Rischewski

NICER National Institute for Cancer Epidemiology and Registration

- 240-244 Trends in Lung Cancer Survival in Switzerland
A. Bordoni, M. Lorez, C. Bouchardey et al.

KLS Krebsliga Schweiz

- 247-248 Brustzentren in Basel und St. Gallen mit Qualitätslabel ausgezeichnet
K. Bodenmüller
- 249-250 Neue Kinder- und Jugendangebote: Cancerline – der Chat für junge Menschen zu Krebs
C. Sanwald
- 250 «Gemeinsam gegen Brustkrebs»: Angehörige leisten wertvolle Unterstützung
- 251 Neu im Krebsliga-Shop: Broschüre zu Bauchspeicheldrüsenkrebs. Sozialversicherungsleitfaden 2012 für Fachpersonen
C. Sanwald
- 252-253 Nouvelles parutions de la Ligue contre le cancer: Brochure sur le cancer du pancréas. Guide pratique des assurances sociales 2012 pour les professionnels
C. Sanwald
- 253 «Unis contre le cancer du sein»: les proches sont un précieux soutien
- 254 Fort- und Weiterbildungen der Krebsliga Schweiz
Formation continue de la Ligue suisse contre le cancer
- 255-256 Les centres du sein de Bâle et de Saint-Gall distingués par le label de qualité
K. Bodenmüller

Cooperative Groups

- 259 Phase I studies open at IOSI / Clinical Research Group Istituto Oncologico della Svizzera Italiana
- 261-262 International Breast Cancer Study Group IBCSG
R. Maibach

Der seltene Fall

- 265-267 Malignant pheochromocytoma: challenging management of a rare disease
N. Gebbers, R. Winterhalder

Kongressberichte

- 269 European Forum on Oncology 2012 – Advances in cancer therapy, May 3-4, Berlin
F. Cavalli

Bücher

- 271 Krebs – Die grosse Herausforderung (F. Cavalli)
T. Cerny
- 273 Komplementäre Onkologie (J. Hübner)
W. F. Jungi

Bevorstehende onkologische Ereignisse

Fotos aus Südafrika von Karin Lerch

Schwerpunktthema Ausgabe Nr. 4-2012: Rare cancers

Nächste Eingabeterminde: Nr. 4/2012: 27. September - Nr. 1/2013: 15. Januar - Nr. 2/2013: 16. April - Nr. 3/2013: 16. Juli

Evidence, Ethics, Economy and Cancer Registries

Managing the Swiss Health System seems to be an impossible task. There is no concept to guide the complex Swiss Health Care System in accordance to technical, economic, social and political challenges in the field of highly specialized and basic health care, as well as costs and human resources.

In the ICoC project Clarival and Biller-Andorno are investigating the impact of the introduction of Swiss DRG to health care quality and -fairness and employment conditions for health care workers. Depending upon the payment system there are different incentives to make profits. *Payment for service systems* may mislead to do more than is needed. In our existing public health system, one can only receive an optimal, not a maximal treatment. Therefore, quality has to be more than what the client wishes. Zerkiebel describes the challenge to develop validated methods for the daily practice of screening patients' needs for rehabilitation. A second challenge is to measure added treatment benefits with structured rehabilitation programs. Medical intervention in prevention, diagnosis, therapy and rehabilitation should only than be reimbursed when they are in accordance with sufficient evidence, ethics and economy.

In an *all-included package system* (DRG, Capitation), the physician can improve his income by withholding expensive treatment. DRG and capitation may encourage doctors, to do less than is needed. Missing data for treatment quality before the introduction of G-DRG was the main reason for Germany having no adequate accompanying research. In the Swiss Health Care System, there is also a lack of a sufficient data base for accompanying - and health services research. There are practically no registries collecting data about treatment. For empiric research the ICoC project is based only on the single private AMIS Registry. Cantonal health authorities are both: the financer and owner of public hospitals. But as they have the role of both - financer and operator of their own hospitals, this enables them to determine patient flow in their own interests. To be transparent, their decisions should be based on results instead on process and structural criteria.

Rageth explains the difference in reduction of breast cancer mortality rate between the German and French part of Switzerland with the introduction of breast cancer screening programs. He pleads for a nationwide access to certified breast cancer centers because outside of these centers treatment quality is seen to be insufficient. But an inverse gradient exists in the use of Herceptin: the dose per inhabitant used in Geneva is two times higher than in the eastern part of the country. The amount of health care expenditure in Geneva (SFr. 6361.-) are more than twice as high as in St. Gallen. (Luca Crivelli, National Health Policy 19. Nov. 2009). Are these regional differences due to an under or overuse of resources? Does better care quality require a higher price? Due to lack of data we don't know the answer. But the faster reduction of breast cancer mortality in the French part of Switzerland can be due to factors other than screening programs.

A retrospective analysis of Breast cancer Treatment between 2000 –2005 based on data of the cancer registry of Geneva shows scores of high treatment quality with 85% in the cancer center and 87% in the cancer network and an identical breast cancer specific survival in both groups after 5 years. Thanks to the willingness of the network and center physicians to disclose their treatment data to the cancer registry, they have disproved the theory that women «get the best possible treatment in certified centers» and exposes it as a cover-up for their own interests. Cancer patients should have nationwide access to treatment facilities where caregivers disclose their treatment data in a certified quality register based on the data of cancer registries (as it is done in Sweden). This is basic for the integral quality concept elaborated by the Swiss Society of Medical Oncology (SSMO), as its contribution to the National Cancer Program (NCP) 20121 – 2015.

Medical Oncologists who have joined the Swiss Cancer Network (SCN) are dedicated to this goal. To implement this quality concept as well as a quality culture in our country, we need a national registry law with the same facilities as the registry of Geneva. Today, data for breast cancer treatment is sent to different private registries (EUSOMA, SGS, DKH) but neither the cantonal registries nor the professional societies have access to this data to analyse and compare treatment quality. Linking together epidemiology, accompanying - and Health Services Research and a quality register of the professional society based on the data of the cancer registries enables us to monitor the impact of new care delivery models on the treatment quality. Such information is essential for a rational and transparent management of the health care system independent of the financing system.

The project of Bordoni is an important step in achieving this goal. Here quality indicators for five common solid tumours are collected prospectively by the cancer registry in close collaboration with the treating physicians. With this population based data, a quality register of the professional society can be implemented. Each caregiver and treatment network can compare one's treatment to the collective. With a user friendly application platform, data has to be collected only once. This is in contrast to Germany: Here one fills out more than 400 forms to follow up a woman with breast cancer without recurrence over a 10 year period in a quality assurance project. With the proposed quality data registry owned by the professional society, the obligation of art. 22 a of the KVG to deliver quality indicators to the health authorities should be fulfilled. In Northern Europe such registries are an essential part of the quality concept of various professional societies. Their common denominator is a public contract, public founding and the ownership of the registries by the professional societies and not by the government. The registries inform health authorities regularly about improvement of treatment quality. Matter from the SAKK network outcome research describes the instrument of small area analysis. This method makes it possible to map indicators of health services structures. They can be used on a meta level for decision making.

Based on the NCP 2011-2015, the SSMO elaborated a comprehensive quality concept with four main issues:

- Comprehensive care during the entire treatment chain,
- Treatment according to (international) guidelines and treatment pathways
- Treatment planning in an interdisciplinary tumour board
- Disclosing treatment data in a certified registry

Their use had a positive influence on survival (BMJ 2012 344 e2718). The members of SCN are dedicated to implement this quality concept. NICER, SAKK and SSMO bring together the knowhow to create the necessary framework.

Let us use the window of opportunity to implement this quality concept as the Swiss standard in oncology. Let us influence politicians to create a modern registry law, which allows the use of this registry data for epidemiology, treatment quality and accompanying - and health services research. In this way we can develop a quality culture in Switzerland to improve patient care considering evidence, ethics and economy.

Dr. med. Jürg Nadig MAE
Präsident der Schweizerischen Gesellschaft
für Medizinische Onkologie
juerg.nadig@hin.ch

REDAKTION

Prof. Dr. Franco Cavalli, Koordination: Karin Lerch
Istituto Oncologico della Svizzera Italiana (IOSI), Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli, 6501 Bellinzona
Tel. 091 811 82 30, Fax 091 811 91 82, Email: karin.lerch@sakk.ch

SAKK

Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung / Groupe Suisse de Recherche Clinique sur le Cancer
Verantwortlich: Annik Steiner, SAKK, Effingerstrasse 40, 3008 Bern
Tel. 031 389 91 91, Fax 031 389 92 00, Email: annik.steiner@sakk.ch

NICER

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

SPOG

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

KLS

Krebsliga Schweiz / Ligue suisse contre le cancer
Verantwortlich: Kurt Bodenmüller, KLS, Effingerstrasse 40, Postfach 8219, 3001 Bern
Tel. 031 389 93 31, Fax 031 389 91 62, Email: kurt.bodenmueller@krebssliga.ch

ISREC

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

SASRO

Scientific Association of Swiss Radiation Oncology
Responsible: Dr. Damien Weber, Service de radio-oncologie, Site de Cluse-Roseaie, Hôpitaux Universitaires de Genève
4, rue Gabrielle Gentil, 1211 Genève 14, Tel. 022 382 72 47, Fax 022 382 71 17, Email: damien.weber@hcuge.ch

ONCOCAMPUS

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

OPS

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

SGPO

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

SGMO

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

Folgende Firmen unterstützen den SAKK Industriepool:

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

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

PharmaMar S.A.
Robapharm AG
Roche Pharma (Schweiz) AG
Sandoz Pharmaceutical AG
Sanofi-Aventis (Suisse) SA
Takeda Pharma AG
Teva Pharma AG

L'épigénétique Une hérédité sans ADN

Des mécanismes qui ne modifient pas notre patrimoine génétique jouent un rôle fondamental dans le développement de l'embryon et dans la différenciation des cellules de l'organisme. Qualifiés d'épigénétiques, ils pourraient aussi expliquer comment l'environnement induit des changements stables de caractères, voir des maladies, éventuellement héréditaires sur plusieurs générations

L'épigénétique, c'est d'abord cette idée que tout n'est pas inscrit dans la séquence d'ADN du génome. «C'est un concept qui dément en partie la fatalité des gènes», relève Michel Morange, professeur de biologie à l'ENS. Plus précisément, «l'épigénétique est l'étude des changements d'activité des gènes - donc des changements de caractères - qui sont transmis au fil des divisions cellulaires ou des générations sans faire appel à des mutations de l'ADN», explique Vincent Colot, spécialiste de l'épigénétique des végétaux à l'Institut de biologie de l'Ecole normale supérieure (ENS-CNRS-Inserm, Paris). Est-ce la fin de l'ère du «tout-ADN», qui a connu son apogée vers l'an 2000 avec les grandes manœuvres du séquençage du génome humain? «L'organisme reste construit à partir de ses gènes, même si l'activité de ceux-ci peut être modulé», tempère Michel Morange.

Mais le séquençage des génomes l'a révélé avec éclat: la connaissance seule de la séquence de l'ADN ne suffit pas à expliquer comment les gènes fonctionnent. C'était pourtant prévisible: si cette connaissance suffisait, comment expliquer que malgré leur génome identique, les différents types de cellules d'un individu développent des caractères aussi différents que ceux d'un neurone, d'une cellule du foie, des muscles ou de la peau?

L'épigénétique répond en partie à cette interrogation - mais elle en soulève de nombreuses autres. «Le cadre classique de l'épigénétique, c'est le développement de l'embryon et la différenciation des cellules de l'organisme», indique Vincent Colot. Mais ses enjeux concernent également la médecine et la santé publique... et les théories sur l'évolution. Elle jette le soupçon sur l'environnement, qui pourrait moduler l'activité de certains de nos gènes pour modifier nos caractères, voire induire certaines maladies qui pourraient être transmis(es) à la descendance.

La première question, cependant, est celle de la définition de ce fascinant concept. Un certain flou persiste, même chez les scientifiques. «Ces ambiguïtés tiennent au fait que le terme a été introduit à plusieurs reprises dans l'histoire de la biologie, avec à chaque fois un sens différent», raconte Michel Morange, qui est aussi historien des sciences. Précurseur absolu, Aris-

tote invente le terme «épigénèse» - de *épi-*, «au-dessus de», et *genèse*, «génération» - vers 350 avant notre ère.

«Observant des embryons de poulet, Aristote découvre que les formes ne préexistent pas dans le germe, mais sont, au contraire, progressivement façonnées au cours du développement embryonnaire», rapporte Edith Heard, qui dirige une équipe (Institut Curie-Inserm-CNRS) sur l'épigénétique du développement des mammifères. Une vision admirablement prémonitrice, qui ne se verra confirmée qu'avec l'invention du microscope à la fin du XVII^e siècle.

Quant au mot «épigénétique», il apparaît en 1942: on le doit au généticien anglais Conrad Waddington, qui s'attache à comprendre le rôle des gènes dans le développement. Comment s'opère le passage du génotype (l'ensemble des gènes) au phénotype (l'ensemble des caractères d'un individu)? A l'époque, on ignorait que l'ADN est le support de l'hérédité. Mais les liens entre génotype et phénotype se précisent peu à peu, à mesure qu'on découvre la structure des gènes et leur mode de régulation. Une étape décisive est franchie avec les travaux de François Jacob, Jacques Monod et André Lwoff, Prix Nobel en 1965: ils montrent l'importance d'un facteur de l'environnement (la présence d'un sucre, le lactose) dans le contrôle de l'expression d'un gène et la détermination d'un caractère (la capacité de la bactérie *E. coli* à utiliser le lactose comme source d'énergie). ...

Le Monde, 14 avril 2012

«Une des intuitions de Lamarck pourrait s'avérer juste...»

Vincent Colot dirige une équipe de recherche sur les processus épigénétiques chez une plante modèle, *Arabidopsis*, à l'Institut de biologie de l'Ecole normale supérieure (ENS-CNRS-Inserm), à Paris. Les travaux de cette équipe visent notamment à déterminer l'importance des épimutations chez les végétaux et l'impact de l'environnement sur leur genèse.

Les processus épigénétiques jouent-ils des rôles comparables dans le règne végétal et dans le règne animal?

Apparemment non. Chez les plantes, l'épigénétique semble importante dans l'hérédité au fil des générations. Mais son rôle semble bien moindre dans le développement de l'individu: l'identité des cellules végétales est surtout déterminée par leur position, bien plus que par leur lignage. Il y a une exception notable: la «mémoire du froid», ou «vernalisation». Ce processus per-

met la floraison chez certaines plantes comme le blé d'hiver - mais uniquement après une exposition prolongée au froid, qui induit l'inactivation stable d'un gène-clé par un mécanisme épigénétique. Chez l'animal, c'est apparemment le contraire. Les processus épigénétiques sont déterminants pour établir et maintenir l'identité des différentes cellules de l'organisme, la vie durant. Mais leur place dans la transmission intergénérationnelle des caractères est plus incertaine.

Chez les plantes, l'hérédité épigénétique a donc un certain poids?

Les végétaux se caractérisent par une importante capacité à produire des variations épigénétiques, ou épimutations, qui peuvent être transmises à la descendance sur au moins huit à dix générations. Chez la tomate, par exemple, un mutant nommé Cnr présente un défaut de maturation du fruit. Ce changement est dû à l'hyperméthylation de l'ADN d'un gène et à son inactivation. Chez les végétaux d'intérêt agronomique, la possibilité de provoquer des épimutations pour créer rapidement de nouveaux caractères suscite un très vif intérêt.

Quid de l'existence d'épimutations héréditaires chez les mammifères?

Les exemples avérés restent sporadiques. Et quels sont les mécanismes en jeu? S'il y a une transmission multigénérationnelle, c'est au travers des cellules germinales. Mais chez l'animal, lors de la formation de ces cellules, les marques épigénétiques préexistantes sont pratiquement toutes effacées: il y a une remise à zéro, suivie d'une reprogrammation de nouvelles marques.

Pouvez-vous donner un exemple d'épimutation héréditaire chez un mammifère?

On revient toujours à l'exemple de la souris agouti. Chez ce rongeur, lorsqu'un gène nommé *Avy* est peu ou pas méthylé, il est dérégulé: les souris ont un pelage jaune et sont sujettes à développer une obésité, un diabète ou des cancers. Lorsqu'*Avy* est hyperméthylé, il est normalement actif: les souris sont brunes et n'ont aucun problème de santé. Pourtant, ces deux versions du gène *Avy* ont exactement la même séquence d'ADN. Ce modèle montre aussi le rôle de l'environnement dans la genèse des épimutations: le régime alimentaire de la femelle, durant la gestation, influence la méthylation d'*Avy*, donc la couleur du pelage des souriceaux et leur prédisposition à des maladies.

Que sait-on du rôle de l'environnement dans l'apparition des épimutations?

L'environnement, on le sait, joue un rôle dans la genèse des mutations «classiques»: chez les bactéries, les travaux du groupe de Miroslav Radman notamment l'ont montré, un stress intense favorise les mutations de l'ADN. Même

si les preuves manquent encore, tout le monde s'accorde à penser que l'environnement joue un rôle prépondérant dans l'apparition des épimutations. De fait, les états chromatiniques sont très sensibles aux facteurs environnementaux, et chez les plantes les stress semblent favoriser plus souvent la création d'épimutations que celle de mutations de l'ADN.

Quelle est l'importance de l'épigénétique dans les processus évolutifs?

Les experts sont très divisés. Une question centrale demeure: les états chromatiniques sont-ils transmis sur assez de générations pour donner prise à la sélection naturelle?

L'épigénétique glisserait-elle une dose de lamarckisme dans une évolution dominée par la sélection darwinienne?

Evoquer Lamarck reste tabou, surtout chez les scientifiques, en raison des dérives que ses intuitions ont générées: en France avec le néolamarckisme, en Russie avec l'affaire Lyssenko [*le charlatan soviétique de la génétique, 1898-1976*]... Là où l'intuition de Lamarck s'avère juste, c'est dans le rôle moteur que peut jouer l'environnement dans la genèse d'une variation héritable - notamment, on le sait aujourd'hui, en créant des épimutations. On a eu jusqu'ici tendance à négliger ce rôle! Mais Lamarck continue d'avoir tort sur un point: le changement dicté par l'environnement reste aléatoire, il n'est pas nécessairement bénéfique. C'est la sélection naturelle qui fera le tri entre un changement adaptatif et un changement non adaptatif, selon un schéma darwinien classique.

Quid de la notion d'hérédité des caractères acquis, que Lamarck défendait?

Selon Lamarck, l'environnement induirait des changements dans les cellules du soma [*l'ensemble des cellules non sexuelles de l'organisme*] qui seraient ensuite transmis par un signal circulant jusqu'aux organes sexuels. S'inspirant de Lamarck, Darwin a nommé «gemules» ces particules censées être abritées dans les divers organes puis transportées jusqu'aux organes sexuels. De façon étonnante, cette notion de gemules pourrait être confirmée chez les plantes! Il y a chez les végétaux de petits ARN circulants qui jouent un rôle dans la méthylation de l'ADN, donc dans la création éventuelle d'épimutations. Ces ARN peuvent être produits dans les feuilles en réponse à un stress environnemental. Ils circulent ensuite, par la sève, jusqu'aux racines - et probablement aussi jusqu'aux fleurs, où ils pourraient instruire les cellules germinales en créant des épimutations. Si ces épimutations étaient adaptatives, alors nous ne serions plus très loin de Lamarck!

Le Monde, 14 avril 2012

Wem das Leiden gehört

Gegner der Suizidbeihilfe befürchten eine Verarmung an Erfahrungen rund um das Sterben

Die Meinung über die Sterbehilfe ist mit dem jeweiligen Menschenbild verknüpft. Entscheidend ist auch, welche Bedeutung dem Leiden zugemessen wird.

Zwar sollen die geltenden Regeln für die organisierte Sterbehilfe unangetastet bleiben, wie der Bundesrat vor einem Jahr entschieden hat. Doch wer meint, die Sache sei damit zu Ende diskutiert, sieht sich getäuscht. Dies zeigt ein soeben erschienenenes kontradiktorisch aufgebautes Buch. Und dies zeigte auch ein Abend in Zürich, an dem über die Sterbehilfe gestritten wurde. Sechs Autoren, die sich im Buch «Der organisierte Tod» äussern, debattierten darüber, wer die Macht über die letzte existenzielle Entscheidung des Menschen innehat.

Verlust an Emotionen

Als grundlegend für die Haltung zur Sterbehilfe entpuppt sich der Begriff des Leidens. Während die Gegner der Meinung sind, dass ein gewisses Ausmass an Leiden zum Leben gehört, weigern sich die Befürworter, sich eine Meinung über das Leiden eines anderen Menschen anzumassen. Der für die Sterbehilfeorganisation Exit tätige Pfarrer Werner Kriesi sagte anlässlich des Streitgesprächs, dass «von aussen gesehen Leiden nicht verstehbar» sei: «Als Gesunder habe ich zum Leiden eines Menschen, der sterben will, nichts zu sagen.» Der Entscheid, das Leiden zu beenden, liege allein beim Leidenden.

Die Psychologin und Theologin Monika Renz, die am Kantonsspital St. Gallen Krebspatienten betreut, tritt hingegen für eine Enttabuisierung des Leidens ein, und zwar nicht weil Leiden heroisch, sondern weil es Realität sei. Patienten empfinden möglicherweise nicht das als Leiden, was Aussenstehende als solches wahrnehmen. Sterben sei ein Prozess, in dem der Mensch das Bewusstsein überschreiten könne. Dies sei eine «Extremerfahrung», und sie verstehe nicht, weshalb diese mithilfe des assistierten Suizids zur «Softsache» gemacht werden solle. «Weichen wir dem Leiden aus, verlieren wir in der Folge einen Teil unserer Empfänglichkeit für Beziehungen, Sinneswahrnehmungen, Emotionen, Spiritualität», sagt Renz im Buch, das einen Überblick zur Auseinandersetzung mit der Suizidhilfe bietet.

Auch der Zürcher EVP-Kantonsrat Gerhard Fischer sieht die Erfahrung des Sterbens durch die Sterbehilfe bedroht: «Sterbende Menschen sind sehr wertvolle Menschen. Wir können von ihnen profitieren, sie lehren uns viel, wie zum Beispiel Barmherzigkeit.» Der ehemalige CVP-Nationalrat

und Kommandant der Schweizergarde in Rom Pius Segmüller erkennt im Leiden einen Sinn: «Auch die Geburt ist ein Leiden für die Mutter, und doch kommt dabei neues Leben zur Welt.» Trotzdem: «Sinnlose Lebensverlängerungen» lehnt Segmüller ab. Er findet es zulässig, wenn man einen Schwerverkranken durch Unterlassen oder Reduktion lebensverlängernder Massnahmen sterben lässt.

Prägend für die Haltung zur Sterbehilfe ist auch das jeweilige Menschenbild. So betrachtet Ludwig Minelli, der Gründer der Sterbehilfeorganisation Dignitas, den Menschen als ein freies Individuum, «das nicht als Schäfchen von einem Hirten betreut werden muss» und dessen Selbstbestimmungsrecht den Entscheid über den eigenen Tod einschliesse. Renz kann dieser individualistischen Sichtweise wenig abgewinnen: «Die meisten, die von selbstbestimmtem Sterben sprechen, haben keine Ahnung davon, was Selbstbestimmung im Sterben bedeutet», meint sie. «Letztlich bleibt das Sterben ein Geheimnis.» Dem stimmt der Krebsarzt und ehemalige SP-Nationalrat Franco Cavalli, der die Sterbehilfe befürwortet, in gewisser Hinsicht zu: Es gebe die verschiedensten Arten, wie Menschen sterben, meint er. Heute stürben aber die meisten Menschen in der Schweiz nach einer chronischen Krankheit und hätten viel Zeit, darüber nachzudenken, wie sie sterben wollten. Und dieser Entscheid sei in einer aufgeklärten Gesellschaft allein ihre Sache.

Ärztliche Aufgabe

Trotz den Möglichkeiten der palliativen Medizin gebe es Menschen, die die Sterbehilfe in Anspruch nehmen wollten, berichtet Cavalli aus der eigenen Praxis. Er ist der Meinung, dass die Sterbehilfe zur ärztlichen Aufgabe gehöre, und zwar nicht nur am Lebensende, wie es die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften umschreiben, sondern auch dann, wenn ein Patient die Qualität seines Lebens als unwürdig und inakzeptabel erachtet. Wäre es zudem überall erlaubt, in Spitälern und Heimen Sterbehilfe zu leisten, wäre das Problem gelöst, denkt Cavalli: «In diesem Fall braucht es keine Sterbehilfeorganisationen mehr.»

Das mag zutreffen. Die Diskussion über den organisierten Tod wird aber auch dann noch nicht zu Ende sein.

Hans Wehrli, Bernhard Sutter, Peter Kaufmann (Hg.): **Der organisierte Tod. Sterbehilfe und Selbstbestimmung am Lebensende – Pro und Contra.** Orell-Füssli-Verlag, Zürich 2012. 270 S., Fr. 24.90.

Neue Zürcher Zeitung, 11. Mai 2012

Au JO de Pékin, le coeur reconnaissant

C'est un nouveau pas dans la compréhension des liaisons dangereuses entre pollution et système cardio-vasculaire. Une étude originale, menée pendant les Jeux olympiques de Pékin de 2008 et publiée dans le Journal of the American Medical Association (Jama) du 16 mai, révèle que des variations du taux de pollution induisent des modifications quasi instantanées au niveau des artères. Depuis une dizaine d'années, il est établi que les polluants atmosphériques, notamment les petites particules, constituent un facteur de risque d'angine de poitrine, d'infarctus et autres attaques cérébrales... Mais les mécanismes intimes de cette toxicité restaient flous.

Pour les élucider, l'équipe de David Rich (université de Rochester, Etat de New York) a profité d'une situation expérimentale exceptionnelle. En 2008, le gouvernement chinois a pris des mesures drastiques pour améliorer la qualité de l'air de Pékin, ville parmi les plus polluées du monde, durant les Jeux olympiques et paralympiques.

Avant, pendant et après cette période, les chercheurs ont mesuré de multiples paramètres chez 125 étudiants en médecine: tension artérielle, pouls, marqueurs biologiques d'inflammation et de thrombose. Chez ces jeunes en bonne santé, la baisse du niveau de pollution s'est accompagnée d'une baisse significative de deux marqueurs de coagulation, le facteur Willebrand et la P-sélectine.

De plus, à l'arrêt des mesures antipollution, le taux sanguin de P-sélectine et la tension artérielle systolique étaient sensiblement plus élevés qu'au début de l'étude.

Les conséquences cliniques de ces modifications biologiques restent incertaines, mais elles suggèrent que les bénéfices d'une amélioration de la qualité de l'air sont immédiats.

Le Monde, 19 mai 2012

Die Tücken des medizinischen Fortschritts

Zunehmend werden Medikamente gegen lebensbedrohliche Krankheiten eingesetzt, für die sie gar nicht zugelassen sind. Die Krankenkassen und die Pharmaindustrie streiten über deren Preise.

Die immer grössere Zahl an Medikamenten und Therapien hat ein Problem geschaffen, das immer stärker zunimmt. Ärzte und ihre Patienten

wollen etwa in der Behandlung von Krebs möglichst das ganze Arsenal an vorhandenen Präparaten nutzen. Dies ist ohne weiteres möglich, wenn das Präparat offiziell zugelassen ist und von den Krankenkassen erstattet wird. Immer häufiger jedoch werden Medikamente gegen Krankheiten eingesetzt, für die sie keine Zulassung haben, im Fachjargon spricht man von Off-Label-Use. An sich müssen die Krankenkassen in solchen Fällen die Kosten für Medikamente nicht vergüten. Geht es jedoch um tödliche oder schwere chronische Krankheiten, macht der Gesetzgeber eine Ausnahme.

Da es dabei häufig zu Unklarheiten, Streitigkeiten und folglich Gerichtsfällen kam, hat der Bund reagiert. Seit März 2011 wurde das Problem in einer Verordnung neu geregelt: Krankenkassen müssen die Kosten von Medikamenten ohne Zulassung erstatten, wenn ein «grosser therapeutischer Nutzen» zu erwarten ist. Wie viel die Verordnung zur Klärung beigetragen hat, ist umstritten.

Vorwurf der Willkür

Während das Bundesamt für Gesundheit von Rechtssicherheit und der Vermeidung unnötiger Gerichtsverfahren spricht, sehen sich die Krankenkassen weiterhin mit mehreren Knacknüssen konfrontiert. «Für uns stellt sich die schwierige Herausforderung, wie ein grosser Nutzen eines Medikaments überhaupt bestimmt werden kann», sagt Martina Weiss, zuständig für den Leistungseinkauf Pharma bei Helsana, auch stellvertretend für andere Krankenkassen.

Da die Definition des Nutzens sehr unterschiedlich ausfallen kann, sind die Kassen dem Vorwurf der Willkür ausgesetzt. Zudem kann eine Kasse gemäss Gesetz auch nur einen Teil der Kosten vergüten, falls das Medikament nur beschränkt wirksam ist. Grosse Krankenkassen wie Helsana oder CSS beurteilen den Nutzen deshalb möglichst standardisiert. So werden etwa die Relevanz und die Qualität der klinischen Studien herangezogen, aber auch die gewonnene Lebensqualität oder bei tödlichen Krankheiten die Verlängerung des Lebens der Patienten, erklärt Gabriella Chiesa Tanner, Leiterin Innovation des Versorgungsmanagements bei der CSS in Luzern.

Ist die Wirksamkeit eines Medikaments umstritten oder schwach belegt, pochen die Krankenkassen darauf, dass zunächst die Hersteller die Kosten für die Behandlung übernehmen. Die Pharmaindustrie zeigt sich nach Erfahrung der Kassen kooperativ, was auf den ersten Blick überraschen mag. Nicht die Kosten stünden im Vordergrund, sondern der Zugang von Patient und Arzt zu wichtigen Medikamenten, sagt Roche-Sprecherin Silvia Dobry stellvertretend für die Pharmaindustrie dazu. Allerdings hat die Übernahme der Kosten auch einen handfesten Nutzen für die Hersteller. Die aus der Behandlung gewonnenen Erkenntnisse lassen sich spä-

ter für eine breitere Anwendung des Medikaments nutzen.

Preise bleiben geheim

Für die grössten Diskussionen zwischen den Krankenkassen und den Pharmaunternehmen sorgen die Verhandlungen über den Preis, wie Chiesa Tanner sagt. Gerade bei Medikamenten im Hochpreissegment kämen die Hersteller den Kassen nur wenig entgegen. Über konkrete Zahlen schweigen sich jedoch beide Seiten aus. Da die betroffenen Medikamente ja für gewisse Krankheiten bereits zugelassen sind, gilt jener Preis als Referenz, den das Bundesamt für Gesundheit nach der Zulassung festgelegt hat. Je nach Wirksamkeit vereinbaren die Krankenkassen mit den Pharmafirmen für die Medikamente einen Preisnachlass. Angesichts des unterschiedlichen Nutzens sei die Bandbreite gross, sagt Chiesa Tanner.

Umgehung der Zulassung

Ein tieferer Preis für eine Off-Label-Anwendung sei gerechtfertigt, da die Pharmafirmen in diesen Fällen oft noch wenig oder teils gar nichts in klinische Studien investiert hätten, sagt Martina Weiss von der Helsana. «Erhalten die Pharmaunternehmen den vollen Preis, hätten sie gar keinen Anreiz mehr, ihr Medikament von den Behörden zuzulassen.» Helsana hat sich bisher als einzige Kasse mit verschiedenen Pharmafirmen vertraglich auf die Vergütung der Medikamentenpreise geeinigt (siehe Box auf S. 184).

Schliesslich gehe es auch darum, dass nicht das ganze System der Zulassung ausgehebelt werde, sagt Weiss. Erhält ein Pharmaunternehmen von der Zulassungsbehörde Swissmedic und dem Bundesamt für Gesundheit grünes Licht, wird das Medikament in die sogenannte Spezialitätenliste aufgenommen. Alle darin enthaltenen Präparate werden von der Grundversicherung übernommen. Mit dem Off-Label-Segment besteht nun die Gefahr, dass neben der offiziellen eine Schattenliste entsteht.

Für Pharmaindustrie lukrativ

Für die Pharmaindustrie sei das ein lukratives Geschäft, sagt ein Branchenkenner, der nicht namentlich genannt sein will. Sei ein Medikament gegen mehrere Krankheiten einsetzbar, werde die Firma die Zulassung für jene Erkrankung suchen, wo sie gute klinische Daten vorweisen kann. Handelt es sich dabei um eine seltene Krankheit, kann eine Pharmafirma erst noch einen höheren Preis verlangen. Die Unternehmen setzten folglich darauf, dass das Medikament gegen andere Krankheiten off-label eingesetzt wird.

Pharmaunternehmen wie Roche wehren sich gegen diesen Vorwurf. Das gleiche Medikament werde in klinischen Studien über Jahre in verschiedenen Anwendungsgebieten geprüft, wenn es medizinisch und wissenschaftlich sinnvoll sei,

Nicht zugelassene Medikamente

Je grösser der Nutzen, desto mehr bezahlt Helsana

Ein Punktesystem soll Streit verhindern. Es bewertet den Nutzen von Medikamenten.

Helsana hat sich bisher als erste Krankenkasse vertraglich mit mehreren Pharmafirmen darüber geeinigt, wie Medikamente vergütet werden sollen, die für bestimmte Krankheiten nicht zugelassen sind. Zusammen mit den Pharmakonzernen Roche und Novartis hat sich Helsana an einen Tisch gesetzt, um ein Verfahren zu entwickeln, wie der Nutzen solcher Medikamente bewertet werden soll. Mittlerweile sind weitere Pharmafirmen hinzugekommen. Die Krankenkasse hofft, dass sie schliesslich mit allen wichtigen Playern der Branche Verträge abschliessen kann.

Mit dem ausgehandelten Verfahren wird ein Medikament anhand eines Punktesystems in eine von vier Kategorien eingeteilt. Hat ein Präparat einen erheblichen Nutzen, wird das Medikament erstattet. Jedoch wird nur ein bestimmter Prozentsatz des offiziellen Preises vergütet. Schliesslich hätten die Pharmafirmen in diesen Fällen weniger in die Forschung und Entwicklung investieren müssen, als dies bei einer Zulassung durch die Gesundheitsbehörden der Fall ist, argumentiert Helsana.

Ist die Wirksamkeit eines Medikaments gering, so übernimmt gemäss Vertrag die Pharmafirma die Behandlungskosten. Zeigt sich später, dass das Präparat dem Patienten nützt, übernimmt die Kasse die Vergütung dann doch. Lässt sich kein Nutzen feststellen, zahlt Helsana nicht.

Roche sieht den Vertrag mit Helsana als Pilotprojekt, das weiterentwickelt werden müsse, sagt eine Sprecherin. Der Pharmakonzern befindet sich im Gespräch mit weiteren Krankenkassen, um ähnliche Lösungen zu finden.

Andere Kassen wie die CSS haben auf eine vertragliche Regelung verzichtet. Da sich der ganze Bereich im Wandel befinde, lohne es nicht, die Preise vertraglich festzulegen. Zudem handle es sich häufig um Einzelfälle, die immer wieder neu beurteilt werden müssten.

Tages-Anzeiger, 21. Mai 2012

sagt Sprecherin Dobry. Dass zunehmend Medikamente für kleinere Patientengruppen entwickelt würden, habe damit zu tun, dass die Wissenschaft Krankheiten heute besser verstehe und nach Ursachen einfacher unterteilen könne. Das Thema Off-Label-Use wird den Gesundheitssektor mit Sicherheit weiter beschäftigen. Allein Helsana bearbeitet rund 2000 Fälle pro Jahr, Tendenz klar steigend. Bei der CSS gingen rund 700 Gesuche ein. Auch hier rechnet man in den nächsten Jahren nicht zuletzt wegen des medizinischen Fortschritts mit einer deutlichen Zunahme.

Tages-Anzeiger, 21. Mai 2012

Ein fataler Engpass

Der Nachschub lebenswichtiger Medikamente wie etwa Chemotherapiemittel harzt. Dafür mitverantwortlich ist die Pharmaindustrie.

Die Medikamentenknappheit in der Schweiz spitzt sich zu. Seit Anfang Jahr sind bei den Spitälern rund 60 Meldungen über Lieferengpässe eingegangen. Das sind gleich viele Fälle wie im vergangenen Jahr insgesamt. Die Spitälern müs-

sen auf andere Medikamente mit dem gleichen Wirkstoff oder Generika ausweichen oder auf Lieferquellen im Ausland zurückgreifen. Besonders stark betroffen sind mehrere Chemotherapie-Medikamente, deren Patentschutz längst abgelaufen ist. An diesem Fall lassen sich zahlreiche Ursachen des Problems aufzeigen.

Die entsprechenden Arzneimittel sind schon seit längerem rar. Als Grund führen Branchenkenner den massiven Preisdruck auf diese Medikamente an. Die Spitälern verlangten beim Einkauf massive Rabatte von teilweise bis zu 80 Prozent auf den offiziellen Listenpreis, sagt ein Branchenvertreter. Schon nur bei minimalen Preisunterschieden werde der Hersteller gewechselt. Die Rabatte werden notabene auf bereits markant tiefere Preise gewährt. Verliert ein Medikament den Patentschutz, kommt der Preis aufgrund der Konkurrenz durch Generika stark unter Druck.

Die Hersteller der Generika reagieren auf die tieferen Preise, in dem sie ihre eigenen Kosten drücken. So konzentrieren die Firmen etwa die Produktion an möglichst wenigen Standorten, um grössere Mengen günstiger herzustellen. Daneben werden die Lagerbestände möglichst klein gehalten. Zudem hätten die Unternehmen ihre Produktion teilweise zurückgefahren und die frei-

gewordene Kapazität für Medikamente genutzt, die sich profitabler herstellen liessen, sagt der Branchenkenner. ...

Zu spät informiert?

Sandoz steht in der Kritik, das Problem nicht nur heruntergespielt, sondern auch zu spät informiert zu haben. Die Firma habe es unterlassen, die Mitbewerber vor dem Engpass zu warnen. So hätten diese nicht darauf reagieren können, sagen Branchenvertreter, die nicht namentlich genannt sein wollen. Dass ein Problem bestehe, sei erst klar geworden, als die Nachfrage durch die Spitälern markant gestiegen sei. Kritisiert wird auch der Zeitpunkt der Information von Sandoz Anfang April. Der Engpass an Chemotherapiemitteln habe sich bereits Ende letzten Jahres verschärft. Andreas Hintermann von der Kantonsapothek Zürich hat erste Meldungen bereits Ende Oktober erhalten.

Sandoz spricht von einem branchenweiten Problem, das durch Engpässe bei mehreren Herstellern ausgelöst worden sei. Von der Knappheit seien mehrere Länder weltweit betroffen, auch solche, in denen die Firma schwach oder gar nicht vertreten sei. Die Spitälern bemängeln die Informationspolitik der Pharmaindustrie jedoch auch grundsätzlich. «Einen Lieferengpass eines Medikaments bemerken wir erst, wenn wir die Bestellung aufgeben», sagt Andreas Bitterlin, Sprecher des Universitätsspitals Basel. Natürlich sei die Veröffentlichung von Mängeln in der Produktion unangenehm und schade dem Börsenkurs, sagt Enea Martinelli, Chefpapotheker der Spitalgruppe Frutigen-Meiringen-Interlaken. Das Wohl des Patienten komme jedoch zuerst. In den USA wollen Parlamentarier die Pharmaindustrie nun gesetzlich verpflichten, die Behörden frühzeitig über Engpässe zu informieren.

Tages-Anzeiger, 25. Mai 2012

«Die Traditionelle Chinesische Medizin ist in Wirklichkeit ein Kunstprodukt»

Sinologe Paul Unschuld über Klischees und Missverständnisse, die China nutzt, um die Heilkunde im Westen zu vermarkten.

Sie beschäftigen sich seit vielen Jahrzehnten mit Originalliteratur der antiken und modernen chinesischen Medizin und gelten als profunder Kenner. Gleichzeitig kritisieren Sie die Art und Weise, mit der chinesische Institutionen versuchen, ihre Heilkunde im Westen zu verbreiten. Warum?

Als Wissenschaftler kritisiere ich das nicht, ich stelle nur fest, dass die Chinesen viel Geld in die

weltweite Vermarktung der sogenannten Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) investieren. Diese ist in Wirklichkeit ein Kunstprodukt, das die Kommunisten in den 50er- und 60er-Jahren kreiert haben. Damals, nach der Gründung der Volksrepublik, fragten sie sich, was sie mit dem sehr heterogenen heilkundlichen Erbe anfangen sollen. Neben einigem Interessantem und Wertvollem enthielt dieses auch viel Unsinniges, das nicht zu einer aufgeklärten sozialistischen Gesellschaft passte, die den Naturwissenschaften verpflichtet ist.

Wie gingen die Chinesen vor?

Eine Kommission aus hauptsächlich westlich ausgebildeten Ärzten machte sich daran, sofort erkennbaren Unsinn und Dinge, die marxistischem Gedankengut widersprachen, auszumerzen. Beibehalten wurde, was sich mehr oder weniger sinnvoll in eine moderne, wissenschaftlich orientierte Medizin integrieren liess. Als Ergebnis entstand die TCM, die aus dem riesigen heterogenen Erbe nur einen ganz kleinen Ausschnitt verwendet. Das Konstrukt war dabei nie für die Ewigkeit gedacht. Die Idee war, dass die beibehaltenen Therapieformen mittelfristig mit modernen biomedizinischen Paradigmen erklärt und dann in die moderne Medizin integriert würden.

Was wurde weggelassen?

Zum Beispiel haben während 2000 Jahren zwei Theorien parallel existiert, die eigentlich nicht zusammenpassten. Die eine war dualistisch und teilte alle Phänomene in zwei, vier, sechs oder zwölf Kategorien ein. Die andere Theorie war pentisch, verwendete also fünf Kategorien für die gleichen Phänomene. Der Körper hatte nach der einen Theorie vier oder sechs Organe, nach der anderen fünf. Die Chinesen hat das nie gestört.

Wir im Westen wollen natürlich wissen, ob es jetzt fünf oder sechs Organe sind. Dem hat man sich angepasst. In den heutigen TCM-Lehrbüchern ist nur noch die Rede von fünf Organen.

Bei allen Differenzen der westlichen Medizin zur TCM – waren sich die Konzepte ursprünglich nicht ähnlich? Zum Beispiel die lange gültige Säftelehre der Griechen, bei der ebenfalls Ungleichgewichte die Ursache von Krankheiten sind.

Tatsächlich gab es lange grosse Ähnlichkeiten. Beide Heilkunden sind ja auch vor rund 2500 Jahren in Griechenland und circa 2200 Jahren in China fast gleichzeitig entstanden. Bis zum 17. Jahrhundert hatte die Krankheit in Europa die gleichen Ursachen wie in China, nämlich die Willkür der Götter und Dämonen, ererbte Leiden oder eigenes fehlerhaftes Verhalten. In Europa erkannte man dann aber ab dem 18. Jahrhundert zusätzlich die soziale Komponente. Man merkte, dass auch die Arbeits-, Wohn- und Umweltbedingungen, gegen die der Einzelne nichts tun kann, krank machen können und daher verändert werden müssen. Das hat die europäische Medizin und Europa stark gemacht.

Haben die Chinesen diesen Schritt nie vollzogen?

Nein. Anders als oft behauptet, ist die chinesische Heilkunde im Vergleich zur westlichen Medizin deshalb auch so absolut unganzzheitlich. Wie kann eine Medizin holistisch sein, wenn sie keine Chirurgie, keine Krankheitserreger und keine Psychiatrie kennt, und vor allem keine Sozialmedizin? Für das Klischee von der ganzzheitlichen TCM gibt es keinerlei Belege.

Wie kam die TCM überhaupt in den Westen?

Als der Sicherheitsberater Kissinger 1971 in China war, um den Besuch von US-Präsident Nixon vorzubereiten, war der Journalist James Reston mit dabei. Der musste während des Aufenthalts wegen einer Blinddarmentzündung operiert werden. Als er aufwachte, sah er, wie die Ärzte seinen postoperativen Schmerz mit Akupunktur behandelten. Das hat ihn so beeindruckt, dass er am 26. Juli 1971 einen Artikel schrieb, den die «New York Times» unter dem Titel «Now, About My Operation in Peking» auf der ersten Seite abdruckte. Das war der Auslöser der TCM-Liebe im Westen.

Nach der Akupunktur folgte der Rest der TCM?

Zuerst war die Akupunktur bis in die 80er-Jahre die grosse Mode. Mit der Zeit merkten die Besucher aus dem Westen aber, dass in Wirklichkeit Arzneikräuter die Grundlage der chinesischen Medizin bilden. Seither verlegen sich bei uns TCM-Praktiker immer stärker auf Arzneidroge. Das ist natürlich auch im ökonomischen Interesse der Chinesen, weil sie für Abermillionen Substanzen exportieren können.

Wie wichtig ist Akupunktur in China?

Sie war in der Geschichte immer ein marginales Therapieverfahren. So schrieben chinesische Ärzte im 18. Jahrhundert, dass Akupunktur eine verlorene Kunst sei, die kaum noch jemand beherrsche. 1822 wurde sie sogar offiziell untersagt und blieb seither vor allem als Volkshelkunde überliefert. Erst durch die ideologischen Vorgaben der Kulturrevolution ab Mitte der 60er-Jahre kam es zu einer vorübergehenden Wiederbelebung. Die Kommunisten bezeichneten die westlichen Schmerzmittel als Ausfluss bourgeoiser Metaphysik. Dies, weil sie Widersprüche im Körper von aussen löse und nicht wie die Akupunktur mit Reizen innere Widerstände zum Positiven verändere. Der hohe ideologische Wert der Akupunktur begann aber sofort abzubrockeln, nachdem die Kulturrevolution zu Ende war.

Und heute?

Heute spielt Akupunktur in China keine grosse Rolle mehr. Sie ist zu personal- und kostenintensiv. Stattdessen geben Ärzte die traditionellen Arzneikräuter. Das hat auch damit zu tun, dass sie danach bezahlt werden, wie viele Arzneien sie ihren Patienten verschreiben. Also dem genauen Gegenteil unserer Ideale.

Wie haben die Chinesen auf das westliche Interesse an der TCM reagiert?

Sie waren völlig überrascht, als plötzlich Ärzte, Patienten und Heilpraktiker aus dem Westen zuhauf vor der Tür standen. Diese frühen Besucher schrieben auch die ersten Bücher, die das westliche Verständnis von TCM geprägt haben. Das grosse Missverständnis im Westen entstand dadurch, dass die Chinesen nichts von ihrem grossen heterogenen Erbe der Vergangenheit erzählt haben, sondern nur vom Kunstprodukt TCM. Da dieses eigentlich auf westliche Logik aufbaut, erschien es den Westlern zwar als fremdartig, aber doch irgendwie vertraut.

Ab wann begann das aktive «China-Marketing», wie Sie es bezeichnen?

In den späten 80er-Jahren begann man, das Thema auf hoher politischer Ebene zu bewirtschaften. Nach der deutschen Wiedervereinigung wurde das so genannte Bonn-Projekt gegründet, das von China mit mehreren Hundert Millionen Euro finanziert wird. Wie in der Nähe von Shanghai soll in Europa ein internationales TCM-Zentrum zu Demonstrations- und Marketingzwecken installiert werden. Der bevorzugte Standort ist dabei die ehemalige chinesische Botschaft in Bonn, die seit der Wende leer steht. ...

Wie sehen die Chinesen das?

Die chinesische Regierung hat vor allem überhaupt kein Interesse daran, dass bei uns TCM als dauerhafte Alternative zur «bösen» westlichen Medizin propagiert wird. Viele sehen in der chinesischen Heilkunde etwas Übersinnliches. Sie behaupten, dass das Buch «Der Klassiker des Gelben Kaisers», auf dem die gesamte chinesische Medizin ursprünglich basiert, spirituell sei. Da kann ich nur sagen: Entschuldigung, ich habe das Buch nun über 20 Jahre lang durchgelesen, es ist genau das Gegenteil von spirituell. Das hat mir den absurden Vorwurf eingebracht, ich sei von der pharmazeutischen Industrie bezahlt, um die chinesische Medizin zu diffamieren.

Wie steht es mit Ärzten aus China, die bei uns TCM praktizieren – sind das aus Ihrer Sicht Vertreter dieser chinesischen Vermarktungsstrategie?

Das ist schwer zu sagen. Chinesische TCM-Ärzte sind bei uns vor allem ein gesundheitspolitisches Problem. Es gibt für uns keinerlei Möglichkeiten, ihre Qualität zu überprüfen. Sie haben unter diesen Personen eine weite Bandbreite. Darunter sind auch solche, die nie TCM gelernt, aber gemerkt haben, dass sich damit bei uns gut Geld verdienen lässt. Ihr Chinesischsein genügt, damit man ihnen vertraut. Tatsache ist, dass ein normal guter TCM-Arzt in China sehr viel mehr Geld verdienen kann als in Europa. Das heisst, für TCM-Ärzte gibt es kaum Gründe, ins Ausland zu gehen – ausser vielleicht politische oder weltanschauliche, aber das würde ich jetzt mal sehr selten sehen. ...

Les pays en développement imposent une négociation sur la recherche médicale

L'Organisation mondiale de la santé engage un processus qui pourrait conduire à une convention internationale destinée à mieux financer la lutte contre les maladies dans les pays pauvres

En soixante-quatre ans d'existence, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) n'a donné naissance qu'à une seule convention-cadre: celle entrée en vigueur en 2005 et qui oblige les pays signataires (168 à ce jour) à se doter d'une législation anti-tabac. Or la 65e Assemblée mondiale de la santé, qui s'est tenue à Genève du 21 au 26 mai, a réussi la prouesse d'ouvrir un processus qui pourrait conduire à l'adoption d'une convention internationale sur la recherche & développement (R & D) sur les pathologies des pays pauvres qui affectent 1,4 milliard d'individus.

Cet instrument contraignant ciblerait en particulier les «maladies négligées» (la leishmaniose viscérale, la maladie du sommeil, de Chagas ou l'éléphantiasis), pour lesquelles l'industrie pharmaceutique n'a développé qu'un nombre infime de traitements, faute de débouchés commerciaux.

Après dix-sept heures de négociations étalées sur trois jours, un groupe de travail a accouché, vendredi 25 mai en fin de journée, d'une résolution qui invite les Etats membres de l'OMS à ouvrir un processus intergouvernemental. Elle devait être adoptée par consensus, samedi, jour de clôture des travaux de l'assemblée.

Pour qui ne connaît pas les subtilités du jargon onusien, ce texte semble peu spectaculaire, puisqu'il ne mentionne pas explicitement le terme de «convention». Mais il «salue» le rapport du groupe consultatif d'experts de l'OMS qui, début avril, avait placé en tête de ses recommandations l'adoption d'un tel traité contraignant. Il appelle les Etats à tenir des consultations nationales et le secrétariat de l'OMS à convoquer «une réunion ouverte à tous les Etats membres pour analyser en profondeur le rapport et la faisabilité des recommandations», qui devra se tenir entre octobre 2012 et janvier 2013. «C'est le début d'un processus qui semblait inimaginable il y a deux ans», se félicite German Velasquez, un ancien de l'OMS aujourd'hui conseiller pour la santé au sein du South Center, un think tank qui se bat depuis des années en faveur d'une convention. «Le rapport des experts a en quelque sorte été adopté, puisqu'il sert de base de travail», ajoute-t-il.

Ce rapport souligne «l'incapacité» du système actuel de R & D à répondre aux besoins de santé des pays en développement et constate que l'innovation fondée sur les brevets et la défense

de la propriété intellectuelle n'a profité qu'aux pays les plus riches.

Il invite les Etats membres de l'OMS, dans le cadre d'une convention, à consacrer au moins 0,01% de leur produit intérieur brut (PIB) aux maladies négligées. Ce qui pourrait faire passer les financements annuels de 3 à 6 milliards de dollars. D'autres solutions sont avancées, comme les communautés de brevets (gestion collective des droits de propriété intellectuelle) ou encore les «prix à l'innovation» récompensant les travaux les plus prometteurs.

Dès le premier jour des discussions, une forte polarisation entre pays du Sud et du Nord s'est dessinée. Mercredi soir, quatre projets de résolutions

ou exclusivement les pays pauvres, alors que les experts mentionnent aussi des maladies comme le cancer ou le diabète qui commencent à faire des ravages dans les pays en développement, mais sont pour l'instant la chasse gardée des grands laboratoires occidentaux.

Négociant pied à pied, les pays de l'Unasur sont finalement parvenus à renverser la tendance pour qu'un processus intergouvernemental démarre avec le soutien du groupe africain et asiatique.

L'Argentin Carlos Correa, l'un des experts du groupe consultatif de l'OMS et également conseiller du South Center, estime qu'«une bataille a été remportée, mais pas encore la

Réduire de 25% les maladies non transmissibles

Lors de son assemblée annuelle, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) s'est fixé, jeudi 24 mai, l'objectif de réduire de 25 % entre 2010 et 2025 la mortalité prématurée (entre 30 ans et 70 ans) imputable aux maladies non transmissibles, principalement les maladies cardio-vasculaires, le cancer, le diabète et les maladies respiratoires chroniques.

L'obésité et le tabagisme sont devenus des facteurs de risque importants dans les pays à revenus moyens, où l'on retrouve de plus en plus les pathologies chroniques frappant les pays riches. La résolution adoptée jeudi soir appelle «à la poursuite des travaux pour parvenir à un consensus sur les cibles relatives aux quatre grands facteurs de risque» que sont «le tabagisme, l'usage nocif de l'alcool, une mauvaise alimentation et la sédentarité.»

Le Monde, 28 mai 2012

étaient sur la table du groupe de travail mis en place en vue d'un consensus. Le Kenya et l'Union des nations sud-américaines (Unasur), fervents défenseurs d'une convention, demandaient l'ouverture de négociations. La Suisse était partisane de discussions «informelles» et du report du processus d'un an. Les Etats-Unis, ainsi que le Japon, le Canada, l'Australie et Monaco, se disaient totalement opposés à l'idée d'un instrument contraignant. Washington soulignait qu'un grand nombre d'Etats ne seraient pas en mesure de s'acquitter d'une contribution de 0,01% de leur PIB, surtout en période de crise.

L'Union européenne (UE), par la voix de la France, rejoignait le camp des «anticonvention», provoquant la colère des organisations non gouvernementales. «Nous ne pouvons pas regarder une poignée de pays développés, au premier rang desquels la France, faire dérailler cette initiative», s'insurgeait, jeudi soir, Médecins sans frontières.

«Les pays qui abritent une forte industrie pharmaceutique ont tout fait pour diluer le projet initial», confie l'un des participants aux débats. L'UE en effet a tenté, sans succès, de limiter la liste des maladies pour lesquelles la R & D doit être stimulée aux pathologies touchant majoritaire-

guerre». Selon lui, un changement de paradigme pour la recherche médicale est aussi dans l'intérêt des pays développés. «Le modèle de l'industrie pharmaceutique est en crise. Il y a de moins en moins d'innovation et de nouvelles molécules, et c'est une logique commerciale qui domine, pas de santé publique», explique-t-il.

Le Monde, 28 mai 2012

Philip Morris steigert den Gewinn

Der grösste Tabakkonzern der Welt, Philip Morris International, hat im ersten Halbjahr Umsatz und Gewinn gesteigert. Der Umsatz erhöhte sich um 3,3% auf 15,6 Mrd. \$, der Betriebsgewinn stieg um 4,5 auf 7,2 Mrd. \$, wie der US-Zigarettenhersteller mitteilte. Fallende Absätze in Europa wurden laut dem Unternehmen durch bessere Verkäufe in Asien sowie im Nahen Osten und Afrika mehr als ausgeglichen. Zum Konzern gehören Marken wie Marlboro oder L&M.

Neue Zürcher Zeitung, 20. Juli 2012

Kosten in der Onkologie

Krebsspezialist Cerny kritisiert Pharmalobby

Der Pharmabranche geht es top. Den Politikern ebenso. Es leiden: die Patientinnen und Patienten. Wir brauchen jetzt neue Rezepte.

Die Sowjetunion ist an ihren Widersprüchen implodiert. Zu wenig Transparenz. Zu wenig Demokratie. Zu viel Bürokratie. Zensur und Terror. Seither fehlt dem Kapitalismus die Angst vor dem Osten. Der Linken und den Gewerkschaften ist es nicht gelungen, ein notwendiges Gegengewicht im und gegen den Kapitalismus zu schaffen.

KLARTEXT. Die Zustände sprechen für sich: Überall im Süden Europas werden Löhne und Renten gesenkt. Alle Länder rutschen in tiefe Depressionen. In Spanien ist die Hälfte der Jugendlichen ohne Arbeit. In Griechenland können die Krankenkassen die Medikamente nicht mehr bezahlen. Und auch die Spitäler werden von der Pharmaindustrie nicht mehr beliefert. Das ganze System ist mehrfach morsch.

Mit Kurt Felix starb der Onkel der harmlosen, volksnahen Schadenfreude. Ein mehr als beachtliches Interview gab sein Arzt, der Onkologe Dr. Thomas Cerny, im «Sonntagsblick».

Cerny 1: «Die grossen Pharmafirmen sind nicht mehr innovativ, sie behindern die Krebsforschung. Der Pharmariese Roche hat in zwanzig Jahren kein einziges selbsterfundenes Krebsmedikament mehr aus den Markt gebracht.»

Cerny 2: «Wenn ein Forscher bei Novartis arbeitet, gehört er meist nicht mehr zur Spitze. Ein Top-Forscher geht dorthin, wo er seine Neugierde ausleben kann, und nicht, wo ihm ein Marketingfritze sagt, er müsse das 57. Medikament gegen Brustkrebs entwickeln.»

Cerny 3: «Nehmen Sie Revlimid, ein Medikament zur Behandlung von Knochenmarkkrebs. Es kostet einige Franken in der Herstellung – und wird für 12 000 Franken im Monat verkauft. Das ist pervers.»

Cerny 4: «Die Pharmalobby in Washington ist mittlerweile so einflussreich wie die Lobby der Waffenindustrie. Da werden Milliarden eingesetzt... Wie geschickt es die Pharmalobby anstellt, zeigen deren Rekordergebnisse. Keiner Branche geht es besser.»

POLITIK SCHWEIGT. In Basel hätte ein Sturm der Empörung losgehen müssen. Aber alles blieb inner- und ausserhalb der Festungen von Roche und Novartis mäuschenstill. Und auch die Medien – allen voran Fernsehen und Ra-

dio – haken nicht nach. Sie langweilen uns stattdessen konstant mit irgendwelchen pharmanahen Gesundheitssendungen. In Bern wird der Ball derweil flachgehalten. Der Bundesrat garantiert der Pharmaindustrie einen viel zu hohen Frankenkurs. Und deren Berner Lobby bekommt noch immer den Hals nicht voll genug. Darüber aufregen mag sich niemand, da die meisten sogenannten Gesundheitspolitiker an der Nadel der Pharmaindustrie und der Krankenkassen hängen.

Die Linke müsste längst eine neue Pharmapolitik vorschlagen. Wie könnte die aussehen? Drei Vorschläge an SP-Gesundheitsminister Alain Berset:

New Berset 1: Die Medikamentenpreise in der Schweiz werden dem Kurs von 1.20 Franken angepasst. Damit sparen die Krankenkassen mehr als eine Milliarde Franken.

New Berset 2: Das so gesparte Geld wird neu in eine unabhängige, universitäre Schweizer Pharmaforschung der nächsten Generation gesteckt. Ziel: jedes Jahr vier gute neue Präparate.

New Berset 3: Die Patente der so entwickelten Medikamente werden an Unternehmen vergeben, die ihrerseits die Schweiz und die Welt zu vernünftigen Preisen mit diesen versorgen. Und auch liefern, wenn nicht sofort bezahlt werden kann. Wie früher im Dorf Laden.

work, 22. Juni 2012

«Weltweit sind Onkologen wütend auf die Pharma»

Der Krebsmediziner Franco Cavalli sagt, der derzeitige Mangel an Krebsmedikamenten sei für Patienten vor allem eine psychische Belastung.

Mit Franco Cavalli sprach Felix Straumann

Merken Patienten etwas vom Mangel an Krebsmedikamenten oder läuft alles hinter den Kulissen ab?

Bei uns im Tessin ist es im letzten Jahr mindestens viermal passiert, dass wir bei Patienten nicht die vorgesehene Therapie machen konnten. Wir mussten entweder die Behandlung um zwei, drei Wochen aufschieben oder auf andere Medikamente umsteigen.

Früher ist das nie vorgekommen?

Nein, nie.

Haben solche Therapiewechsel Auswirkungen auf den Erfolg der Behandlung?

Krebsmedikamente sind gefährliche Medikamente. Deshalb ist es eine goldene Regel, dass sich ein Arzt nur auf ein oder zwei Behandlungsschemata pro Erkrankung konzentriert. Diese kennt er dann sehr gut und weiss, worauf es ankommt. Wenn der Arzt dann plötzlich auf andere Medikamente umsteigen muss, nimmt die Sicherheit für den Patienten ab.

Mangel an Krebsmedikamenten

Ein globales Problem

Zu Engpässen kommt es in der Schweiz bei rund einem Dutzend Krebsmedikamenten. Dabei handelt es sich um Generika, Nachahmerpräparate, deren Originale bereits Jahrzehnte auf dem Markt sind. Für die Engpässe gibt es mehrere Gründe. Einer ist die Konzentration der Produktionsstandorte. Die Pharmafirmen hätten teilweise Produktionsstätten schliessen müssen, weil diese den Qualitätsanforderungen nicht genügt hätten, sagt Enea Martinelli, Chefapotheker der Spitalgruppe Frutigen, Meiringen, Interlaken. Durch die Konzentration seien die Produzenten nicht mehr in der Lage, kurzfristig auf die Nachfrage zu reagieren.

Einen weiteren Grund sieht Jakob Passweg, Präsident der Krebsliga, im Preisdruck auf Generika. Auf die sinkenden Margen reagierten die Produzenten mit Just-in-time-Produktion. Passweg sieht den Bund in der Pflicht. Dieser habe die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Das Bundesamt für Gesundheit verweist dagegen auf die Zuständigkeit der Kantone. Immerhin eruiert das Bundesamt für wirtschaftliche Landesversorgung, welche Medikamente knapp sind.

Martinelli fordert die Pharmafirmen dazu auf, eine zentrale Meldeplattform einzurichten. Falls sich ein Engpass abzeichne, müsse diese Information den Spitalapotheken zugänglich sein, damit diese reagieren könnten. Martinelli verweist auf die USA, wo der Kongress die Firmen zu einer solchen Informationsplattform verpflichtet hat.

Der Mangel an Medikamenten ist ein globales Problem und betrifft nicht nur Krebstherapien. Da ein fehlendes Krebsmedikament aber gravierende Folgen für Patienten haben kann, dreht sich die Diskussion vor allem um diese Präparate. (br)

Tages-Anzeiger, 23. Juni 2012

Können solche Umstellungen das Leben von Patienten verkürzen?

So extrem lässt sich das nicht sagen. Allerdings sagt eine weitere Regel in der Onkologie, dass man eine Therapie nicht aufschieben oder unterbrechen sollte, da die Intensität der Behandlung für den Erfolg eine entscheidende Rolle spielt. Aber es ist nicht so, dass ein Patient nicht mehr geheilt wird, weil man die Therapie um zwei Wochen verschieben musste. Vielleicht ist das Resultat etwas weniger gut.

Was heisst «weniger gut»? Sind dabei doch gesundheitliche Konsequenzen möglich?

In der Onkologie können wir viele Patienten nicht heilen, sondern nur ihr Leben verlängern. Es gibt Studien, die zeigen, dass wenn man Therapien verschiebt oder weniger intensiv durchführt, die Lebensverlängerung geringer ausfällt. Das ist aber ein statistischer Befund. Wie sich das im Einzelfall auswirkt, lässt sich nicht seriös beurteilen.

Dann erschwert der Mangel an Medikamenten also in erster Linie die Arbeit der Ärzte?

Natürlich ist es auch psychisch belastend für die Patienten, wenn sie wissen, dass sie plötzlich eine andere Therapie bekommen, weil ein Medikament nicht mehr zur Verfügung steht. Durch die Situation ist aber auch für unsere Spitalapotheker die Arbeit unmöglich geworden. Sie müssen einen Grossteil ihrer Zeit in der ganzen Welt herumtelefonieren, damit sie die nötigen Medikamente auftreiben können. Wenn sie sich nicht so grosse Mühe gäben, wäre die Situation viel schlimmer.

Die Krebsliga hat diese Woche vor «Zuständen, wie sie früher im Ostblock herrschten» gewarnt. War dies zu alarmistisch?

Das Problem ist, dass wegen der überhöhten Preise für Krebsmedikamente die Stimmung generell gereizt ist. Die Onkologen sind weltweit wütend auf die Pharmaindustrie. Wenn in dieser Situation dann noch Lieferengpässe auftreten, wie dies zurzeit der Fall ist, dann fallen die Reaktionen entsprechend aus. Unter anderen Umständen wäre das vielleicht anders.

Tages-Anzeiger, 23. Juni 2012

Costi oncologici: spirale fuori controllo

di Lucio Luzzato e Enrico Costa

Al momento attuale l'industria farmaceutica mossa dal profitto e i servizi sanitari pagati dai contribuenti sono in rotta di collisione. Non sarà facile evitare l'urto, ma è necessario. Può sembrare strano, ma da un po' di tempo negli Stati Uniti c'è carenza di farmaci importanti

per la cura di varie malattie, compresi i tumori. Un esempio è il metotrexate, uno dei primi farmaci usati per curare con successo, da mezzo secolo a questa parte, alcuni tipi di leucemia. Il metotrexate, che costa circa due euro per fiala, è un composto antifolico (compete con una vitamina), e può dirsi un precursore dei farmaci intelligenti, tanto è vero che recentemente è stato prodotto un nuovo antifolico, chiamato pemetrexed: di quest'ultimo, che costa circa 200 euro a fiala, non c'è carenza.

In base a questo e ad altri casi esemplari si potrebbe dire che «carenza» è un eufemismo. Metotrexate e pemetrexed sono sostanze chimiche piuttosto simili, e i costi di produzione non possono essere molto diversi. Uno però – sotto brevetto – rende circa cento volte più dell'altro: è chiaro che produrre un farmaco che non rende quasi niente semplicemente non conviene. Siamo di fronte, in realtà, a un problema assai più vasto; e gli addetti ai lavori sanno bene che negli ultimi anni l'andamento della spesa farmaceutica ospedaliera è una corsa al rialzo. Esiste oggi, per la cura di una rara forma di anemia, un farmaco che deve essere somministrato continuamente al costo per paziente di 330mila euro all'anno: e alcuni sono oggi in trattamento da più di 5 anni. Che il problema sia globale lo denuncia un articolo assai preoccupato del Nobel economista Joseph Stiglitz (comparso sul blog Project Syndicate e tradotto il 20 maggio su «La Repubblica»). Egli propone ai governativi agli inventori in cambio della non brevettabilità dei farmaci: e lo fa nel contesto di un pae-

se, gli Stati Uniti, dove la gestione della salute, per la maggior parte privata, si chiama correntemente the Health Industry (che vale – si usa questo verbo – circa il 17% del Pil). Nella situazione europea c'è una differenza importante: anche qui l'industria farmaceutica è privata, ma la gestione della salute è invece pubblica (costa circa l'8% del Pil). ...

Come potrebbe allora configurarsi un nuovo modello? Secondo noi, deve cambiare in modo radicale il rapporto tra il privato for profit e il servizio pubblico che pagherà i farmaci per tutti i malati che ne hanno bisogno. In sintesi, questi ci sembrano i punti essenziali. (1) Il controllo della sperimentazione clinica dovrebbe passare dall'industria al Ssn, che di fatto la svolge comunque: questo ridurrebbe drasticamente il costo inflazionato della sperimentazione stessa. (2) Il prezzo di un farmaco nuovo dovrebbe essere negoziato da una posizione di forza. Tutti insieme, gli Ssn dei paesi europei sono un formidabile mega-cliente, il più grande del mondo: ma poco ne profitano. Paradossalmente, quando un farmaco viene approvato dall'Agenzia europea competente (Ema), il prezzo è poi negoziato separatamente dai singoli stati dell'Unione. Che cosa farebbe una fabbrica di automobili se un cliente le promettesse di acquistare due terzi dell'intera produzione di veicoli per i prossimi 10-20 anni? Forse concederebbe qualcosa di più che un piccolo sconto. ...

Il Sole 24 Ore, 10 giugno 2012

Zusammenfassende Übersetzung der Redaktion

Onkologische Kosten: eine Spirale ausser Kontrolle?

Professor Luzzato ist ein berühmter Hämato-Onkologe und Enrico Costa ein Journalist. Sie haben diesen Artikel für «Il Sole 24 Ore» geschrieben: Die Zeitung entspricht etwa dem Financial Times im angelsächsischen Raum. Der Artikel basiert weitgehend auf Beiträgen, die der Wirtschaftsnobelpreisträger Joseph Stiglitz letzthin in verschiedenen Zeitungen publiziert hat (nachzulesen im Blog Project Syndicate). Zuerst wird der Mangel an preisgünstigen, alten, guten Cytostatika beschrieben, indem vor allem der Vergleich Methotrexate-Pemetrexed angeführt wird. Andererseits wird die schiere Unbezahlbarkeit der neueren Antikrebsmittel unterstrichen.

Da kommen die neuen Vorschläge: Stiglitz hat insbesondere verschiedentlich vorgeschlagen, dass der Staat die pharmazeutische Industrie mit finanziellen Zuschüssen für die Entdeckung neuer «aktiver» Substanzen belohnt, diese sollten aber dafür auf Patente verzichten. Prof. Luzzato geht in seinem Beitrag aber noch weiter und schlägt insbesondere vor, die ganze klinische Phase der Prüfung der Wirksamkeit eines neuen Medikamentes (Phase I-III) nicht mehr von der pharmazeutischen Industrie, sondern von staatlichen Forschungszentren durchführen zu lassen. Dazu müsste der Medikamentenpreis nicht mehr getrennt von jedem Staat, sondern zentral in ganz Europa (nach Urteil der EMEA) ausgehandelt werden. Das würde einen viel tieferen Preis mit sich bringen.

St. Gallen Consensus Conference on Early Breast Cancer

Brief der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung an Prof. Hans-Jörg Senn, Scientific Director der St. Gallen Oncology Conferences, vom 10. Juli 2012

Sehr geehrter Herr Prof. Senn, lieber Hans-Jörg

Zuallererst danken wir dir ganz herzlich dafür, dass du dich so tatkräftig für die St. Gallen-«Consensus Conference on Early Breast Cancer» einsetzt. Dank deines Engagements ist die Konferenz heute einer der wichtigsten Anlässe im Kalender der Schweizer Onkologen.

Anlässlich der Mitgliederversammlung der SAKK bei der Halbjahresversammlung am 20. Juni 2012 in Bern haben die meisten von uns erstmals vernommen, dass die Konsensuskonferenz im Jahr 2015 in Wien stattfinden wird. Die Vertreter der SAKK-Zentren und die Präsidenten der Projekt- und Arbeitsgruppen und Sektionen haben diese Nachricht mit Befremden und Enttäuschung, zum Teil auch mit Bestürzung und Verärgerung aufgenommen.

Die St. Gallen Konsensuskonferenz für Brustkrebs ist eine der wichtigsten onkologischen Veranstaltungen der Schweiz. Nur die International Conference on Malignant Lymphoma ICML in Lugano ist mit diesem Grossereignis vergleichbar. Nun soll dieses Flaggschiff der Schweizer Onkologie ins Ausland vergeben werden. «St.Gallen» ist ein weltweit bekannter Begriff, der allseits beachtet und gelobt wird, gerade weil die Konsensuskonferenz auch zu heiklen Fragen Stellung nimmt, die rein wissenschaftlich nicht geklärt werden können und doch relevant sind für die Praxis. Die Konsensuskonferenz hat darüber hinaus aber auch grosse Bedeutung für die Schweiz als Ganzes, für die Ostschweiz und die Stadt St. Gallen sowie für das benachbarte Vorarlberg.

Natürlich verstehen wir, dass die Organisation eines solchen Grossanlasses bei beschränkter Bettenkapazität und der aktuellen Devisenstärke des Schweizer Frankens schwierig ist. Auch ist uns bekannt, dass der Druck der Industrie hin zu geringeren Kosten aber auch zu mehr Komfort für die Kongressteilnehmenden zugenommen hat. Wie aber Prof. Cavalli mit dem Lymphom-Meeting in Lugano zeigt, kann mit gutem Willen, grossem Einsatz und mit der Unterstützung von Verbündeten (und dazu zählen wir auch die Schweizer Onkologen und die SAKK) die Industrie in die richtige Richtung bewegt werden.



Lieber Hans-Jörg, wir kennen dich seit Jahrzehnten als Kämpfer für die Sache, will heissen für unsere Patientinnen in der Onkologie, für die Onkologie Schweiz, aber auch im Speziellen für die Onkologie in der Ostschweiz. Umso mehr sind wir bestürzt darüber, dass die Konsensuskonferenz nun nach Wien weggegeben werden soll. Wir gehen davon aus, dass diese Verträge kaum noch rückgängig zu machen sind, aber vertrauen doch sehr darauf, dass ab 2017 diese wichtige Veranstaltung wieder in der Schweiz stattfindet. Wir sagen dir unsere volle Unterstützung zu, wenn es darum geht, politisch vorstellig zu werden oder auch bei der Überzeugungsarbeit gegenüber der Industrie.

Gerne erwarten wir deine Stellungnahme.

Freundliche kollegiale Grüsse

PD Dr. Roger von Moos, Vize-Präsident SAKK
Dr. Peter Brauchli, Direktor SAKK

Dem Originalbrief waren 19 Seiten mit Unterschriften der mitunterzeichnenden Zentren beigelegt.

Stellungnahme von SONK (St.Gallen Oncology Conferences) zur Diskussion in der SAKK bezüglich Verlegung der St.Gallen International Breast Cancer Conference 2015 nach Wien

28.07.2012

Die SAKK-GV vom 21. Juni 2012 befasste sich offenbar – ohne unser Wissen – mit dem obigen Thema. Das Präsidium der Kongress-Stiftung SONK (St.Gallen Oncology Conferences) nimmt dazu, sowie auch zum Schreiben von Seiten der SAKK vom 10. Juli 2012, wie folgt Stellung:

Vorgeschichte und Ausgangslage

1. Das Kongress-Management der unabhängigen Kongress-Stiftung SONK – früher dem Kantonsspital St. Gallen, seit 1998 örtlich, aber nicht strukturell dem Tumor- und Brustzentrum ZeTuP in St.Gallen angegliedert – organisierte (samt seiner Vorläufer-Struktur) in den letzten 30 Jahren in St.Gallen und Umgebung 12 grosse, internationale Brustkrebskongresse, 2 grosse internationale Tagungen zum Thema «Krebs und Alternativmedizin», 6 mittelgrosse internationale Kongresse für «Supportive Care in Cancer», 7 kleinere internationale Konferenzen über «Clinical Cancer Prevention», und daneben seit über 20 Jahren jährlich mehrere Fortbildungs-Seminare für Onkologen und Onkologie-Pflegende im Rahmen der «Deutschsprachigen Schule für Onkologie» (deso) im deutschsprachigen Europa.
2. Alle diese edukativen Aktivitäten erfüllte die Kongress-Stiftung SONK bisher ohne öffentliche finanzielle oder strukturelle Unterstützung, d.h. SONK musste seine gesamte personelle und räumliche Infrastruktur sowie das gesamte Fortbildungsprogramm selbsttragend gestalten, und hat darüber hinaus in den letzten 12 Jahren auch weitere wissenschaftlich-onkologische Körperschaften namhaft unterstützt (vgl. Pt. 11). Da praktisch alle kleineren Seminare und die kostspieligen, mittelgrossen internationalen Kongresse als Folge der in Gesundheitsberufen üblichen «Dumping»-Registrationspreise notorisch defizitär sind, finanziert sich das Jahres-Programm von SONK seit jeher allein über die Erträge ihres einzigen, profitablen Flaggschiffs, der 2-jährlichen internationalen Brustkrebs-Kongresse.
3. Das SONK-Kongress-Management ist gegenwärtig voll mit der Planung und Organisation der bevorstehenden 13. St.Gallen International Breast Cancer Conference vom 13.-16. März 2013 in der OLMA St.Gallen beschäftigt, daneben auch mit üblichen Vorbereitungsarbeiten für die laufenden hiesigen, onkologischen Pflege- und Aertzeseminare im Rahmen der deso-Jahresprogramme 2012 und 2013 mit jährlich ca. 15 Fachveranstaltungen in der Ostschweiz, in Deutschland, in Oesterreich und im Südtirol.

Die gegenwärtigen Probleme

4. Die Vorbereitungen für einen erneuten Brustkrebs-Grosskongress mit voraussichtlich wiederum mehr als 4000 (davon ca. 90% ausländische) Teilnehmern gestalten sich hier, aber auch in der übrigen Schweiz, immer schwieriger: Einerseits limitieren uns das seit Jahren fehlende Hotelangebot in Stadt und Region St.Gallen, sowie die dadurch verursachten, enormen Teilnehmer-Transportkosten. Andererseits bedrängt uns die seit 2011 währungsbedingt stark angestiegene, künstliche Verteuerung unseres Kongress- und Hotel-Angebots für unsere Haupt-Kundschaft (v.a. auch die Pharmafirmen) aus dem Euro- und Dollar-Raum.
5. Leider ist für die nähere Zukunft keine Besserung in Sicht. Im Gegenteil: Es werden jetzt und in den kommenden 1-2 Jahren, bedingt durch die importierten CH-Währungsprobleme, und die damit verbundene Kaufkraftschwächung in unseren Nachbarländern, in der Region Ostschweiz weitere Hotels geschlossen, sowie längst geplante Hotels nicht, oder vermutlich erst viel später, gebaut.
6. In einer Aussprache mit dem Stadtpräsidium und der OLMA-Direktion St.Gallen im April 2012 wurde klar, dass die uns und den langjährigen Firmen-Partnern unserer Gross-Kongresse seit mehr als 10 Jahren versprochenen neuen Hotel- und zusätzlichen Tagungs-Strukturen im OLMA-Areal infolge Inves-

titions-Unlust, leider aber auch wegen unproduktiver politisch-juristischer Streitereien auf lokaler Ebene, auf längere Sicht nicht realisierbar sind.

7. Unter diesen Umständen sah sich der SONK-Stiftungs-Ausschuss im April 2012 genötigt, die planerische «Notbremse» zu ziehen, und zumindest den für März 2015 geplanten 14. internationalen Brustkrebs-Kongress vom zu «eng und passiv» gewordenen St.Gallen in eine Umgebung zu verlagern, in welcher dieser – und damit die ganze, bisher sehr erfolgreiche Kongresslinie – weiter gedeihen kann. Die Wahl ist dabei nach Vorabklärungen auf Wien, die unumstritten führende Kongress-Stadt Europas, gefallen, wobei dort – selbst bei 3 Jahren «Planungs-Vorlauf» – schon grösste Mühe bestand, im bekannten Austria-Center noch einen Termin für Mitte März 2015 sicherzustellen. Der Anlass wird nun dort vom 18.-21. März 2015 als «14th St.Gallen International Breast Cancer Conference» über die Bühne gehen.
8. Eine örtliche Verlegung dieses Grossanlasses innerhalb der Schweiz erschien uns wegen der überall gleichsinnigen Währungsprobleme (Franken-Kurs, dadurch sinkende Attraktivität samt Ertragslage) wenig erstrebenswert. Auch die Hotelprobleme wären fast überall dieselben geblieben. Zudem wäre die räumliche Durchführung dieses eingespielten Grossanlasses ohne aufgeteilte Parallelsitzungen in den übrigen CH-Kongress-Zentren fraglich geworden. Am erfolgreichen Ablauf und Format dieses weltweit einmaligen Brustkrebs-Events mit seinem beliebten, öffentlichen Konsensus-Meeting wollen wir nichts ändern.
9. Damit keine Missverständnisse aufkommen: Es handelt sich bei diesem Schritt keineswegs um einen «Verkauf» unseres etablierten SG-Brustkrebs-Kongresses ins Ausland, sondern um eine Rettungsaktion in gegenwärtig schwierigen Zeiten! Die Kongress-Organisation SONK, weiterhin angesiedelt und tätig in St.Gallen, verlegt lediglich – für das Jahr 2015 – ihren für das zu kleine St.Gallen in den letzten 10 Jahren zu gross gewordenen, internationalen Brustkrebs-Kongress probeweise ins dafür logistisch geeignetere Wien. Wir freuen uns, trotz aller Enttäuschung über die Sachzwänge in der hiesigen Politik und Hotellerie, auf diese organisatorische Herausforderung, welche auch eine engere wissenschaftlich-educative Kooperation mit der benachbarten ABCSG (Austrian Breast Cancer Study Group) fördern kann. Schliesslich amtiert ja deren Vorsitzender aus der Wiener Chirurgischen Universitätsklinik als externer wissenschaftlicher Berater der SAKK-Projektgruppe Mam-

makarzinom. Diese entstehende «Brustkrebs-Kongress-Gemeinschaft» könnte auch dazu führen, die bisher wenig kooperierenden Brustkrebs-Gruppen der Schweiz und Oesterreichs einander näher zu bringen, bzw. die ABCSG auch an die SAKK und die IBCSG anzunähern.

Zukunft und Ausblick

10. Falls sich die derzeitigen währungspolitischen Turbulenzen rund um Euro, USD und CHF wieder verbessern sollten, und wenn Politik und Hotellerie in und um St.Gallen ihre planerischen Pendenzen erfolgreich erledigen, könnte per 2017 ff durchaus eine Rückkehr der «St.Gallen International Breast Cancer Conference» in ihre Ursprungsstadt geplant werden. Auch ein zukünftiges, 2-jährliches «Pendeln» des Kongresses zwischen den beiden unterschiedlich gelagerten Kongress-Städten wäre u.U. denkbar.
11. Die Kongress-Stiftung SONK erachtet es weiterhin als Ihr Privileg und Ihre Aufgabe, ihre Kongressaktivitäten aktuell und profitabel zu gestalten, um nebst ihrem strukturellen und edukativen Eigenbedarf auch in Zukunft die wissenschaftlichen Aktivitäten der mit ihr aktiv kooperierenden und befreundeten onkologischen Gruppierungen namhaft und wirksam unterstützen zu können. Folgende Institutionen haben von SONK seit über 10 Jahren regelmässig namhafte Unterstützungsbeiträge erhalten: IBCSG (International Breast Cancer Study Group), Frontier Science & Technology Research Foundation of Southern Europe, Forschungsstiftung des EIO-Milano (Europ. Institute of Oncology), SAKK (Schweiz. Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung), Forschungsfonds der Onkologie und des Brustzentrums des Kantonsspitals St.Gallen, Forschungs-Stiftung STIFTUP des Tumor- und Brustzentrums ZeTuP St.Gallen.
12. **Zusammenfassend:** Damit dies auch in Zukunft so bleiben kann, erachtete es die Führungsspitze der Kongress-Stiftung SONK im Sinne der Sicherstellung der wirtschaftlichen Basis als notwendig, diesen Verlegungsschritt nach Wien für 2015 rechtzeitig vorzubereiten.

Prof. Dr. oec., Dr. h.c. (mult.) Rolf Dubs
Ehem. Rektor der Universität St.Gallen
Präsident der Kongress-Stiftung SONK

Prof. Dr. med. Hans-Jörg Senn
Tumor- und Brustzentrum ZeTuP-SG
Vize-Präsident der Stiftung SONK

A letter to the President of the newly founded Swiss Cancer Network

Martin F. Fey, Inselspital, Bern

Sir,- The year is 2012. At an assembly of the Swiss Society of Medical Oncology, all members are in favour of founding the Swiss Cancer Network (SCN)... All members? No! A small number of indomitable oncologists still hold out against the SCN. Why in the world would these individuals oppose a putatively excellent initiative, apparently without a downside?

Dickensian «Great Expectations»

The SCN has noble aims indeed. It claims it will introduce «integrated cancer patient care» throughout Switzerland. It will protect its members nation-wide against attacks by politicians, health insurance companies, and other predators intent on jeopardizing our daily oncology practice. It will, or so it is purported, ensure continuous quality control of multidisciplinary cancer care pathways in our country by virtue of its members placing their patient data into its (yet unborn) registry. Compliance with this request will be rewarded with a much sought-after quality assurance label, a QC sticker! A Grand Design! Who but a few short-sighted individuals could fail to see the urgent need for this endeavour?

We have learnt in clinical practice not just to accept medical concepts at face value, but to distinguish biased views from scientifically proven standards. We call this evidence-based medicine. Might it be rather a good idea to inspect the present status of the SCN with a critical eye?

The magic potion of networks

Networks are popular. Most if not all are local or regional organizations of doctors and other health professionals who share a number of important characteristics: the members know each other tolerably well, they meet regularly to discuss matters of mutual interest, they may negotiate contracts with health insurance companies or local hospitals, and they may organise night and week-end emergency calls for their patients. It is difficult to conceive that a «Swiss» cancer network encompassing oncologists between Samedan and the Vallée du Doubs, and between Schaffhausen and Chiasso could operate on such a personalized basis. Why then such a network?

The SCN promises «procedural, structural, clinical, and frame-work quality», in short *quality*, the holy grail of modern health care

In the face of such high flying promises, articulating concern or criticism may be taken as evidence of heresy or failure to accept the necessity of quality assessment in oncology. This is never the intention of the present pamphlet. The problem is rather that crucial aspects of the SCN have not yet been worked out to a degree that matches the «Grand Gesture» spirit with which the SCN has been launched. An example may illustrate this point.

At our Hospital as well as others, high-dose chemotherapy with reinfusion of autologous haematopoietic stem cells is subjected to rigorous continuous quality management. Certificates were obtained from the Joint Accreditation Committee ISCT EBMT (JACIE), at the cost of many working hours, gallons of sweat, and considerable financial burden on the Hospital's budget (Zahnd et al, Bone Marrow Transplantation 2004). One notices that in all the correspondence surrounding the birth of the SCN, its putative costs have never been budgeted transparently. The true costs of building an SCN clinical data registry may be high, higher than anticipated, and the members will one day pay the bill.

The quality of quality assessment, or the proof of the pudding is in the eating

The SCN plans to collect clinical data on patients treated by SCN members to ensure quality of their care. In clinical trials (an excellent tool for clinical quality testing), pharmaceutical companies, or cooperative trialist groups such as the SAKK run suitably staffed, hence expensive, Coordinating Centres to ensure timely collection of clinical trial data, and data quality checks, with local source-document verification, as required. Outcome, and protocol violations are identified, as are serious adverse events, all well defined markers of quality. It would be important to establish detailed techniques and criteria through which the SCN will ascertain «procedural quality», and «clinical data quality» which is neither trivial nor easy, and at present quite unspecified. So far the SCN has produced only very rough sketches of how their network will be spread throughout the country, and how they will separate oncology wheat from cancer chaff.

A true quality label must be strictly and clearly defined. A bright oncology trainee at my Department recently alerted me to a lovely example illustrating this point. A quality label on milk packages from the COOP says that the package «contains milk». Whilst it may be reassuring that COOP milk packages indeed contain milk rather than booze, this label lacks critical quality information, such as whether the milk contains lactose, any particular allergens, or whether the cows providing it had munched delightful Swiss alpine

herbs rather than weeds imbued with toxic waste. Should the SCN registry simply «contain cancer data», surely this would not be good enough. Data deposition into a registry is neither a goal in its own right, nor is it a quality label as such.

The SCN says it will use international guidelines, and cancer patient management plans established at local tumor boards as benchmarks to judge whether patient management by their members is appropriate or not. The SCN also plans to match its data with those of Cantonal epidemiological registries. Which reference guidelines will be selected? Not all of them convey consistent messages! Will local reference tumour boards be scrutinized by the SCN of whether they propose adequate procedures in each case? The tumour boards may err! Who would assess *them* for *their* quality? Will there be checks whether individual members report all of their patients to the registry, or just a biased selection? Will selected SCN registry data be matched with their original source (i.e. the patient chart)? Matching SCN registry data with those available in Cantonal Cancer Registries will only yield a superficial impression of what is happening in practical cancer care. How would the registry deal with data from Cantons where no registry exists? These questions are as yet unanswered. In a nutshell, no practical plan of how the SCN registry will work has been presented, although such details will determine the success or the doom of the entire project. Admittedly, Rome wasn't built in a day, but the present state of SCN just is not good enough to present this project as one with a high chance of success. To make matters even more difficult, where and how will the SCN embrace cancer surgeons, radiation oncologists, oncology nurses, psycho-oncologists, palliative care, and home care delivery? A simple small-print hint referring to them (ref. 4 in the Nadig paper) is not enough.

Good quality must be rewarded, and insufficient standards of care must be reprimanded. The SCN hopes to undergo a successful certification process as a recognition of its expected efficacy from which in turn its members will benefit. The SCN, however, shrinks away from giving us clues as to how the bad boys (or girls) in its ranks would be throttled, should their care fail to meet the network's (unspecified) quality requirements. Would the SCN leadership dare to recommend to a health insurance company, that they should stop paying the bills for the care delivered by oncologist X, until that culprit mends his or her ways, and comply with SCN standards of care? One rather doubts that.

Necessity is the mother of invention

At our Hospital, we have just completed a certification process of our Breast and Gynaecological Oncology Centre, a joint venture with our Gynaecologists and Radiation Oncologists. Many conditions had to be met to survive the assessment, and to obtain the quality label was no «slam dunk». This is exactly how it should be!

Thus, not everyone will be able to get such a label, a source of concern to some oncologists and hospitals. In addition, there are worries that certification programmes tend to focus on oncological «organ centres» where particular tumour types, such as breast cancer or lung cancer are at centre court. It is feared that this would jeopardise medical oncology training, and the traditionally broad clinical scope of board-certified medical oncologists. However, in gynaecological oncology at our Hospital neither our role as medical oncologists nor our fellow training programmes have suffered because of the certification, and such fears are ill founded.

In contrast to the tough certificates referred to above, the SCN now offers a cheap quality label for its members, obtainable simply if they deliver their clinical data to the SCN registry. In other words, an easy game. Patients and health care authorities may be unable to judge by which requirements one or the other quality label is obtained. I consider this aspect as one of major concern, unless the SCN manages to build up a stringent, hence respectable nation-wide quality control system in cancer medicine, which by definition (fortunately or sadly, as one may view it) cannot be available to everyone. Health insurance companies, politicians, government administrators, and patients should look very carefully into the quality of health care quality labels before they buy what they see. The cancer field is increasingly replete with QC stickers that stem from different sources, some of them difficult to get upon meeting stringent conditions only, and others that seem to have much more value than what they really are worth. The SCN plans at present clearly fall into the latter category, and the SCN board will need to undertake great strides to come up with a quality label that eventually lives up to the exalted promises so far published.

One wishes them luck, and remains sincerely, but at present sceptically theirs,

Martin F Fey

References

Nadig J. Swiss Cancer Network. Schweizer Krebsbulletin 2012; 2: 164-5.

Zahnd D, et al. Implementation of the JACIE standards for a haematopoietic progenitor cell transplantation programme: a cost analysis. Bone Marrow Transplant 2004; 34: 847-53.

Retaliations to be addressed to

Prof Martin F Fey
Department of Medical Oncology
Inselspital and University of Bern, CH-3010 Bern
Tel. +41 (0)31 632 22 43, martin.fey@insel.ch

Versorgungsforschung

Versorgungsforschung – braucht es das in der Schweiz?

Thomas Rosemann, Direktor des Instituts für Hausarztmedizin, UniversitätsSpital Zürich

Erstpublikation: Schweizerische Ärztezeitung 2012;93:463-466

Chronische Krankheiten, Multimorbidität und Fragmentierung des Gesundheitssystems

Die Entwicklung der Medizin in den letzten hundert Jahren ist eine grosse Erfolgsgeschichte: Jahrhundertelange Geisseln der Menschheit, die die Lebensqualität und mehr noch die Lebenserwartung oft stark limitiert haben, wurden durch immense pharmakologische und medizintechnische Entwicklungen beherrschbar: angefangen bei Impfungen und Antibiotika, die epidemiologisch unzweifelhaft zu den segensreichsten Entdeckungen überhaupt zählen, über eine Fülle von Medikamenten, die etwa kardiovaskuläre Erkrankungen therapierbar machten, bis hin zu modernsten interventionellen Techniken in der Chirurgie und Kardiologie.

All dies ermöglicht uns heute eine nie erreichte Lebenserwartung, aber eben auch das Erleben einer Ansammlung chronischer Erkrankungen und schafft damit ganz neue Herausforderungen für die Versorgung. Diese wiederum wird durch den enormen Fortschritt, der zu immer neuen Subspezialitäten führt, immer komplexer und fragmentierter. Hinzu kommt noch eine weitere Folge der ungeahnten medizinischen Möglichkeiten: alle kosten Geld, und auch dies ist nur begrenzt im System vorhanden. Zu den medizinischen Fragestellungen kommen somit ökonomische und das Problem, wie Versorgung optimal zu gestalten sei.

Im Schweizer Gesundheitssystem werden aktuell Massnahmen heftig diskutiert, die auf übergeordneter Ebene Ver-

La recherche sur les soins (Health Services Research) est-elle utile en Suisse?

Les nouveaux défis qui se posent en raison du vieillissement de la population ainsi que les maladies chroniques et la polymorbidité qui en découlent ne peuvent pas uniquement être résolus par le recours à de nouveaux médicaments ou à de nouvelles techniques. Il s'agit bien plus de mettre en place une organisation optimale des soins et de coopérer avec les fournisseurs de prestations. La recherche sur les soins (Health Services Research, HSR) traite justement de l'organisation de ceux-ci. Ce domaine, en plein essor sur le plan international, est bien implanté aux Etats-Unis et dans de nombreux pays d'Europe et fait figure de troisième pilier aux côtés de la recherche fondamentale et de la recherche clinique. La recherche sur les soins vise l'obtention de résultats importants pour les patients et se différencie de la recherche clinique et des études clinicopharmacologiques, car elle prend en compte les conditions réelles et les aspects économiques.

La recherche sur les soins est un champ pluridisciplinaire qui porte tant sur des disciplines où l'on pratique la recherche à laquelle participent des cliniciens, des épidémiologistes, des sociologues et des psychologues que sur les méthodes de recherche. Hormis les analyses épidémiologiques, on intègre aussi l'analyse qualitative, les modèles quantitatifs et ceux permettant de générer ou de vérifier des hypothèses. Dans de nombreux pays, la recherche sur les soins est largement subventionnée. En Suisse toutefois, elle n'en est qu'à ses débuts et sa promotion n'est possible qu'au travers du nouveau programme de l'Académie Suisse des Sciences Médicales.

sorgung strukturieren sollen, allen voran «Managed Care» und «Integrierte Versorgung». Diese Diskussion wird aber auf weiten Strecken politisch geführt, anstatt auf Basis valider gesundheitswissenschaftlicher Erkenntnisse. Mit

etwas Distanz betrachtet, wirkt es fast ein wenig befremdlich, dass es einerseits eine Fülle von Studien mit Tausenden Patienten gibt, bei denen unterschiedliche Pharmaka einer Substanzklasse miteinander verglichen werden, um dann einen oft minimalen Vorteil für eine Substanz herauszuschälen und auf der anderen Seite werden Eingriffe in das Gesundheitssystem weitgehend willkürlich und ohne belastbare Erkenntnisse über ihre Auswirkungen implementiert. Neben den bereits erwähnten Massnahmen wären die «Diagnostic Related Groups» (DRG) oder auch der «Skillmix», also die Frage, welche Professionen in welchem Masse in die Behandlung involviert sein sollen, oder auch die Selbstdispensation zu nennen. Diese Massnahmen werden leidenschaftlich diskutiert, aber es liegen keine harten Fakten vor, ja mehr noch, es gibt noch nicht einmal Bestrebungen, diese zu generieren. Hintergrund ist, dass der Forschungszweig, der sich mit diesen Fragestellungen wissenschaftlich auseinandersetzt, in der Schweiz aktuell praktisch nicht entwickelt ist: die Versorgungsforschung.

Definition

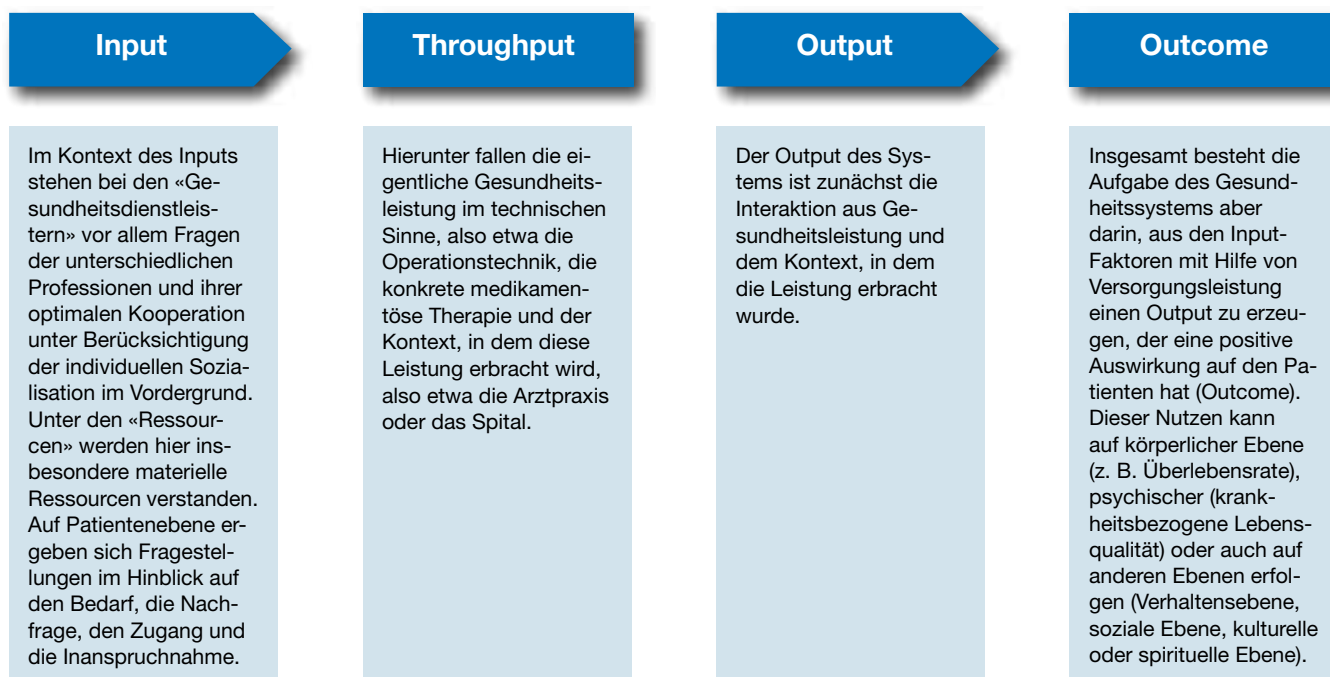
Es existieren verschiedene Definitionen der Versorgungsforschung oder «Health Services Research» (HSR). Im deutschsprachigen Raum am weitesten verbreitet sind die Definitionen von Pfaff, Schrappe und der Deutschen Bundesärztekammer [1, 2]. Am prägnantesten bringt es allerdings die Definition der amerikanischen «Agency for Healthcare Research and Quality» (AHQR) zum Ausdruck:

«Health Services Research examines how people get access to health care, how much care costs and what happens to patients as a result of this care. The main goal of HSR is to identify the most effective way to organize, manage, finance, and deliver high-quality care, reduce medical errors and improve patient safety» [3].

In dieser Definition wird bereits deutlich, dass HSR auf das Ergebnis, also den «Outcome» fokussiert ist, daher hat sich in jüngerer Zeit auch der Ausdruck «Outcome Research» als Synonym etabliert. In der Definition von Clancy und Eisenberg, 1998 in Science publiziert, werden zusätzlich soziale Faktoren und Wertvorstellungen des Patienten betont: «Outcomes research – the study of the end results of health care services that takes patients' experiences, preferences and values into account» [4].

Versorgungsforschung zielt also auf die patientenrelevanten Ergebnisse der Versorgung und dies – im Unterschied zu klinischen und/oder klinisch-pharmakologischen Studien – unter realen Bedingungen und Berücksichtigung ökonomischer Aspekte. Sie ist Mittler zwischen klinischer Forschung und täglicher Praxis. Ein alltägliches Phänomen in der medizinischen Versorgung ist eine Kluft, («gap») zwischen den Erkenntnissen aus der klinischen Forschung, die primär nur die «efficacy» (Wirksamkeit unter Idealbedingungen) untersucht und der «effectiveness», also der Wirkung unter realen Bedingungen. Diese Kluft wird wissenschaftlich im «Throughput Modell», das zentral in der Versorgungsforschung ist, abgebildet.

Abbildung 1. Das systemtheoretische Modell des Versorgungssystems, «Throughput Modell» (nach Pfaff [1]).



Methodik

Multidisziplinarität

Versorgungsforschung ist ein multidisziplinäres Forschungsfeld, sowohl in Bezug auf die forschenden Disziplinen, vornehmlich Kliniker, Epidemiologen, Sozialwissenschaftler und Psychologen, als auch in Bezug auf die Forschungsmethoden: Neben epidemiologischen Analysen, die oftmals vorhandene Datenbestände etwa von Versicherern oder aus öffentlichen Registern nutzen, kommen auch qualitative, also hypothesengenerierende und natürlich quantitative, also hypothesenprüfende Designs zum Einsatz. Häufig bauen diese auch dergestalt aufeinander auf, dass zunächst «facilitators» und «barriers» einer gewünschten Veränderung qualitativ erfasst werden, dann eine Intervention massgeschneidert wird und deren Implementierung dann in einer (Cluster-)randomisierten, kontrollierten Interventionsstudie untersucht wird. Methodisch ist Versorgungsforschung sehr anspruchsvoll, da unter «Real-life»-Bedingungen viele Einflussgrößen, die in klinischen Studien mit hochselektierten Patienten ausgeklammert werden können, nicht ausgeschlossen werden können, sondern erfasst und in der Auswertung berücksichtigt werden müssen.

Klassische Gebiete der Versorgungsforschung sind unter anderem [5]:

- Epidemiologie (Beobachtungs- und Kohortenstudien)
- Evidence Based Medicine (Übertragbarkeit auf die reale Versorgung)
- Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung
- Lebensqualitätsforschung (Lebensqualität als wichtigster Bestandteil der «Patient Reported Outcomes», PROs)
- Pflegeforschung
- Gesundheitsökonomie
- Public Health
- Ethik (Auswirkung auf Patienten und Versorger)
- Implementierungsforschung (Wie werden Interventionen optimal in die Routineversorgung implementiert?).

Historie und internationale Situation

USA

Versorgungsforschung hat ihre Wurzeln in den Vereinigten Staaten und reicht mehr als 60 Jahre zurück. In den 60er Jahren wurde der Begriff «Health Services Research» etabliert, ein «National Center for Health Services Research and Development» gegründet und auch ein entsprechendes wissenschaftliches Journal ins Leben gerufen. Heute gilt in den USA Versorgungsforschung als dritte Säule der medizinischen Forschung, neben der biomedizinischen und der klinischen Forschung [6,7]. Das Gesundheitsde-

partment hat später die «Agency for Healthcare Research and Quality» (AQHR) ins Leben gerufen, die heute hohe Beträge für Versorgungsforschungsprojekte zur Verfügung stellt [3].

Grossbritannien

Seit den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts wird HSR in Grossbritannien durch verschiedene Institutionen finanziell gefördert. Seit 2005 existiert das «Health Services Research Network», das u. a. durch den «National Health Service» (NHS) finanziert wird. Die Versorgungsforschung ist in Grossbritannien sehr anwendungsorientiert, was in der aktuellen Definition der NHS Confederation zum Ausdruck gebracht wird: «all research that underpins improvements in the way health services are financed, organized, planned and delivered, and includes health technology assessments and health policy research.» [8] Ein grosser Forschungsbereich in Grossbritannien ist insbesondere das «Pay-for-performance»-Programm, das eine qualitätsorientierte Vergütung für Hausärzte etablierte und zu einer deutlichen Einkommenssteigerung der englischen Hausärzte führte.

Deutschland

1989 wurde in Deutschland ein Förderprogramm «Gesundheitswissenschaften Public Health» aufgelegt, das als Anschubfinanzierung für Versorgungsforschung wirkte. Der Sachverständigenrat der Bundesregierung hat wiederholt explizit die Versorgungsforschung angemahnt, indem er feststellte (2001): «Die belastbare Evidenz (...) zur Über-, Unter- und Fehlversorgung ist vor allem deshalb so gering, weil im Bereich der Universitäten ein völlig unangemessenes Missverhältnis zwischen klinischer Forschung und Versorgungsforschung zu verzeichnen ist (...). Damit verbunden ist eine massive Überschätzung und Überbewertung der medizinischen Interventionen für die Lebenserwartung und Lebensqualität und eine nicht zukunftsfähige Vernachlässigung von Forschung zur interdisziplinären und sektorenübergreifenden Gestaltung von Versorgungszusammenhängen» [9].

2002 wurde in Deutschland erstmals der Kongress für Versorgungsforschung abgehalten und parallel folgten mehrere Förderprogramme, die die Versorgungsforschung mit hohen Förderbeträgen unterstützen. Mittlerweile sind neben dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), das in der Wissenschaftsförderung eine vergleichbare Funktion wie der Schweizer Nationsfonds (SNF) einnimmt, auch die gesetzlichen Krankenversicherungen, die privaten Krankenversicherer sowie die deutschen Rentenversicherer an der Förderung dieser Forschung substantziell beteiligt. Als wegweisend ist zu betrachten, dass bereits 2005 der Deutsche Ärztetag beschloss, die Versorgungsforschung durch die Bundesärztekammer aus den Mitgliederbeiträgen aller deutschen Ärzte zu fördern [10].



Abbildung 2. Förderung der Versorgungsforschung durch die Bangerter Stiftung und SAMW.

Versorgungsforschung in der Schweiz

In der Schweiz gibt es derzeit eine Fülle von Fragestellungen, auf die Versorgungsforschung Antworten liefern könnte [11]. Am Beispiel der DRGs wird aber deutlich, welche Chancen hier verpasst werden. Dieser nachhaltige Eingriff in das Vergütungssystem mit Auswirkungen auf fast alle Versorgungsbereiche (stationär, Rehabilitation, ambulante ärztliche Versorgung) wird ohne adäquate Begleitforschung vorgenommen. Zwar werden Auswirkungen auf das Personal in Spitälern untersucht – wozu es auch schon reichlich Daten aus anderen Ländern gibt – die Frage ob und in welchem Umfang es tatsächlich zu Verlagerungseffekten kommen wird, kann jedoch mit keinem Projekt valide beantwortet werden.

Bedauerlicherweise ist die Forschung in der Schweiz nach wie vor sehr grundlagenorientiert, Förderprogramme auf kantonaler oder nationaler Ebene fehlen völlig. Die Einrichtung eines nationalen Forschungsprogrammes wurde abgelehnt, der Nationalfonds finanziert praktisch keine Versorgungsforschung. Einzig die Novartis Schweiz AG unterstützt am Institut für Hausarztmedizin ein auf Versorgungsforschung ausgerichtetes PhD-Programm, das allerdings nur in Verbindung mit der Universität Nijmegen/NL realisiert werden konnte, da das in Zürich etablierte MD-PhD-Programm ebenfalls nur auf klinische bzw. Grundlagenforschung ausgerichtet ist. Angesichts des Stellenwerts, den sich die Versorgungsforschung durch ihre Ergebnisse international bereits erarbeitet hat, scheint es fast beabsichtigt, dass in der Schweiz gesundheitspolitische Weichen lieber «eminenzbasiert» und auf politischem Wege gestellt werden, als auf Basis valider Daten. Mittelfristig mag dies für die einzelnen Interessengruppen reizvoll sein, langfristig wird sich die Vernachlässigung einer Forschung, die das Gesamtsystem im

Auge behält, aber nicht nur auf die Versorgungsqualität negativ auswirken, es wird auch finanziell desaströs enden.

Als Lichtblick ist das von der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW und mit finanzieller Unterstützung der Bangerter Stiftung ins Leben gerufene Förderprogramm «Versorgungsforschung in der Medizin» zu werten. Obwohl hier zukünftig pro Jahr 1 Million Franken zur Verfügung stehen werden, ist der Betrag angesichts der drängenden Fragen und insbesondere in Relation zu den Hunderten Millionen, die in die anderen Forschungsbereiche investiert werden, eine kleine Summe. Es bleibt zu hoffen, dass die Schweiz den internationalen Weckruf hört. Ein gutes Gesundheitssystem besteht nämlich nicht nur aus exzellenten Einzelakteuren, sondern aus dem möglichst optimalen Zusammenspiel aller Akteure.

Literatur

- 1 Pfaff H. Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In: Pfaff H, Schrappe K, Lauterbach W, Engelmann U, Halber M (Hrsg.). Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung. Bern: Verlag Hans Huber; 2003.
- 2 Bundesärztekammer. www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.6.3289.3293.3294
- 3 AHQR. www.ahrq.gov
- 4 Clancy C, Eisenberg J. Outcomes Research: Measuring the end results of health care. Science. 1998;282:245–6.
- 5 Pfaff H, Neugebauer, Glaeske, Schrappe K (Hrsg.). Lehrbuch Versorgungsforschung, Stuttgart: Schattauer Verlag; 2011.
- 6 Black N. Health services research: saviour or chimera? Lancet. 1997;349:1834–6.
- 7 Lohr KN, Steinwachs DM. Health Services Research: an evolving definition of the field. Health Serv Res. 1994;27:15–7.
- 8 NHS Confederation. www.nhsconfed.org/Networks/HealthServiceResearchNetwork/Pages/HSRN.aspx
- 9 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht01/Kurzf-de.pdf
- 10 BMBF. Versorgungsforschung. Ergebnisse der gemeinsamen Förderung durch das BMBF und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung (2005–2008). Bonn, Berlin; 2008.
- 11 SAMW. www.samw.ch/de/Forschung/Versorgungsforschung.htm

Korrespondenz:

Prof. Dr. med. Thomas Rosemann
 Institut für Hausarztmedizin
 UniversitätsSpital Zürich
 Pestalozzistrasse 24, CH-8091 Zürich
 Tel. +41 (0)44 255 90 99
 Fax +41 (0)44 255 98 55
thomas.rosemann@usz.ch

Tagung
Donnerstag
1. November 2012
Bern

Versorgungsforschung in der Schweiz: das Beispiel Onkologie

SAMW Schweizerische
Akademie der Medizinischen
Wissenschaften



Die Tagung wird unterstützt durch die
Gottfried und Julia Bangerter-Rhyner-Stiftung

Programm

- Chair: Prof. Thomas Rosemann, Zürich*
- 9.15 Uhr **Begrüssung**
Prof. Peter Meier-Abt, Präsident SAMW, Basel
- 9.25 Uhr **Health services research is crucial for evidence-based health policy**
Prof. Michel Wensing PhD, Raboud University, Nijmegen/NL
- 10.15 Uhr **Versorgungsforschung in der Schweiz: Stand und Aussichten**
lic. iur. Pascal Strupler, Direktor BAG, Bern
- 10.45 Uhr Kaffeepause (Postersession)
- 11.15 Uhr **Adaptation des directives de pratique clinique: exemple des directives concernant le diabète dans un programme de management des maladies chroniques**
Prof. Bernard Burnand, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne
- 11.30 Uhr **Evaluation der Notfallpraxis am Waidspital**
PD Dr. Oliver Senn, Institut für Hausarztmedizin und Versorgungsforschung, Zürich
- 11.45 Uhr **Admissions et réadmissions potentiellement évitables comme indicateurs de la qualité**
PD Dr. Patricia Halfon, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne
- 12.00 Uhr **Diskussion**
- 12.15 Uhr **Übersicht über die 2012 eingegangenen Gesuche für das Förderprogramm «Versorgungsforschung im Gesundheitswesen»**
Prof. Thomas Rosemann, Institut für Hausarztmedizin und Versorgungsforschung, Zürich
- 12.30 Uhr Mittagessen (Postersession)
- Symposium «State of the Art in Oncology Research»**
Chair: Prof. Urs Metzger, Uitikon
- 13.30 Uhr **Versorgungsforschung in der Onkologie: Einführung ins Thema**
Prof. Bernhard Pestalozzi, Zürich
- 14.00 Uhr **Versorgungsoptimierung durch Brustzentren und Ärztenetzwerke**
PD Dr. Christoph Rageth, Brust-Zentrum, Zürich
- 14.30 Uhr **Quality Indicators of clinical cancer care (QC3) in Southern Switzerland: a population-based pilot study**
Dr. Andrea Bordonì, Ticino Cancer Registry, Locarno
- 15.00 Uhr Kaffeepause (Postersession)
- 15.30 Uhr **Podiumsdiskussion: Versorgungsforschung – what next?**
Moderation: Dr. Rolf Marti, KFS, Bern
TeilnehmerInnen: Prof. Thomas Rosemann, Zürich
lic. oec. Pius Gyger, Helsana, Zürich
Prof. Martin Fey, Inselspital, Bern
Dr. Manuela Eicher, Pflegefachfrau, Fribourg
Nationalrätin Bea Heim, Starrkirch (SO)
- 16.45 Uhr **Verleihung Poster-Preis**
- 16.55 Uhr **Schlussworte**
Prof. Urs Metzger, Uitikon
anschliessend Apéro

«Small area analysis» als Instrument für die Versorgungsforschung in der Schweiz

Klazien Matter-Walstra
Network Outcomes Research, SAKK

Einleitung

Seit Januar 1997 werden alle Schweizer Spitalentlassungen jährlich beim Bundesamt für Statistik in der «Medizinischen Statistik der stationären Einrichtungen» erfasst. Diese Vollerhebung aller hospitalisierten Patienten kann wichtige Informationen über das Spitalnutzungsverhalten der Schweizer Bevölkerung und eine exakte Bestandsaufnahme des Versorgungszustandes liefern. Jeder einzelne Fall besitzt neben diagnostischer (ICD10) und Behandlungskodierung (CHOP) einen Wohnsitzhinweis in Form eines Kodes, der eine oder mehrere Postleitzahlen (PLZ) zusammenfasst. Diese neu definierten Gebiete werden «MedStat-Regionen» genannt. Die Schweiz wird in 612 MedStat-Regionen unterteilt, von denen 240 mindestens 1 Spital beherbergen (Stand 2005; seit 2008 gibt es neu 706 MedStat-Regionen und auch die Anzahl Spitäler hat sich geändert). Neben den traditionell benutzten kantonalen Auswertungen der Spitalnutzung, die nur sehr grobe Aussagen zulassen, eignet sich auch die Untersuchung von sogenannten Spitaleinzugsgebieten. Spitaleinzugsgebiete (Hospital Service Area = HSA) sind Aggregate, welche aus mindestens einer MedStat-Region und einem Spital bestehen. Die Bildung dieser Gebiete beruht auf der

Methode der «Small Area Analysis» (für eine detaillierte Beschreibung der Methode zur Bildung von Small Areas siehe: [1-3]). Einzugsgebiete widerspiegeln die effektive Nutzung stationärer Leistungen durch die Bevölkerung im Zeitraum der Datenerhebung.

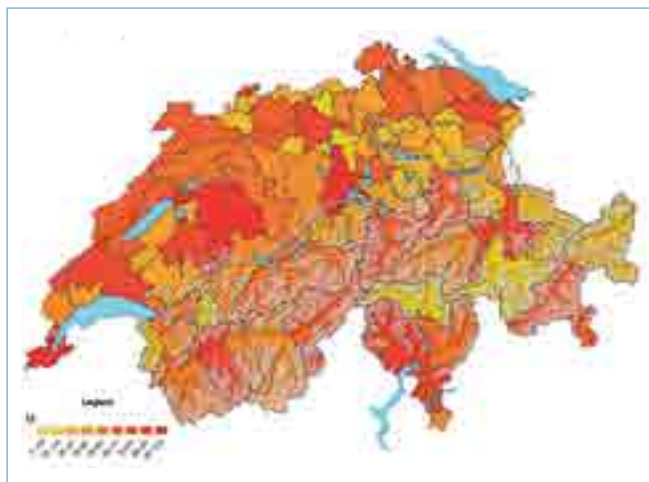
Diese Einzugsgebiete erlauben Aussagen zu verschiedensten Themen wie z.B. den Umfang ausserregionaler Behandlungen, die geographische Struktur/Verteilung der Spitalnutzung oder Schwankungen in der Nutzung von Ressourcen und der Patientenströme. Da die Aufteilung in Einzugsgebiete sehr detaillierte Angaben ermöglicht, können bessere «marktbezogene» Untersuchungen von Versorgungsengpässen und/oder Kapazitätsüberschüssen durchgeführt werden, als dies aufgrund kantonaler Grenzen möglich ist. Analysen können weiter verfeinert werden, indem Leistungsgruppen wie z.B. Onkologie, Diagnose- oder Behandlungsgruppen, Liegeklassen oder Spitaltypen (Akutspital, Rehabilitation) getrennt untersucht werden. Die Voraussetzung solcher Analysen ist allerdings eine landesweite einheitliche Erfassung der erbrachten medizinischen Leistungen und eine vollständige Kodierung der Diagnosen und Behandlungen. Fehlende Behandlungs-(CHOP)- und/oder Diagnoseangaben (ICD10) können zu Verzerrungen bei der Bewertung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen führen und «Small Area Analysen» erschweren.

Auswertungsmöglichkeiten

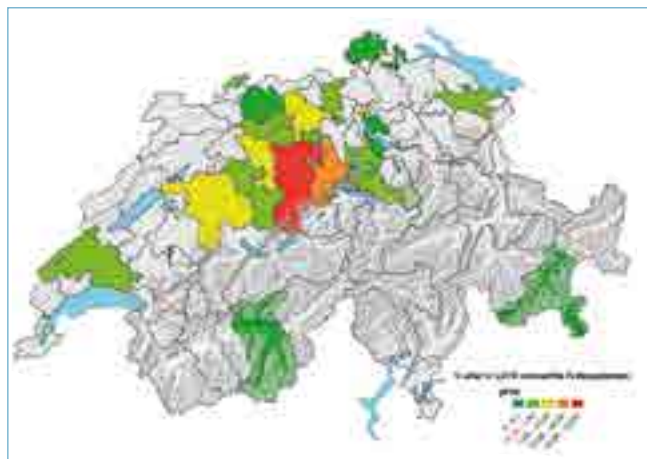
Einer der Vorteile von Small Area Analysis ist, dass sich die Ergebnisse in Form von Karten darstellen lassen, und so regionale Unterschiede und/oder Eigenschaften auf einem Blick ersichtlich werden. Zu den in diesem Beitrag beigefügten Karten muss eine Warnung beigefügt werden: Sie sind rein exemplarisch und haben keine wissenschaftliche Bedeutung. Die Daten stammen aus älteren Datensätzen und basieren auf dem veralteten MedStat-Datensatz.

1. Bildung von Versorgungsgebieten

Grundsätzlich können Spitalversorgungsgebiete (HSA) auf Grund zwei verschiedener Ausgangssituationen gebildet werden. Die erste Variante ist eine HSA-Bildung bezogen auf alle Hospitalisationen. Diese HSA wieder spiegeln die gesamte Spitalnutzung. Untersucht werden kann nun zum Beispiel, wie gut diese HSA die Versorgung für einzelne Indikationen wie z.B. Krebs gewährleisten. Eine zweite Variante ist es, HSA nur für einzelne Indikationen zu bilden. Diese HSA können sich erheblich von allgemein gebildeten HSA unterscheiden, zeigen aber



Grafik 1. Lokalisationsindex für Krebspatienten, HSA gebildet basierend auf allen Hospitalisationen



Grafik 2. Wo werden Krebspatienten, die in HSA LU19 wohnen, hospitalisiert?

die Versorgungslandschaft für diese bestimmte Indikation viel detaillierter auf.

2. Indikatoren für Patientenströme

Für die gebildeten HSAs lassen sich auf Grund der Information, in welcher HSA ein Patient wohnt und in welcher HSA er/sie hospitalisiert wurde, verschiedene Indikatoren herleiten. Dazu gehört u.a. der sogenannte Lokalisationsindex = welcher Prozentanteil der HSA-Einwohner wird im eigenen Wohn-HSA hospitalisiert (siehe Grafik 1). Je höher dieser Anteil ist, desto höher ist die Affinität der Bürger für ihre HSA (aus welchen Gründen auch immer). Ein weiterer Indikator ist der Market Share Index. Er zeigt das Verhältnis zwischen im HSA behandelten lokalen (HSA-Einwohner) und nicht lokalen Patienten (aus anderen HSAs) auf. Zusammen mit dem Lokalisationsindex gibt er wichtige Information über die «Beliebtheit»/«Attraktivität» eines HSAs. Ein HSA mit einem hohen Lo-



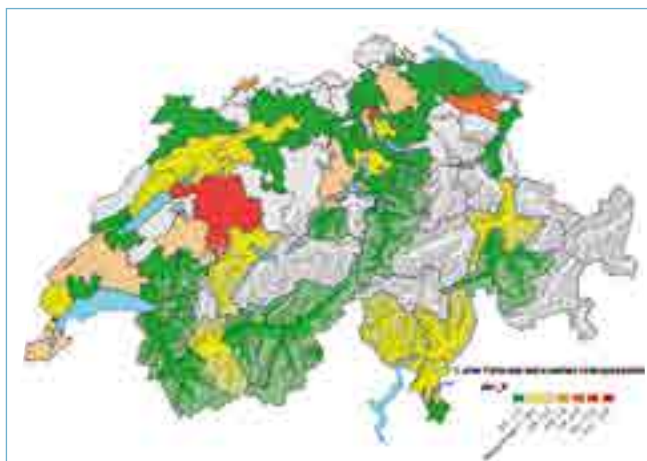
Grafik 3. Woher kommen Krebspatienten, die in HSA BE08 hospitalisiert werden?

kalisationsindex und einem niedrigen Market Share Index bedeutet zum Beispiel, dass diese Region nebst einem hohen Versorgungsgrad für die eigene Bevölkerung zusätzlich viele «Auswärtige» anzieht.

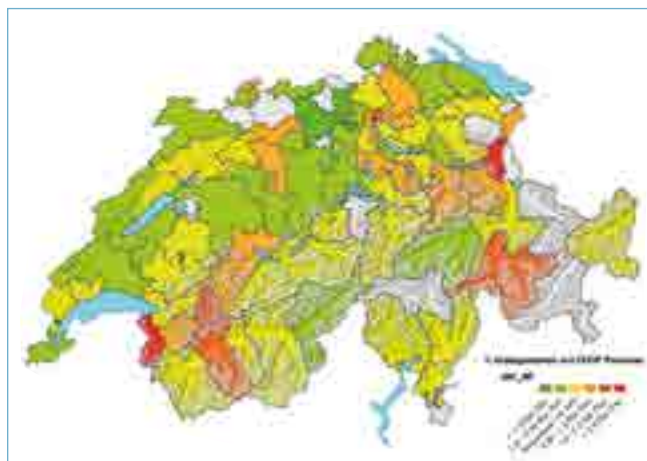
Zusätzlich kann auf Ebene der einzelnen HSA geschaut werden, wohin Patienten aus dieser HSA gehen, wenn sie für eine bestimmte Indikation hospitalisiert werden oder woher Patienten kommen, die in diesem HSA behandelt werden (siehe Grafik 2 und 3), sowie welche spezifische Eingriffe wo durchgeführt werden (Grafik 4).

3. Patientenbezogene Indikatoren

Auf Patientenebene können sehr viele Indikatoren analysiert werden. Nebst Hospitalisationsraten für bestimmte Diagnosen (auf Grund ICD10) oder Behandlungen (basierend auf CHOP, Grafik 5), kann zum Beispiel die Lie-



Grafik 4. Wo werden bei Krebspatienten Eingriffe am Pankreas durchgeführt?



Grafik 5. Prozentanteil Krebspatienten, die einen Eingriff am Pankreas (CHOP) hatten.

gedauer für einen bestimmten Eingriff angeschaut werden. Auch Kostendaten der Versicherer können so kartographisch aufgezeigt werden.

Schlussfolgerung

Ende der sechziger Jahre erschienen erste Artikel, die über geographische Unterschiede in der Nutzung von medizinischen Einrichtungen berichteten. In den folgenden Jahren wurden mehrere Hypothesen aufgestellt, um die beobachteten Varianzen von Nutzung, Nachfrage und Angebot zu erklären. Nebst soziodemographischen Faktoren des Patienten wurden hauptsächlich folgende Einflussgrößen untersucht: bestimmte Risikofaktoren in der Bevölkerung, Unter- und/oder Überversorgung, angebot-sinduzierte Nachfrage oder Praxisstile (Präferenz für bestimmte Therapieformen). Die Methode der «Small Area Analysis» wurde aber auch kritisiert, u.a. wegen mangelnden oder fehlenden richtigen statistischen Verfahren oder ungenügender Datenqualität. Die Ziele der Small Area Analysen können, wie oben beschrieben, mehrere sein. Grundsätzlich sollten sie aber eine Unterstützung in der Spital- und Gesundheitsversorgungsplanung ermöglichen. Die Voraussetzung für zuverlässige Analysen ist eine Vollständigkeit der Daten in Bezug auf die gestellte(n) Diagnose(n) und durchgeführte(n) Behandlung(en). Änderungen in der Erfassung von Diagnosen (ICD10 – Swiss DRGs) oder auch die Einteilung der MedStat-Regionen können zeitliche Analysen erschweren. Grundsätzlich kann aber gesagt werden, dass die Methode der Small

Area Analysis und die grafische Darstellungsmöglichkeiten viele nützliche Informationen über die Spitallandschaft und derer Benützung in der Schweiz ermöglichen. Spezifische Analysen in Bezug auf Krebs in der Schweiz liegen mit der vorgestellten Methode bis jetzt nicht vor, sie könnten aber jederzeit mit Unterstützung des Bundesamtes für Statistik unternommen werden.

Weitere detaillierte Informationen bezüglich der Methode können bei der Autorin angefragt werden.

Literatur

1. Goodman DC, Mick SS, Bott D, Stukel T, Chang CH, Marth N, et al. Primary care service areas: a new tool for the evaluation of primary care services. *Health Serv Res.* 2003 Feb;38(1 Pt 1):287-309.
2. Klauss G, Staub L, Widmer M, Busato A. Hospital service areas -- a new tool for health care planning in Switzerland. *BMC Health Serv Res.* 2005 May 9;5(1):33.
3. Matter-Walstra K, Widmer M, Busato A. Analysis of patient flows for orthopedic procedures using small area analysis in Switzerland. *BMC Health Serv Res.* 2006;6:119.

Korrespondenz:

Frau Dr. Klazien Matter-Walstra
Institute of Pharmaceutical Medicine/ECPM
University Basel
Network Outcomes Research, SAKK
klazien.matter@unibas.ch



Kap der Guten Hoffnung

Quality Indicators of Clinical Cancer Care (QC₃) in the territory of Canton Ticino: a population-based study

V. Bianchi¹, A. Spitale¹, L. Mazzucchelli², A. Bordonì¹ and the QC₃ Working Group³

¹Ticino Cancer Registry, Cantonal Institute of Pathology, 6600 Locarno, Switzerland

²Clinical Pathology, Cantonal Institute of Pathology, 6600 Locarno, Switzerland

³Members of the QC₃ Working Groups are listed in the Appendix

Keywords: quality of cancer care, colorectal cancer, lung cancer, prostate cancer, ovary cancer, uterus cancer, quality indicator, data collection, cancer registry

Introduction

Research on the Quality of Cancer Care (QoCC) throughout the last decade has demonstrated that increases in the knowledge of treatments with proven efficacy do not always translate directly into the optimal delivery of such treatments to patients. [1, 2] Moreover, the assessing of QoCC has become even more important to providers and purchasers of care in response to the growing demand for services, rising costs, constrained resources and evidence of variation in clinical practice. [3] QoCC studies and structured programmes on specific quality indicators (QI) have been developed in US, Canada and Europe since the late '90s. [1, 2, 4-7] So far, in Switzerland no population-based study on QoCC with a prospective design has been conducted. Into the bargain, the development of a national QoCC system in a federal setting such as the Switzerland is likely to be a highly complex undertaking with substantial implications for clinicians, patients, institutional leaders, policy makers and stakeholders. On the other hand, a QoCC study at a regional level could be made more acceptable by clinicians, increasing the likelihood of their recruitment and participation. We, therefore, suggested to implement, on a 3-year time period (2011-2013), in the territory of Canton Ticino, the project QC₃ (*Quality indicators of Clinical Cancer Care*) which is being finally conducted at the population-based Ticino Cancer Registry, representing the essential informative system of the epidemiologic knowledge of the local population and providing many variables necessary for the assessment of the clinical performance. In addition, the Registry is an

independent observatory, thus assuring an impartial evaluation service and avoiding any conflicts of interest.

Aims of the QC₃ Project

The overall objectives of the QC₃ project are the following: 1) to identify a panel of specific QI, useful to measure QoCC of colorectal, lung, prostate, ovary and uterus cancers; 2) to perform the data collection needed to compute the QI calculation; 3) to define, at the regional level, standards of care for each QI, in terms of minimum and target requirements.

Methods

The entire process followed to implement the QC₃ project is described in Figure 1.

Phase I: identification of quality of cancer care indicators

QC₃ QI are developed using a 2-step modified Delphi process, a methodology born in 1978, based on the involvement of cancer-specific Working Groups (WGs) of local

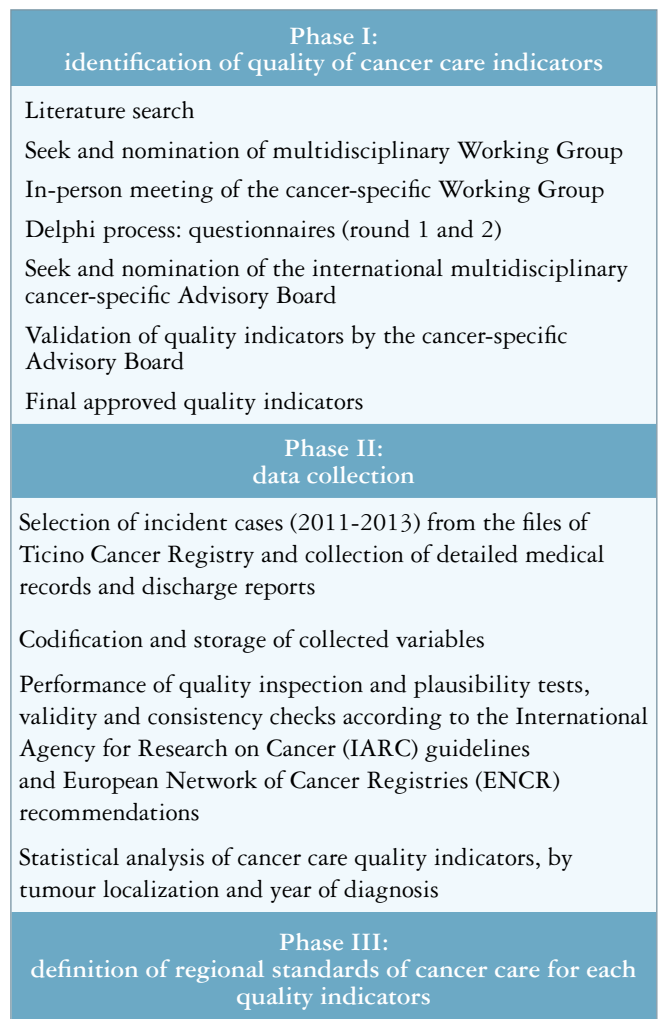


Figure 1. Process followed to implement the Quality of Clinical Cancer Care (QC₃) project.

health care providers (colorectal cancers WG, lung cancers WG, prostate cancers WG, ovarian/uterine cancers WG) to obtain experts opinions in a systematic, anonymous and individual manner for the validation of both evidence- and expert-based items. [8] Each WG offers a multidisciplinary perspective on practice, including specialists, professionals, clinicians and researchers of all concerned disciplines (pathology, surgery, oncology, radiology, radiation oncology, nuclear medicine, gastroenterology, gynaecology, urology, pneumology) coming from both public and private hospitals and clinical cancer care services of Canton Ticino. [9-11] Thus individual and collective interests of the essential groups as well as key contents areas are adequately represented. The initial cancer-specific list of QI, derived from a comprehensive literature search on PubMed/MEDLINE of relevant peer-reviewed articles, is proposed to the WGs during an in-person meeting. The participants are asked to select those QI considered perti-

nent for the QoCC measurement and eventually to suggest additional QI not already included. After this initial revision, the list of QI is formatted as a questionnaire and distributed to the WGs in two separate rounds; respondents have to rate each QI adopting the RAND appropriateness technique (scale 1 to 9, 1= extremely inappropriate; 9= extremely appropriate) or the megatrends method (response yes/no to the suitability of each QI) according to its association with quality and patient outcomes. [12] Furthermore, the list of selected cancer-specific QI derived from the two Delphi rounds, is then submitted to an independent international multidisciplinary cancer-specific Advisory Board (AB), in order to get an additional evaluation and to define a final approved list of QI.

Actually, the phase I of the study is concluded for colorectal and prostate cancers. Table 1 reports for these tumour sites some examples of QI approved by the cancer-specific WGs and ABs.

Tumour site	Quality Indicator	Denominator
Colon-rectum	Proportion of patients with colorectal cancer, evaluated by preoperative colonoscopy	Patients with colorectal cancer undergoing surgery
	Proportion of patients with colorectal cancer and preoperative staging according to the American Joint Committee on Cancer TNM 7th edition	Patients with colorectal cancer undergoing surgery
	Proportion of patients with colorectal cancer not undergoing neo-adjuvant radio±chemotherapy and a number of resected lymph nodes ≥ 12	Proportion of patients with colorectal cancer undergoing surgery
	Proportion of patients with colorectal cancer operated on with free margins	Patients with colorectal cancer undergoing surgery
	Proportion of patients with colon cancer and American Joint Committee on Cancer TNM stage II high-risk or III undergoing adjuvant chemotherapy	Patients with colon cancer and American Joint Committee on Cancer TNM stage II high-risk or III
	Proportion of patients with locally advanced rectal cancer (T3-4 and/or any T, N+, and M0) undergoing neo-adjuvant radio±chemotherapy	Patients with locally advanced rectal cancer
Prostate	Proportion of patients with prostate cancer and diagnosis based on prostatic biopsy	Patients with prostate cancer
	Proportion of patients with multiple biopsies (n≥8)	Patients with prostate cancer undergoing biopsies
	Proportion of patients with prostate cancer whose biopsy pathology report includes the tumour quantification (i.e. number of cores positive / total number of cores and proportion of prostatic tissue involved by tumour)	Patients with prostate cancer undergoing biopsies
	Proportion of patients with prostate cancer and documented multidisciplinary discussion	Patients with prostate cancer
	Proportion of patients with prostate cancer undergoing radical prostatectomy ± pelvic lymphadenectomy with uninvolved margins	Patients with prostate cancer undergoing radical prostatectomy ± pelvic lymphadenectomy
	Proportion of patients with prostate cancer died just after radical prostatectomy ± pelvic lymphadenectomy or within 30 days from the intervention	Patients with prostate cancer undergoing radical prostatectomy ± pelvic lymphadenectomy

Table 1. Quality of cancer care indicators of colorectal and prostate cancers: some examples.

Phase II: data collection

Once defined the final list of QI, the next step is to perform the data collection needed to compute the calculation. The QI refers to all patients resident in Canton Ticino according to the inhabitants control database and diagnosed between 2011 and 2013 with a new cancer in a localization above described. Cases are selected from the files of the population-based Ticino Cancer Registry. [13] Data collection is performed consulting different sources of information and following international guidelines. [14, 15] Furthermore, each cancer-specific WG assures that necessary data will be delivered to the recruited medical oncologist coordinating the study at the Ticino Cancer Registry. All collected variables are coded before their storage, statistical analysis and comparison with other Cancer Registries or QoCC programs outcomes. Particularly, tumour topography and morphology are classified using the International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O-III) and the WHO Classification of Tumours. [16-21] The first quality inspection and plausibility tests are automatically performed by the computer system during the data-entry phase. In addition, in order to achieve the best data comparability, both inside and outside the Registry, case registration, validity, and consistency checks are performed according to the International Agency for Research on Cancer (IARC) guidelines and the European Network of Cancer Registries (ENCR) recommendations. [14, 15, 22, 23]

According to the incidence rate and the relative time trends observed in Canton Ticino in the period 1996-2010, we expect to collect information for about 220, 200, 240, and 70 patients per year with colorectal, lung, prostate and ovarian+uterine cancers, respectively. The final step of this phase is the statistical analysis of cancer care quality indicators, by tumour localization and year of diagnosis. Actually, the phase II of the study is ongoing for colorectal and prostate cancers. Some preliminary results concerning incident colorectal cancers occurred in 2011 have been shown to the WG and presented at two cancer registries international meetings in order to stimulate the technical discussion. [24, 25]

Phase III: definition of regional standards of cancer care

This last phase of the project consists in the definition of standards of cancer care at the regional level, in terms of minimum and target requirements, for each QoCC measure and tumour localization. The definition of these standards of care arises from the results of quality indicators and is based on the evidence-based medicine of diagnostic and treatment modalities. Cancer-specific WGs is involved in this final activity. The development of this phase has not been defined yet.

Discussion

The project wants to identify, with the collaboration of local multidisciplinary WGs and international multidisciplinary

ABs, indicators capable to assess the QoCC in the diagnostic and therapeutic process for colorectal, lung, prostate, ovarian and uterine cancers. Through the data collection and QI calculation, it will be possible to define standards of health care in terms of minimum and target requirements at the regional level.

The study is instrumental to draw a population-based picture of the quality of treatment modalities currently in use in the territory of Canton Ticino and to open new perspectives on quality-related issues in oncology. A system of evaluation and auto-evaluation is implemented in order to favour the surveillance and monitoring of the comprehensive level of the oncologic care in the region, the clinical performance homogeneity, the possible weakness of the clinical network, and finally the corrective interventions to be adopted to improve the QoCC. Finally, it could help stimulating and designing similar studies and models at the national level, and allow comparisons with international data obtained from other QoCC systems.

In summary, specific strengths of the QC₃ project include the following:

1. the research is innovative and represents a pragmatic instrument to contribute in the improvement of the QoCC;
2. the research could have an impact on routine care with a direct benefit for oncologic patients;
3. the prospective design allows the production of up-to-date results, reproducing the currently used pattern of care;
4. the research defines QoCC indicators and standards of health care which could be considered for other similar studies;
5. the population-based design allows comparisons with other national and international studies on QoCC;
6. the population-based design implies the inclusion of patients older than 65 years usually excluded from RCTs;
7. the study could contribute to the process of standardization of diagnostic and treatment modalities according to evidence-based medicine;
8. the study additionally promotes the multidisciplinary team work and discussion at the population-based and regional level;
9. the study favours the rationalization of data transmission modalities to Cancer Registry;
10. the study increases the expectations of Cancer Registry data system, moving from the static retrospective evaluation of cancer treatment outcomes to dynamic interventions to monitor and ensure optimal multidisciplinary cancer care.

Conflict of interest: none

Funding

This work is supported by: Krebsforschung Schweiz (grant number KFS – 02668-08-2010), Swiss Academy

of Medical Science (grant number KZS 3/11), Advisory Board Research Ente Ospedaliero Cantonale Bellinzona (grant number ABREOC 10/2010) and Zonta Club Locarno.

References

1. Malin JL, Schneider EC, Epstein AM et al. Results of the National Initiative for Cancer Care Quality: how can we improve the quality of cancer care in the United States? *J Clin Oncol* 2006; 24: 626-634.
2. Schneider EC, Malin JL, Kahn KL et al. Developing a system to assess the quality of cancer care: ASCO's national initiative on cancer care quality. *J Clin Oncol* 2004; 22: 2985-2991.
3. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Soc Sci Med* 2000; 51: 1611-1625.
4. Neuss MN, Desch CE, McNiff KK et al. A process for measuring the quality of cancer care: the Quality Oncology Practice Initiative. *J Clin Oncol* 2005; 23: 6233-6239.
5. Duvalco KM, Sherar M, Sawka C. Creating a system for performance improvement in cancer care: Cancer Care Ontario's clinical governance framework. *Cancer Control* 2009; 16: 293-302.
6. Mainz J, Hansen AM, Palshof T, Bartels PD. National quality measurement using clinical indicators: the Danish National Indicator Project. *J Surg Oncol* 2009; 99: 500-504.
7. Istituto Tumori Toscana. La valutazione di qualità nella rete oncologica toscana. Dalle raccomandazioni cliniche ITT agli indicatori del percorso assistenziale. Firenze: Servizio Sanitario della Toscana 2008.
8. Fink A, Kosecoff J, Chassin M, Brook RH. Consensus methods: characteristics and guidelines for use. *Am J Public Health* 1984; 74: 979-983.
9. Leape LL, Park RE, Kahan JP, Brook RH. Group judgments of appropriateness: the effect of panel composition. *Qual Assur Health Care* 1992; 4: 151-159.
10. Campbell SM, Hann M, Roland MO et al. The effect of panel membership and feedback on ratings in a two-round Delphi survey: results of a randomized controlled trial. *Med Care* 1999; 37: 964-968.
11. Coulter I, Adams A, Shekelle P. Impact of varying panel membership on ratings of appropriateness in consensus panels: a comparison of a multi- and single disciplinary panel. *Health Serv Res* 1995; 30: 577-591.
12. Brook RH. The Rand/UCLA appropriateness method. In McCormic KA, Moore SR, Siegel RA (eds): *Clinical practice guideline development: methodology perspectives*. Rockville, Md: Agency for Health Care Policy and Research 1994; 59-70.
13. Bordoni A, Spitale A, Mazzola P et al. <http://www.ti.ch/cancer>. 2012.
14. Jensen OM, Parkin DM, MacLennan R et al. Cancer registration. Principles and methods. IARC Scientific Publication No 95. Lyon: IARC 1991.
15. Tyczynski JE, Démaret E, Parkin DM. Standards and guidelines for cancer registration in Europe. The ENCR recommendations. Volume I. IARC Technical Publication n.40. Lyon: IARC 2003.
16. Fritz A, Percy C, Jack A et al. International Classification of Diseases for Oncology. In 3rd Edition. Geneva: World Health Organization 2000.
17. Wagner G. Tumor-Lokalisierungsschlüssel. International Classification of Diseases for Oncology ICD-O, 2. Topographischer Teil. Berlin: Springer-Verlag 1993.
18. Hamilton SR, Aaltonen LA. World Health Organization Classification of Tumours: Pathology and genetics of Tumours of the Digestive System. In. Lyon, France: IARCPress 2000; 103-143.
19. Travis WD, Brambilla E, Muller-Hermelink HK, Harris CC. World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and genetics. Tumours of the Lung, Pleura, Thymus and Heart. In. Lyon, France: IARCPress 2004.
20. Eble JN, Sauter G, Epstein JI, Sesterhenn IA. World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and genetics. Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs. In. Lyon, France: IARCPress 2004.
21. Tavassoli FA, Devilee P. World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and genetics. Tumours of the Breast and Female Genital Organs. In. Lyon, France: IARCPress 2003.
22. Parkin DM, Chen VW, Ferlay J et al. Comparability and quality control in cancer registration. IARC Technical Report No 19. Lyon: IARC 2004.
23. Ferlay J, Burkhard C, Whelan S, Parkin DM. Check and Conversion Programs for Cancer Registries (IARC/IACR Tools for Cancer Registries). IARC Technical Report No. 42. Lyon: IARC 2005.
24. Bordoni A, Bianchi V, Mazzucchelli L, Spitale A. QoCC Study: indicators of quality of cancer care in Southern Switzerland. 33rd IACR Annual Meeting. Balaclava, Mauritius: IACR 11-13 October, 2011.
25. Bordoni A, Spitale A, Mazzucchelli L et al. Qualità delle cure contro il cancro (QC3) nel territorio della Svizzera italiana. Risultati preliminari dei tumori colorettali incidenti nel 2011. XXXVII GRELL Annual Meeting. Porto, Portugal: 16-18 May 2012.

Correspondence:

Valentina Bianchi, M.D.
Ticino Cancer Registry
Cantonal Institute of Pathology
Via in Selva 24, CH-6600 Locarno
Tel. +41 (0)91 816 08 26
valentina.bianchi-galdi@ti.ch

Appendix:

Members of the QC3 Working Groups are listed here below (in alphabetic order)*:

Ballerini G., Radiation Oncology Dept., Clinica Luganese, Lugano, Switzerland
Barizzi J., Clinical Pathology, Cantonal Institute of Pathology, Locarno, Switzerland
Bihl E., Gastroenterology Dept., Ospedale Regionale Bellinzona e Valli, Bellinzona, Switzerland
Bronz L., Gynaecology and Obstetrics Dept., Ospedale Regionale Bellinzona e Valli, Bellinzona, Switzerland
Calderoni A., Medical Oncology Dept., Clinica Sant'Anna, Lugano, Switzerland
Cannizzaro C., Clinical Pathology, Cantonal Institute of Pathology, Locarno, Switzerland
Casanova G., Urology Dept., Clinica Luganese, Lugano, Switzerland
Castelnuovo M., Urology Dept., Ospedale Beata Vergine, Mendrisio, Switzerland
Ceriani L., Nuclear Medicine Dept., Oncology Institute of Southern Switzerland (IOSI), Bellinzona, Switzerland

Christoforidis D., General Surgery Dept., Ospedale Regionale di Lugano, Lugano, Switzerland
 Crippa S., Clinical Pathology, Cantonal Institute of Pathology, Locarno, Switzerland
 Franzetti-Pellanda A., Radiation Oncology Dept., Clinica Luganese, Lugano, Switzerland
 Giovannella L., Nuclear Medicine Dept., Oncology Institute of Southern Switzerland (IOSI), Bellinzona, Switzerland
 Gyr T, Gynaecology and Obstetrics Dept., Ospedale Regionale di Lugano, Lugano, Switzerland
 Heinkel J., Radiology Dept., Ospedale La Carità, Locarno, Switzerland
 Jelmini F., Urology Dept., Ospedale Regionale di Lugano, Lugano, Switzerland
 Lladò A., Medical Oncology Dept., Oncology Institute of Southern Switzerland (IOSI), Bellinzona, Switzerland
 Maffei M., Gastroenterology Dept., Ospedale Regionale di Lugano, Lugano, Switzerland
 Manganiello M., Radiology Dept., Clinica Sant'Anna, Lugano, Switzerland
 Marini C., Oncology Dept., Oncology Institute of Southern Switzerland (IOSI), Bellinzona, Switzerland
 Mazzucchelli L., Clinical Pathology, Cantonal Institute of Pathology, Locarno, Switzerland
 Miazza B., Gastroenterology Dept., Ospedale Regionale di Lugano, 6900 Lugano, Switzerland
 Pedrazzini A., Medical Oncology Dept., Clinica Luganese, Lugano, Switzerland
 Pelloni A., General Surgery Dept., Ospedale La Carità, Locarno, Switzerland
 Pesce G., Radiation Oncology Dept., Oncology Institute of Southern Switzerland (IOSI), Bellinzona, Switzerland
 Peyer P, Urology Dept., Ospedale La Carità, Locarno, Switzerland
 Quattropani C., Gastroenterology Unit, Clinica Luganese, Lugano, Switzerland
 Ricchetti A., Radiation Oncology Dept., Oncology Institute of Southern Switzerland (IOSI), Bellinzona, Switzerland
 Roggero E., Medical Oncology Dept, Oncology Institute of Southern Switzerland (IOSI), Bellinzona, Switzerland
 Rosso R., General Surgery Dept., Ospedale Regionale di Lugano, Lugano, Switzerland
 Rusca T., Clinical Pathology, Cantonal Institute of Pathology, Locarno, Switzerland
 Saletti P., Medical Oncology Dept., Oncology Institute of Southern Switzerland (IOSI), Bellinzona, Switzerland
 Sessa C., Clinical Cancer Research Dept., Oncology Institute of Southern Switzerland (IOSI), Bellinzona, Switzerland
 Stoffel F., Urology Dept., Ospedale Regionale Bellinzona e Valli, Bellinzona, Switzerland
 Suriano S., Nuclear Medicine Dept., Oncology Institute of Southern Switzerland (IOSI), Bellinzona, Switzerland
 Valli M. C., Radiation Oncology Dept., Oncology Institute of Southern Switzerland (IOSI), Bellinzona, Switzerland
 Varini M., Medical Oncology Dept., Clinica Sant'Anna, Lugano, Switzerland
 Venzi G., Urology Dept., Ospedale Regionale di Lugano, Lugano, Switzerland
 Wytenbach R., Radiology Dept., Ospedale Regionale Bellinzona e Valli, Bellinzona, Switzerland

* Members of lung cancer Working Group are not included in the list, because the seek and nomination of panellists is still on-going.

Acknowledgements

We are grateful to all members of the international QC3 Advisory Boards for their precious collaboration in the revision of quality indicators (in alphabetic order)*:

Prof. Franco Cavalli, Scientific Director, Oncologic Institute of Italian Switzerland (IOSI), Bellinzona, Switzerland
 Prof. Gian Dorta, Director, Digestive Endoscopy Dept., Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne, Switzerland
 Prof. Jean Faivre, Director, Registre Bourguignon des Cancers Digestifs, Dijon Cedex , France
 Prof. Stefano Fanti, Director, PET Center, Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna, Italy
 Prof. Michele Ghielmini, Medical Director, Medical Oncology Dept., Oncologic Institute of Italian Switzerland (IOSI), Bellinzona, Switzerland
 Prof. Roberto Labianca, Director, Oncology and Haematology Dept., Ospedali Riuniti, Bergamo, Italy
 Prof. Sebastiano Martinoli, Director, General Surgery Dept., Clinica Luganese, Lugano, Switzerland
 Prof. Raymond Miralbell, Director, Radiation Oncology Dept., Hôpitaux Universitaires Genève, Genève, Switzerland
 Prof. Eshter Oliva, Pathology Dept., Massachussets General Hospital, Boston, USA
 Dr. Renée Otter, Director, Comprehensive Cancer Center North Netherlands, Groningen, The Netherlands
 Prof. Philip Quirke, Director, Leeds Institute of Molecular Medicine (LIMM), Section of Pathology, Wellcome Trust Brenner Building, St James's University Hospital, Leeds, United Kingdom
 Prof. Hélène Sancho-Garnier, Scientific Director, Epidaure - Pôle prévention du CRLC Val d'Aurelle, Montpellier, France
 Prof. Peter T. Scardino, Director, General Surgery Dept., Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, USA
 Prof. John R. Srigley, Pathology and Molecular Medicine Dept., McMaster University, Credit Valley Hospital, Mississauga, Canada
 Prof. Ian Tannok, Director, Medical Oncology and Medical Biophysics Dept., Princess Margaret Hospital, Toronto , Canada
 Prof. Harriet Thöny, Diagnostic Radiology Dept., Inselspital, Bern, Switzerland
 Prof. Emmanuel Tiret, Director, Pôle Digestif des Hôpitaux Univesitaires Paris Est, Chef Service de Chirurgie Générale et Digestive, Hôpital Saint-Antoine, Paris, France
 Prof. Vincenzo Valentini, Director, Unità Operativa Complessa Radioterapia 1, Policlinico Universitario Agostino Gemelli, Rome, Italy
 Prof. René H.M. Verheijen, Director, Surgical and Oncological Gynaecology Inst., Reproductive Medicine and Gynaecology Dept., University Medical Center, Utrecht, the Netherlands
 Prof. Akila N. Viswanathan, Director, Gynaecologic Radiation Oncology Dept., Dana-Farber Cancer Institute, Boston, USA
 Prof. Dominik Weishaupt, Director, Radiology Dept., Stadtsptial Triemli, Zürich, Switzerland

* Members of lung cancer Advisory Board are not included in the list, because the seek and nomination of panellists is still on-going.

Brustkrebs: Versorgung der Schweiz in Bezug auf Prävention, Abklärung und Behandlung

Christoph Rageth, Brust-Zentrum, Zürich

Besonderheiten der Schweiz

Die Schweiz hat 26 Kantone und damit fast ebenso viele Gesundheitswesen, welche einerseits schwer koordinierbar sind, andererseits aber einen besseren Wettbewerb erlauben. Die Zunahme der Gesundheitskosten betrug von 2000-2009: 60% (USA: 69% und OECD: 81%).

Status der Krebsregister in der CH (7'785'806 E.): ZG + ZH haben im Jahr 2011 das KR gestartet, AG und

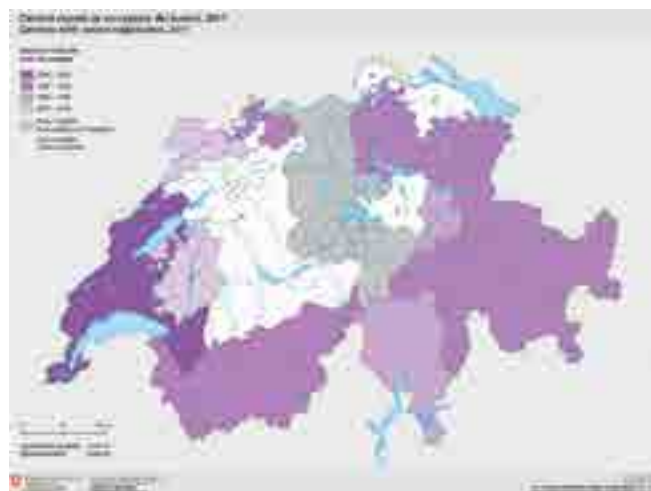


Abb. 1. Stand der Krebsregister in der Schweiz 2011

	Mortalität Deutschschweiz	Mortalität Romandie
1995-1999	28.81	27.39
2000-2004	26.44	23.66
2005-2009	24.11	21.38
Absinken der Mortalitätsrate	16.3%	21.9%

Tabelle 1. Die BK-Mortalität konnte in den letzten drei 5-Jahresperioden in der welschen Schweiz stärker gesenkt werden, als in der deutschen Schweiz. Ein Zusammenhang mit der Einführung der Mammografievorsorgeprogramme und der damit verbundenen Verbesserung des Abklärungsganges liegt auf der Hand.

TG anfangs 2012, BE hat vor, dieses Jahr zu starten. Bleiben deshalb noch SZ (144'686), SH (75'657) und SO (252'748). Die Krebsregister umfassen deshalb Ende 2012 ca. 94% der Einwohnerzahl.

Insuffiziente Mammografie-Vorsorge ausserhalb von kantonalen Vorsorgeprogrammen

Die opportunistische Mammografievorsorge ist im Vergleich teuer und viel weniger effizient, als organisierte Mammografievorsorgeprogramme. Weil solche Programme aber noch nicht in allen Kantonen verfügbar sind, haben Selbsthilfeorganisationen am 20.10.2008 in Bern einen Aktionstag durchgeführt, an welchem ca. 1'500 Büstenhalter auf dem Bundesplatz aufgehängt wurden.



20.10.2008 in Bern

Insuffiziente Patientinnenversorgung ausserhalb von Brustzentren?

1. Ausländische Erfahrungen und Untersuchungen

Diverse Untersuchungen zeigten die Bedeutung des case-loads für die Überlebenswahrscheinlichkeit von BK-Patientinnen. Sainsbury, Gillis, Roohan, Chaudhry, Kingsmore, Stefoski Mikeljevic und Skinner (2003). Bei Skinner besteht allerdings auch ein Hinweis darauf, dass die Bedeutung des Teams höher ist, als jene der Erfahrung des Chirurgen.

Schliesslich noch ganz aktuell publiziert: Die Einführung einer multidisciplinary care in 5 Zentren in Glasgow im Jahre 1995 hat dazu geführt, dass die BK-Sterblichkeit, welche vor Einführung 11% höher war, danach im Vergleich mit dem übrigen West-Schottland 18% tiefer war (Kesson EM et al).

2. Die Patterns of Care Studie

Silvia Ess et al veröffentlichten vor 2 Jahren Schweizer Daten. Bei der Untersuchung der Fragestellung, ob BK-

Wohnkanton	Wahrscheinlichkeit	SD
GE	5.25*	3.79-7.28
VS	1.26	0.87-1.83
TI	1.16	0.81-1.67
BS	2.08*	1.43-3.02
ZH	2.33*	1.62-3.37
SG/AI/AR	1.83*	1.30-2.59
GR/GL	1	

Fallzahl des Chirurgen	Wahrscheinlichkeit	SD
niedrig (<28/J)	1	
hoch (>27/J)	1.43*	1.07-1.91

präoperative interdisziplinäre Konferenz	Wahrscheinlichkeit	SD
Nein	1	
Ja	2.96*	2.47-3.54

Durchführung von Studien	Wahrscheinlichkeit	SD
Nein	1	
Ja	2.29*	1.96-2.67

Tabelle 2. Wahrscheinlichkeit, dass eine Mammakarzinompatientin nach existierenden Standards behandelt wurde, in Abhängigkeit von Wohnort, Fallzahl des Chirurgen, ob eine präoperative interdisziplinäre Konferenz stattfand und ob die Institution an Studien teilnahm.

*bedeutet ein signifikantes Ergebnis.

Patientinnen in der CH gemäss nationalen und internationalen Standards behandelt werden, stellte man erhebliche Variationen im Behandlungsprozess innerhalb der CH fest. Die beteiligten Krebsregister waren: GE, VS, TI, BS, ZH, GR-GL, SG/AI/AR. Die Teilnahme der Institutionen war freiwillig. Insgesamt wurden 3'498 BK-Fälle aus den Diagnosejahren 2003-2005 untersucht. Für die Behandlung gemäss anerkannten Standards wurde aus 10 Indikatoren (5 chirurgische + 5 nicht-chirurgische, alle basierend auf nationalen und internationalen Empfehlungen) ein Score berechnet.

Resultate: nur in 77% war die Krebsdiagnose vor der Operation bekannt und nur bei 67% der nodal negativen Fälle wurde die Sentinel Lymphknotenoperation angewendet. Massive kantonale Unterschiede und Bedeutung des caseloads, der Teilnahme an Studien und der Durchführung von interdisziplinären Konferenzen (prä- und postoperativ) waren weitere, in diesem Ausmass überraschende Ergebnisse.

Mit der Patterns Of Care Studie war der Beweis erbracht, dass auch in der Schweiz ein erhebliches Verbesserungspotential besteht.

Konsequenzen

In erster Linie müssen Mammografievorsorgeprogramme flächendeckend eingeführt werden. Sicher muss – wie in existierenden Programmen praktiziert – möglichst objektiv aufgeklärt werden (Problem der Überdiagnose und des falschen Alarmes), aber die bestehende Praxis der opportunistischen Mammografievorsorge ist qualitativ schlecht und zu teuer und es könnten noch wesentlich mehr BK-Todesfälle vermieden werden.

In zweiter Linie muss ein flächendeckender Zugang zu zertifizierten Brustzentren geschaffen werden. Der normale Gynäkologe/Radiologe/Chirurg kann heute nicht mehr die gesamte Palette an diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten anbieten, weshalb man auf Zentren angewiesen ist, welche entsprechende Apparaturen und Infrastruktur besitzen.

Deshalb hat im Jahre 2005 die Schweizerische Gesellschaft für Senologie eine Arbeitsgruppe eingesetzt, mit dem Ziel, auf die Schweiz angepasste Richtlinien für die Zertifizierung von Brustzentren zu erstellen.

Die Richtlinien enthalten Definitionen von **Strukturqualität:** Personelles und Apparatives, **Prozessqualität:** z.B. 5 Tage bis zur Konsultation, 5 Tage bis zur Resultatmitteilung, interdisziplinäre Konferenzen vor und nach der Operation, case load ≥ 125 neue BK-Fälle pro Jahr für das Zentrum und mindestens 30 pro Kernteam-Chirurgen sowie Definitionen zur **Ergebnisqualität:** Datendokumentation, Indikatoren. Zudem müssen die Zentren an klinischen Studien teilnehmen (≥ 30 Patientinnen in Studien pro Jahr). Seit diesem Jahr führen die Krebsliga Schweiz und die SGS gemeinsam Schweizer Zertifizierungen durch.

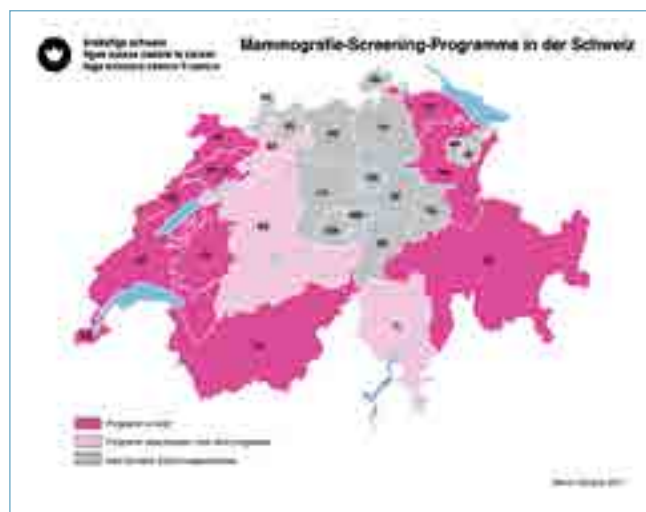


Abb. 2. Stand der kantonalen Screening-Programme Oktober 2011.

Bisher wurden in der CH 5 Zentren nach ausländischen und 2 nach Schweizer Richtlinien zertifiziert:

- nach EUSOMA:
Zürich (USZ zusammen mit dem BZ Seefeld)
Ticino (Lugano/Bellinzona)
Aarau (Kantonsspital)
- nach DGS/DKG:
Luzern (Kantonsspital)
Baden (Kantonsspital)
- nach SGS/KLS:
St. Gallen (Kantonsspital)
Basel (Universitätsspital)

Ein – im Unterschied zu den europäischen (EUSOMA) und den deutschen (DGS/DKG) Richtlinien – wesentlicher Teil der Richtlinien betrifft die Aufforderung zur **Bildung von Aerztenetzwerken** (Appendix 1 der Richtlinien, welche auf der Homepage der SGS, www.senologie.ch gefunden werden kann). Das BZ muss Strukturen schaffen um die Zentralstelle des Netzwerkes zu erfüllen: Personell, bezüglich Informatik und Telematik. Es müssen präoperative (Diagnostik-) Konferenzen und postoperative (Tumor-) Konferenzen stattfinden. Es muss eine Studienteilnahme erfolgen und die Datendokumentation und Mithilfe (Assistenz) bei Operationen soll ermöglicht werden. Das BZ hat die Fälle des Partners innerhalb 6 Arbeitstagen zu beurteilen, personelle und apparative Infrastruktur wie Mammografie, Ultraschall und weitere Diagnostikmöglichkeiten, Punktionsbiopsien (FNP und Stanzen), Vakuumbiopsie, Brustchirurgie (zur gemeinsamen Operationsdurchführung), plastische Chirurgie, Breast Care Nurse und Psychoonkologie müssen vorhanden sein.

Die **Netzwerkärzte**, welche im Endausbau auch ein Label des BZ erhalten können, müssen alle operativen Fälle präoperativ an der Diagnostikkonferenz vorstellen, die Brustoperationen zusammen mit einem Brustchirurgen durchführen, maligne und Risikoläsionen an der Tumorkonferenz vorstellen, eine regelmässige Nach- bzw. Vorsorge durchführen, die Nachsorgedaten in die BZ-Daten-

bank überführen, eine Besprechung mit der breast care nurse empfehlen, Informationsbroschüren des BZ abgeben und sich senologisch fortbilden.

Literatur

Sainsbury R, Rider L, Smith A, MacAdam A. Does it matter where you live? Treatment variation for breast cancer in Yorkshire. The Yorkshire Breast Cancer Group. *Br J Cancer* 1995 Jun;71(6):1275-8

Sainsbury R, Haward B, Rider L, Johnston C, Round C. Influence of clinician workload and patterns of treatment on survival from breast cancer. *Lancet* 1995 May 20;345(8960):1265-70

Roohan PJ, Bickell NA, Baptiste MS, Therriault GD, Ferrara EP, Siu AL. Hospital volume differences and five-year survival from breast cancer. *Am J Public Health* 1998 Mar;88(3):454-7

Skinner KA, Helsper JT, Deapen D, Ye W, Sposto R. Breast cancer: do specialists make a difference? *Ann Surg Oncol* 2003 Jul;10(6):606-15
Stefoski Mikeljevic J, Haward RA, Johnston C, Sainsbury R, Forman D. Surgeon workload and survival from breast cancer. *Br J Cancer* 2003 Aug 4;89(3):487-91

Kingsmore D, Ssemwogerere A, Hole D, Gillis C. Specialisation and breast cancer survival in the screening era. *Br J Cancer* 2003 Jun 2;88(11):1708-12

Gillis CR, Hole DJ. Survival outcome of care by specialist surgeons in breast cancer: a study of 3786 patients in the west of Scotland. *BMJ* 1996 Jan 20;312(7024):145-8

Chaudhry R, Goel V, Sawka C. Breast cancer survival by teaching status of the initial treating hospital. *CMAJ*. 2001 Jan 23;164(2):183-8

Kesson EM, Allardice GM, George WD, Burns HJG, Morrison DS. Effects of multidisciplinary team working on breast cancer survival: retrospective, comparative, interventional cohort study of 13 722 women. *BMJ* 2012;344

Ess S, Joerger M, Frick H, Probst-Hensch N, Vlastos G, Rageth C, Lütolf U, Savidan A, Thürlimann B. Predictors of state-of-the-art management of early breast cancer in Switzerland. *Annals of Oncology* 2011, 22: 618–624

Korrespondenz:

PD Dr. med. Christoph Rageth
Brust-Zentrum
Seefeldstrasse 214, CH-8008 Zürich
c.rageth@brust-zentrum.ch

Nachsorge nach Krebs im Kindesalter

Gisela Michel, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern

Die Therapie von Krebs bei Kindern konnte in den letzten Jahrzehnten grosse Erfolge verbuchen, so dass heute über 80% aller Kinder erfolgreich behandelt werden können. Allerdings berichten langfristig über zwei Drittel aller ehemaligen PatientInnen von Spätfolgen. Zu den häufigsten zählen kardiale oder endokrine Probleme, Probleme mit der Fertilität, aber auch Zweittumoren und psychische Probleme. Auch die Spätmortalität ist lange nach der Krebstherapie noch deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung. Um diese Spätfolgen möglichst früh erkennen und behandeln zu können, aber auch um die ehemaligen KrebspatientInnen dem Alter entsprechend über ihre damalige Erkrankung, Therapie und mögliche Spätfolgen aufzuklären, ist die regelmässige Nachsorge bis lange ins Erwachsenenalter hinein wichtig.

Wer besucht die Nachsorge?

Die Nachsorge von Kinderkrebsüberlebenden wird in der Schweiz heute meistens von den ehemals behandelnden pädiatrischen OnkologInnen übernommen. Die Erfolge der Therapie führen aber dazu, dass die Gruppe der sog. Survivors zunimmt und die Nachsorge für diese ständig wachsende Gruppe nicht mehr alleine von den Pädiatrischen OnkologInnen übernommen werden kann. Eine kürzliche Umfrage unter allen Kinderkrebs-Survivors der Schweiz im Rahmen der Swiss Childhood Cancer Survivor Study (SCCSS) ergab, dass weniger als 20% noch regelmässig in die Nachsorge ging [1]. Immerhin 32% der Survivor mit schweren Spätfolgen, jedoch nur 17% derjenigen mit mittelschweren Spätfolgen waren noch in der Nachsorge. Am häufigsten waren krebsbezogene Besuche beim Hausarzt. Weniger als 10% der Survivor gingen noch zum pädiatrischen Onkologen oder zu einem medizinischen Onkologen wegen krebsbezogenen Problemen.

Für die relativ geringe Anzahl Survivors, die noch in die Nachsorge geht, ist nicht nur ein mangelndes Angebot verantwortlich, sondern auch das Wissen der Betroffenen selbst. In derselben Umfrage haben wir festgestellt, dass das Unwissen über die Wichtigkeit der Nachsorge ein

zentraler Grund war, dass die ehemaligen PatientInnen nicht mehr in die Nachsorge kamen [2]. Ein wichtiger Teil der Nachsorge liegt also darin, die Patienten von Beginn weg darüber zu informieren, dass auch erfolgreich behandelte PatientInnen weiterhin regelmässig in die Nachsorge kommen sollten und weshalb diese Nachsorge so wichtig ist.

Organisation der Nachsorge

In den letzten Jahren wurden verschiedene Modelle vorgestellt, wie die Nachsorge für ehemalige KinderkrebspatientInnen organisiert werden kann. In Grossbritannien haben Wallace und Mitarbeiter [3] ein dreistufiges Modell vorgestellt, welches ehemalige PatientInnen in 3 Gruppen mit unterschiedlichen Risiken für Spätfolgen einteilt und eine risiko-adaptierte Nachsorge empfiehlt. Survivor mit einem geringen Risiko können telefonisch oder postalisch ca. alle 1-2 Jahre kontaktiert und über ihr Befinden befragt werden. Survivor mit mittlerem Risiko für Spätfolgen sind gemäss diesem Modell mit einer 1-2 jährlichen Untersuchung durch den Hausarzt oder eine spezialisierten Pflegeperson genügend versorgt. Nur für Survivor mit einem hohen Risiko wird eine regelmässige Nachsorge in einer spezialisierten Klinik empfohlen.

Die zukünftige Organisation der Nachsorge in der Schweiz ist bislang unklar. Fest steht, dass nicht alle ehemaligen PatientInnen von den pädiatrischen OnkologInnen lebenslang weiterbetreut werden können. Auch müssen lange nicht alle von KinderkrebspezialistInnen weiterbetreut werden. Internationale Studien deuten allerdings darauf hin, [4] dass deutlich mehr Survivor eine langfristige regelmässige Nachsorge brauchen, als die knapp 20%, welche in der Schweiz derzeit noch in die Nachsorge gehen.

Um zukünftige Modelle für die Organisation der Nachsorge in der Schweiz zu entwickeln, haben wir eine Fragebogenstudie entwickelt, welche sowohl die Wünsche und Bedürfnisse der Survivor erhebt, wie auch die Ansichten der potentiell involvierten Versorger, der pädiatrischen und medizinischen OnkologInnen, sowie der Haus- und KinderärztInnen. Die Survivor wurden befragt, bei wem sie noch in die Nachsorge gehen, bzw. wann sie aus der Nachsorge entlassen wurden. Im weiteren wollten wir auch wissen, welche Aspekte der Nachsorge sie als besonders wichtig erachten, welche Informationen sie erhalten oder vermisst haben, und in welcher Art die Nachsorge in Zukunft aus ihrer Sicht idealerweise organisiert werden sollte. Die Versorger erhielten einen ähnlichen Fragebogen, adaptiert an ihren Fachbereich, bei dem wir auch ihre Erfahrung mit der Nachsorge von ehemaligen KinderkrebspatientInnen erhoben haben, sowie die zusätzlichen Ressourcen, die bei der Betreuung wichtig wären.

Transition von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin

Ein weiteres Problem für die Nachsorge von ehemaligen KinderkrebspatientInnen stellt der Übergang von der Betreuung in der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin dar. Während die pädiatrischen Onkologen definitiv die Fachkenntnisse über die möglichen Spätfolgen haben, ist das Kinderspital nur bedingt der Ort, an dem die Nachsorge von ehemaligen KrebspatientInnen, die unterdessen erwachsen sind, stattfinden sollte. Während viele Survivor zwar noch gerne hin und wieder ihren ehemaligen Kinderonkologen besuchen, gibt es viele, die diese schwierige Zeit der Krebserkrankung hinter sich lassen möchten und die deshalb nur ungern zurück in die Kinderklinik gehen. Ein sinnvoller und gut organisierter Übergang in die Erwachsenenmedizin (Transition) ist zentral, damit die Nachsorge seitens Hausarztmedizin oder beim medizinischen Onkologen weitergeführt werden kann.

In einer aktuellen Studie untersuchen wir deshalb, wie derzeit die Übergabe an die Erwachsenenmedizin in der Schweiz stattfindet und wie dieser Übergang mit späteren Outcomes zusammenhängt, wie Spätfolgen, Besuch von Nachkontrollen oder Informationsbedürfnissen der Survivor.

Zukunft der Nachsorge

In Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Pädiatrischen Onkologiegruppe (SPOG) werden die Resultate dieser Studien direkt in die Verbesserung der Nachsorge

für die Schweizer Survivor fliessen. Eine Arbeitsgruppe «Nachsorge», bestehend aus Vertretern der SPOG, des Schweizer Kinderkrebsregisters und der Kinderkrebshilfe Schweiz hat ihre Arbeit im Mai 2012 aufgenommen und wird ein erstes Modell für die Organisation der Nachsorge in der Schweiz entwickeln. Die enge Zusammenarbeit zwischen Klinikern, Betroffenen und Forschung wird hoffentlich bald ebenso erfolgreiche Resultate für die Nachsorge nach Kinderkrebs zeigen, wie sie das in den letzten Jahrzehnten schon für die Therapie getan hat.

Referenzen

1. Rebholz, C.E., et al., Follow-up care amongst long-term childhood cancer survivors: A report from the Swiss Childhood Cancer Survivor Study. *Eur J Cancer*, 2010. 47(2): p. 221-229.
2. Michel, G., et al., Can health beliefs help in explaining attendance to follow-up care? The Swiss Childhood Cancer Survivor Study. *Psychooncology*, 2011. 20(10): p. 1034-1043.
3. Wallace, W.H.B., et al., Developing strategies for long term follow up of survivors of childhood cancer. *BMJ*, 2001. 323(7307): p. 271-274.
4. Oeffinger, K.C., et al., Chronic health conditions in adult survivors of childhood cancer. *N Engl J Med*, 2006. 355(15): p. 1572-82.

Korrespondenz:

Gisela Michel PhD
 Institut für Sozial- und Präventivmedizin
 Universität Bern
 Finkenhubelweg 11, CH-3012 Bern
 michel@ispm.unibe.ch



False Bay (Kapstadt)

Der Beitrag der ambulanten spezialisierten Pflegedienste an die Versorgungsqualität krebskranker Menschen zu Hause

M. Sailer Schramm¹, P. Jermann², M. Egli³,
M. Monteverde⁴, E. Waldmann⁵

¹ MNS, Bereichsleitung Palliative Care der Krebsliga Aargau und spezialisierte Pflegefachfrau bei der EMSP Voltigo, Fribourg

² MSc, Pflegefachmann Onko-Spitex Aargau der Krebsliga Aargau und Studiengangleiter MAS in oncological care Kalaidos Fachhochschule Departement Gesundheit

³ Fachfrau Höfa 1 Gesundheitspflege, Zertifikat Palliative Care IFF, Wien, Leiterin Brückendienst, Spitex Luzern

⁴ MAS Palliative Care, Leitung SEOP BL

⁵ Programmleitung Rehabilitation & Palliative Care, Krebsliga Schweiz

Die ambulanten spezialisierten Pflegedienste bilden ein Nischenprodukt und füllen Lücken in der ambulanten Pflege. Sie tragen mit Erreichbarkeit, spezialisiertem Fachwissen in palliativer Onkologiepflege und Erfahrung direkt oder indirekt dazu bei, dass krebskranke Menschen länger im häuslichen Umfeld betreut werden können.

Unterschiedliche Namen und Teamzusammensetzungen

Sie nennen sich in der Deutschschweiz spitalexterne Onkologiepflege (SEOP), Onko-Spitex, Onko-Plus und Brückendienste und in Freiburg mobiler palliative Care Dienst¹. Sie bestehen, abhängig vom Auftrag, aus spezialisierten Pflegefachpersonen und anderen Fachpersonen aus dem psychosozialen Bereich. Einzelne Dienste haben einen Palliativmediziner² im Team. Die SEOP arbeitet sehr eng mit der Grundversorgung (Spitex und Hausarzt) zusammen und fördert die Vernetzung der einzelnen Anbieter im Gesundheitswesen zu Gunsten einer ganzheitlichen Patientenbetreuung.

Verschiedene Auftraggeber und unterschiedliche Vorgehen zu Problemlösung

Die SEOP erhält ihre Aufträge sowohl von Fachpersonen im ambulanten wie auch im stationären Bereich als auch von Patienten und deren Angehörigen. Sie übernimmt die direkte Patientenberatung, wenn die Grundversorgung dies aus zeitlichen, fachlichen oder personellen Gründen nicht selbst leisten kann. Wo es möglich und erwünscht ist, schult sie die Grundversorgung im systematischen Symptomassessment, in der Prävention von Nebenwirkungen und in Linderungsmaßnahmen oder auch im Umgang mit technischen Geräten, wenn zum Beispiel eine Schmerztherapie nur über eine Pumpe durchgeführt werden kann.

Das spezialisierte Angebot der SEOP

Je nach Komplexität der Situationen und Fragestellungen werden die Abklärungen allein durch die spezialisierten Pflegenden oder durch ein multi-professionelles Palliative Care Team durchgeführt. Ziel dieser Assessments ist es, strukturiert und problemorientiert die notwendigen Informationen zu sammeln und basierend darauf einen Pflegebehandlungsplan zu erstellen. Dank der Spezialisierung der Pflegefachpersonen und der Palliative Care Teams ist es möglich, die möglichen zukünftigen Probleme zu antizipieren, vorbeugend zu handeln und sich für den Notfall zu Hause zu rüsten. Mit der telefonischen Erreichbarkeit rund um die Uhr, durch vertieftes Fachwissen in der Onkologie-/Palliativpflege und Kontinuität in der Bezugspflege vermitteln sie Sicherheit für die erkrankten Menschen, Familie und Grundversorgung. Die Wirkung der Erreichbarkeit in Bezug auf Sicherheit betont auch Goldschmidt in seiner Studie. (Goldschmidt et al. 2006). Diese Sicherheit ist massgebend, um beispielsweise eine Schmerztherapie anzupassen und zunehmende Atemnot medikamentös zu lindern, aber auch die maximale Symptomlast von Aktivitätsverlust, Appetitlosigkeit und Schläfrigkeit auszuhalten. Durch die Erfahrung und die erlernten Kommunikationsfähigkeiten gelingt es den Pflegefachpersonen, Ängste zu erfragen und irrationale Vorstellungen bezüglich Leiden und Sterben aus dem Volksmund zu widerlegen.

Vernetzung: Die interprofessionelle und inter-institutionelle Zusammenarbeit der SEOP

Vernetzung zu Gunsten des kranken Menschen bedeutet, die notwendigen Fachdisziplinen den Patienten und pfe-

1. In der Folge wird für alle Dienste der Begriff SEOP verwendet

2. Das männliche Geschlecht wird zu Gunsten der besseren Lesbarkeit im ganzen Text für beide Geschlechter eingesetzt

genden Angehörigen zugänglich zu machen. Vernetzung heisst auch, die einzelnen Dienstleistungen aufeinander abzustimmen. Die Patientenwünsche und –zielsetzungen stehen im Zentrum. Damit alle involvierten Berufsgruppen am gleichen Seil und in der gleichen Richtung ziehen und dabei den Ressourcen der Angehörigen Rechnung getragen wird, organisieren die spezialisierten Dienste Rundtischgespräche, an welchen Probleme und Lösungsmöglichkeiten besprochen und die Massnahmen aufeinander abgestimmt werden. So ergeben sich weder Doppelspurigkeiten noch Lücken. Oft gilt es, die pflegenden Angehörigen zu entlasten, denn sie alleine ermöglichen das Gelingen einer Betreuung zu Hause. Hier arbeitet die SEOP mit Freiwilligenorganisationen und anderen Anbietern von Betreuungsdiensten aus dem Gesundheitswesen zusammen.

Auf nationaler Ebene vernetzten sich SEOP, indem sie sich regelmässig über strategische Probleme und individuelle Lösungsmöglichkeiten austauschen. Die Krebsliga Schweiz organisiert einmal im Jahr eine auf die Bedürfnisse der SEOP zugeschnittene Weiterbildung. Bei immer wiederkehrenden Problemen wie zum Beispiel 'Finanzierungsmodelle' oder 'Anforderung der Krankenkassen an ein standardisiertes Bedarfsabklärungsinstrument' bilden sich Arbeitsgruppen, in welchen gemeinsam nach Lösungen gesucht wird.

Um die Fachlichkeit der Teammitglieder hoch zu halten, werden vier Netzwerktreffen pro Jahr angeboten. An diesen wird jeweils eine Patientensituation strukturiert vorgestellt, Fachpersonen dazu eingeladen, Probleme und Lösungsmöglichkeiten diskutiert und eine Kurzweiterbildung zu einem Thema angeboten.

SEOP und ihre Tätigkeiten in Aus- und Weiterbildung

Die spezialisierten Pflegenden und die Palliative Care Teams nehmen hauptsächlich oder zusätzlich zur Patientenberatung einen Bildungsauftrag wahr, indem sie in Ausbildungsgängen aller Stufen in ihrem Fachgebiet unterrichten und Teamfortbildungen in der Grundversorgung durchführen.

Ihr eigenes Fachwissen halten sie 'up to date' in dem sie an Fachweiterbildungen teilnehmen, sich an Forschungsprojekten in der Palliative Care beteiligen und oft eine Zweitanstellung in einer stationären Einrichtung haben. Die Zweitanstellung ist eine Win-Win-Situation: das Netzwerk spitin – spitex wird ohne Zutun gepflegt und die Fachpersonen sind im Austausch mit anderen Disziplinen und Fachpersonen.

Finanzierung der SEOP

Das Nischenprodukt SEOP ist stark von den kantonalen Gesundheitsgesetzgebungen abhängig. Haben die spezialisierten Dienste einen kantonalen Leistungsauftrag, so werden die Dienste nicht aus den gleichen Kassen bezahlt wie die Grundversorgung und treten weniger in Konkurrenz zu diesen auf. Die Finanzierung kann aber auch über kommunale Leistungsaufträge geschehen, es zeigt sich dann eine dreibeinige Finanzierung: Die Krankenkassenbeiträge, die Patientenbeteiligung und die Restkostenfinanzierung. Leider wird je nach Finanzlage einer Gemeinde die örtliche Spitex angehalten, die Spezialisten möglichst wenig zuzuziehen, um zusätzliche Kosten zu vermeiden. Organisationen ohne Leistungsaufträge decken ihr Defizit mit Spenden. Die Zukunft ihres Daseins ist nicht gesichert.

Aus Kostengründen und fehlenden Leistungsaufträgen ist die Zugangsgerechtigkeit für Patienten zu spezialisierter, ambulanter Palliative Care regional sehr unterschiedlich und keinesfalls gesichert, wie dies die Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012 schreibt.

Marker für Qualität in Palliative Care bei der SEOP

Das Gesundheitsdepartement in Grossbritannien entwickelte in seiner End of Life Care Strategie Qualitätsmaker (Department of health, 2009). Dabei wird der pflegerische Betreuungsplan als Qualitätsmerkmal hervorgehoben. Ein weiterer Marker ist das Besprechen und Festlegen der individuellen Präferenzen des Patienten und seiner Familie. Die Rundtischgespräche, die die SEOP oft einberufen, dienen genau diesem Anliegen, die Ziele des Patienten im gemeinsamen Massnahmenplan abzubilden und multiprofessionell an der Zielerreichung zu arbeiten.

In dieser Strategie wird ebenfalls die Erreichbarkeit an sieben Tagen pro Woche rund um die Uhr hervorgehoben. Diese vermittelt Sicherheit, welche unverzichtbar ist, um Krisensituationen zu Hause am Ende des Lebens auszuhalten. Mit der angebotenen telefonischen Erreichbarkeit schliessen die SEOPs vor allem dort eine Lücke, wo unterschiedliche kantonale Gesetzgebungen die pflegerische Tätigkeit der Grundversorgung in der Nacht verbieten.

Als weiteres Qualitätskriterium wird eine Weiterbildung im Fachgebiet 'Palliative Care' für die Fachpersonen genannt. Die vertieften medizinischen-pflegerischen Kenntnisse und kommunikativen Fähigkeiten ermöglichen es, dass die existentielle Bedrohung, das Sterben, Leiden und der Tod für den Patienten und seinen Familie zum Thema gemacht und besprochen wird.

Fazit: was die SEOP zur Versorgungsqualität beitragen können

- Die erkrankten Menschen und ihre Angehörige profitieren direkt oder indirekt von den spezialisierten Teams, weil diese gemäss den Zielen des Patienten und seiner Familie sich für eine optimale Symptomlinderung einsetzen und immer auf der Suche nach individuellen, praktikablen Lösungen für das häusliche Umfeld sind.
- Die telefonische Erreichbarkeit, die Fachkompetenz und die Kontinuität in der Betreuung erhöhen das Gefühl von Sicherheit, ohne das es nicht möglich ist, den letzten Lebensabschnitt zu Hause zu verbringen.
- Die Tätigkeiten in der Lehre, das Anbieten von Weiterbildungen für Fachpersonen und die Referate für Laien ermöglichen einerseits, dass die Kenntnisse in Onkologie-/ Palliative Care zunehmen und andererseits die Bevölkerung für Palliative Care sensibilisiert wird.
- In der Umsetzung der nationalen Leitlinien von Palliative Care spielen die SEOP für den ambulanten Bereich

und das häusliche Umfeld eine Vorreiterrolle, indem sie sich in Diskussionen mit Politikern, Bundesbeamten, Versicherern und der Bevölkerung engagieren.

Literatur

Goldschmidt, D. Schmidt, L., Krasnik, A., Christensen, U. & Groenvold, M. (2006). Expectations to and evaluation of a palliative home-care team as seen by patients and carers

Departement of health, 2009, End of Life Care Strategy: Quality Markers and measures for end of life care

Korrespondenz:

Monique Sailer Schramm, MNS, RN
Krebsliga Aargau
Geschäftsleitung a.i., ANP Onkologie
Milchgasse 41, Postfach 3225, CH-5001 Aarau
Tel. +41 (0)62 834 75 75
monique.sailer@krebsliga-aargau.ch



Contact

Ulm University, Medical Faculty
Uta Schmidt-Strassburger, PhD
Scientific Director, Master Online Advanced Oncology Program
Phone +49 (0) 7 31-50 06 94 08
uta.schmidt-strassburger@uni-ulm.de
www.masteroncology.de

Master Online Advanced Oncology program celebrating its first graduates

After a final attendance seminar, filled with examinations, lectures and presentations of their Master's theses, the first cohort of students – together with the program's scientific director and the supporting team – was able to look back on a successful 2-year study period. Besides the modules on Interdisciplinary Oncology, Clinical Research, Clinical Oncology as well as Management that have been taught since the beginning in 2010, the program centered on international networking and scientific as well as personal exchange among colleagues, for which the Science Conference Center of Ulm University «Reisenburg Castle» provided the perfect environment. In the course of a banquet the graduates obtained their «Master of Science» Diploma, which was handed over by two Vice Presidents of Ulm University and the Spokesman of the Comprehensive Cancer Center Ulm. The study program was successfully launched and the annual number of applicants reflects the international attention this unique academic program receives. Read more at www.masteroncology.de



Aus Sicht der Ethik: Begleitforschung Fallpauschalen

Caroline Clarinval, Nikola Biller-Andorno
Institut für Biomedizinische Ethik, Zürich

Am Institut für Biomedizinische Ethik wird seit Jahren zum Thema Fallpauschalen geforscht. Fallpauschalen können helfen, Fehlanreize in der stationären Versorgung zu reduzieren, zum Beispiel überlange Liegezeiten bei Tagespauschalen oder unnötige diagnostische Maßnahmen bei der Einzelleistungsvergütung. Aber sie bringen andere Probleme mit sich, da sie – grob skizziert – einen Anreiz setzen, beim einzelnen Patienten so wenig wie möglich zu investieren, um so viel wie möglich von der Pauschale zu behalten. Ein wichtiges Thema also für die Ethik, die sich unter anderem mit der Frage befasst, wie die Vorgaben Qualität, Fairness und Kosteneffizienz im Gesundheitswesen möglichst gut unter einen Hut gebracht werden können.

Als die Fallpauschalen – auch diagnosis-related groups (DRGs) genannt – vor Jahren in Deutschland eingeführt wurden, haben sich unter anderem Ärzte beschwert, dass es zu massiven Einbußen an Qualität und Versorgungsgerechtigkeit gekommen sei, diese Auswirkungen auf das deutsche Gesundheitswesen aber nur ungenügend erforscht würden. Ohne eine umfassende Begleitforschung können die Konsequenzen solcher Gesundheitsreformen nicht erfasst werden. Dies ist aber erforderlich, um den Erfolg einer Reform beurteilen und ggf. korrigierende Maßnahmen ergreifen zu können.

Als die Schweiz im Jahr 2007 entschied, das deutsche System, wenngleich in «helvetisierter Form» (SwissDRG), einzuführen, wollte das Institut für Biomedizinische Ethik (IBME) der Universität Zürich sich frühzeitig mit Begleitforschung einbringen. Nach einem von der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) finanzierten Pilotprojekt (siehe Wild et al., 2009) beantragte das IBME eine Finanzierung beim Schweizerischen Nationalfonds, um die Auswirkungen der DRG auf das Schweizer Gesundheitssystem genauer zu erforschen.

So entstand das IDoC-Projekt (Assessing the Impact of Diagnosis-Related Groups on Patient Care and Professional Practice), welches sich den Auswirkungen der SwissDRG auf Versorgungsqualität und -gerechtigkeit sowie Arbeitsbedingungen von Ärzten und Pflegenden zuwendet. Im IDoC-Projekt arbeiten fünf multidisziplinäre Forschungsteams der Universitäten Zürich, Basel und Lausanne zusammen, mit dem Ziel, empirische Hinweise auf eventuelle positive sowie negative Effekte zu identifizieren. Darüber

hinaus befassen sie sich mit einer ethischen Analyse der Gesundheitsreform sowie möglichen Auswirkungen auf das professionelle Ethos. Mehrere empirische Studien richten sich an Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner sowie Spitalmanager. Hinzu kommt eine Analyse von Daten der Herzinfarktdatenbank AMIS sowie von Patientensicherheitsindikatoren am Universitätsspital Lausanne. Auch trifft sich das IDoC-Team regelmäßig, um Synergien zwischen den Subprojekten zu vertiefen und übergreifende Fragestellungen zu diskutieren. Zu verschiedenen Veranstaltungen werden auch Experten und Stakeholder aus dem In- und Ausland eingeladen¹.

Ein wichtiges Ziel des Projekts ist, die Situation vor Einführung der DRGs mit der Situation danach zu vergleichen und somit die Auswirkungen einer solchen Gesundheitsreform ethisch zu beleuchten. Ein weiteres Ziel ist es, Instrumente zu erstellen, welche die Situation auch in Zukunft erfassen. Solche Monitoring-Instrumente sollten in den verschiedensten Spitälern sowie auch in anderen Ländern anwendbar sein. Hierbei handelt es sich hauptsächlich darum, einen eventuellen Wandel im Gesundheitssystem abzubilden, damit notwendige Maßnahmen auf der Basis von Evidenzen getroffen werden können.

Weiterhin hat ein Team von Bioethikern und Philosophen einen ethischen Rahmen zu den Fragen der Kosten-Effektivität, Qualität und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen erstellt (Fourie et al, eingereichter Artikel). Dieser ethische Rahmen soll dazu dienen, den Fragen in systematischer Weise auf den Grund zu gehen und eventuelle erwünschte sowie unerwünschte Konsequenzen zu erfassen.

Wenn Ergebnisse vorliegen, wird das IDoC-Projekt seine Forschungsergebnisse politischen Entscheidungsträgern zur Verfügung stellen. Auf diese Weise möchte IDoC zu einem wohl informierten und klar argumentierten politischen Diskurs im Schweizer Gesundheitswesen beitragen.

Referenzen

Fourie C, Wild V, Biller-Andorno N: A framework for the ethical assessment of Diagnosis-Related Groups (DRGs) in health care: The example of Switzerland. Eingereichter Artikel

Wild V, Pfister E, Biller-Andorno N, (2009), Kriterien für die DRG-Begleitforschung aus ethischer Perspektive, Schweizerische Ärztezeitung (90: 40), <http://www.saez.ch/docs/saez/archiv/de/2009/2009-40/2009-40-746.PDF>

1. Weitere Informationen sind unter dieser Webseite erhältlich: <http://www.ethik.uzh.ch/ibme/forschung/drg.html>

Korrespondenz:

Prof. Dr. med. Dr. phil. Nikola Biller-Andorno
Institut für Biomedizinische Ethik, Universität Zürich
Pestalozzistrasse 24, CH-8032 Zürich
biller-andorno@ethik.usz.ch

Qualitätssicherung in der onkologischen Rehabilitation

Nic Zerkiebel, Klinik Susenberg, Zürich

Qualitätssicherung gehört als Teil der Qualitätsforschung zur Versorgungsforschung¹. Der Begriff *Qualitätssicherung* umfasst alle organisatorischen und technischen Massnahmen, die der Schaffung und Erhaltung einer definierten Qualität eines Produkts oder einer Dienstleistung dienen. Der Begriff *Qualität* kann als Übereinstimmung von Leistungen mit Ansprüchen oder als Erfüllung der gemeinsam vereinbarten Anforderungen (Soll = Ist) umschrieben werden. Kurz: Qualität ist, was der Kunde will.

Jährlich erkranken in der Schweiz rund 37 000 Menschen an Krebs². Mehr als die Hälfte davon lebt mit der Krebsdiagnose länger als fünf Jahre. Krebs wird zur chronischen Krankheit. Die Patientinnen und Patienten leiden häufig unter den Folgen ihrer Krebskrankheit und den Therapien. Sie sind eingeschränkt in ihren Aktivitäten und in der Partizipation am sozialen Leben.

oncoreha.ch

Der Verein *oncoreha.ch* setzt sich für die Etablierung der interdisziplinären und multiprofessionellen onkologischen Rehabilitation als Teil des Unterstützungsprozesses für alle Krebsbetroffenen in der ganzen Schweiz ein. Der Autor dieses Artikels ist Vorstandsmitglied von *oncoreha.ch* und leitet im Auftrag des Vorstands die Arbeitsgruppe Qualität. Im Rahmen eines Nachdiplomstudiums hat er eine Masterarbeit zum Thema Qualitätssicherung in der onkologischen Rehabilitation geschrieben.

Die Arbeitsgruppe Qualität hat ein Set von Qualitätskriterien (Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien) zusammengestellt und in einem zweistufigen Vernehmlassungsverfahren überarbeitet. In einem nächsten Schritt wird der Vorstand von *oncoreha.ch* über die Kriterien befinden. Im Rahmen der Tagung «Onkologische Rehabilitation: Versorgungsmodelle in der Schweiz» vom 4. Oktober 2012 wird der Autor ein Referat zum Thema Qualitätssicherung in der onkologischen Rehabilitation halten.

www.oncoreha.ch

Was ist onkologische Rehabilitation?

Durch den gezielten, koordinierten Einsatz von verschiedenen Therapien (Symptomkontrolle, Sport- und Bewegungstherapie, Physiotherapie, Ernährungstherapie, Psychoonkologie, passive physikalische Therapie, Sozialdienst, Ergotherapie) kann die Lebensqualität der Betroffenen sowie deren Aktivitäten und Partizipation signifikant verbessert werden. Die medizinische Behandlungsmethode, welche diese Therapien koordiniert und zielgerichtet einsetzt, nennt sich onkologische Rehabilitation. Eine Studie aus Dänemark schätzt, dass etwa 70% aller neu diagnostizierten Krebsfälle eine onkologische Rehabilitation benötigen³.

Wer sind die Anspruchsgruppen?

Als relevante Anspruchsgruppen wurden identifiziert:

- die Patienten: sie bilden die Kern-Anspruchsgruppe,
- die medizinischen Onkologen: sie entscheiden massgeblich über eine Zuweisung zur onkologischen Rehabilitation,
- die Gesundheitsdirektionen: sie vergeben Leistungsaufträge innerhalb der Kantone,
- die *santésuisse*: sie ist als Branchenverband der Krankenkassen massgeblich in Vertrags- und Tarifverhandlungen involviert.

Was sind die Anforderungen?

Die Anforderungen der wichtigsten Anspruchsgruppen wurden aus der Literatur und durch Befragungen erhoben⁴⁻⁶. Dabei zeigte sich, dass praktisch kein validiertes Instrument zur Erfassung der Patientenbedürfnisse besteht. Die wichtigsten Zielbereiche onkologischer Rehabilitation für Patienten sind «körperliche Leistungsfähigkeit», «Ernährung/Gewicht» und «seelische Belastung». Ängste vor rehabilitativen Massnahmen können durch ausreichende und gezielte Informationen abgebaut werden. Generell wünschen sich die Patienten eine bessere Patienteninformation in der Akutphase der Erkrankung über die Nebenwirkungen von Therapien, eine bessere Vorbereitung auf die Entlassung aus der Akutbehandlung, eine bessere Vernetzung der Angebote zur Nachsorge, eine individuelle und flexible Anpassung der Rehabilitationsmassnahmen an die Leistungsfähigkeit des Patienten sowie bessere psychologische Unterstützung.

Die medizinischen Onkologen wurden online befragt. Als Hauptziele onkologischer Rehabilitation nannten sie am Häufigsten das Wiederherstellen der körperlichen Leistungsfähigkeit und die Reduktion der seelischen Be-

lastung. Der von ihnen geschätzte Bedarf an onkologischer Rehabilitation wird mit 15% unterbewertet. Internationale Studien schätzen den Bedarf auf 30–90% ein. Nach Einschätzung der medizinischen Onkologen existiert ein ungenügendes Angebot an ambulanten und stationären Programmen. Gemäss santésuisse müsste zur Klärung dieser Frage zunächst die onkologische Rehabilitation einheitlich definiert, anhand dieser Definition der Bedarf analysiert und anschliessend das vorhandene Angebot mit dem eruierten Bedarf verglichen werden. Die medizinischen Onkologen erwarten von einer Rehabilitationseinrichtung *vor* dem Aufenthalt Angaben über Indikationen, zu erwartende Ergebnisse, Ablauf/Dauer einer Reha und *nach* dem Aufenthalt Informationen über durchgeführte Massnahmen, Zielerreichung und weitere Empfehlungen zur Aufrechterhaltung des Rehabilitationsergebnisses.

Die Indikation für eine onkologische Rehabilitation ist beispielsweise für die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich gegeben, wenn Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationspotenzial vorhanden sind, eine onkologische Erkrankung vorliegt, und die Behandlung nicht durch ein organspezifisches Angebot abgedeckt ist. Eine grundsätzliche Schwierigkeit der Rehabilitation liegt aus ihrer Sicht in der Sichtbarmachung der Rehabilitationsleistung. Dies ist eine Aufgabe der Leistungserbringer und erfordert die Messbarkeit der Funktionsverbesserung inklusive den Nachweis der Nachhaltigkeit dieser Verbesserung.

Das Spezifische an der onkologischen Rehabilitation ist sowohl aus Sicht der medizinischen Onkologen wie auch

aus Sicht der santésuisse die häufig organübergreifende Problematik, welche die Zugänglichkeit für organspezifische Programme stark einschränkt, die Heterogenität des Patientenguts bezüglich der krankheits- und therapiebedingten Verläufe und die Notwendigkeit spezifischer Kenntnisse im Umgang mit Krebspatienten. Auch wenn die onkologische Rehabilitation grundsätzlich die gleichen Gesetze der Rehabilitation befolgt, so müssen diese Punkte bei der Erarbeitung von Kriterien berücksichtigt werden. Dies gilt insbesondere bei der Ausarbeitung von sogenannten Risiko-Adjustierern für die Verwertung von Nachhaltigkeitsmessungen, beispielsweise drei, sechs und zwölf Monate nach Abschluss der onkologischen Rehabilitation.

Wie werden diese Anforderungen erfüllt?

Zur Erfüllung der Anforderungen eignen sich auch in der onkologischen Rehabilitation die Orientierung am biopsychosozialen Modell der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) und die Anlehnung an den Rehabilitationszyklus. Zu Beginn steht das multidimensionale *Assessment*. Wie oben beschrieben, wird der Bedarf an onkologischen Rehabilitationsmassnahmen in der Regel unterschätzt. Hier würde sich ein einfaches Screening-Instrument zur Erfassung der Notwendigkeit einer onkologischen Rehabilitation für die Onkologen, Haus- und Spitalärzte empfehlen. Das Assessment sollte im Idealfall kurz vor, während oder im Anschluss an die Erstbehandlung stattfinden. Es kann aber auch später im Verlauf erfolgen oder wiederholt werden.

Häufige Ziele der onkologischen Rehabilitation

Somatische Ziele

- Reduktion von Ermüdung/Erschöpfung
- Verbesserung der Leistungsfähigkeit
- Aufbau und Kräftigung der Skelettmuskulatur
- Kräftigung der Bauchmuskulatur
- Verminderung von Schmerzen
- Optimierung der prothetischen Versorgung
- Behandlung eines Lymphödems
- Verbesserung der Mundtrockenheit
- Verminderung der Inkontinenz
- Verbesserung der intestinalen Funktion
- Verbesserung der Schluckstörungen
- Verbesserung der Sprachstörungen

Ziele im psychischen Bereich

- Abbau von Ängsten
- Verminderung depressiver Zustände
- Verbesserung der Akzeptanz körperlicher Veränderungen
- Bearbeitung familiärer und partnerschaftlicher Probleme
- Aufbau von Sinn- und Zielperspektiven

Ziele im sozialen Bereich

- Verbesserung der sozialen Integration
- Berufliche Wiedereingliederung
- Teilhaben am geselligen/kulturellen Leben
- Informationen im sozialrechtlichen Bereich

Funktionsbezogene Ziele

- Behandlung einer Funktionseinschränkung
- Förderung der Aktivität des täglichen Lebens
- Verlängerung der Gehstrecke
- Verbesserung sportlicher Aktivitäten
- Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit

Ziele in der Wissensvermittlung (edukative Ziele)

- Kenntnisse über Krankheit und Therapien
- Strategien zur Stressbewältigung
- Strategien zur Bewältigung von Angst und depressiven Symptomen
- Kenntnisse zu gesunder Ernährung
- Entspannungstechniken

Im Rahmen des *Assessments* wird anhand des Assessments die onkologische Rehabilitation indiziert und der Patient der optimalen Versorgungsstruktur (ambulant, stationär) zugewiesen. Die erhobenen Daten lassen den Schluss zu, dass in der Schweiz noch zu wenige Angebote bestehen. Insbesondere fehlen koordinierte ambulante Angebote in weiten Teilen des Landes. Anders als in Deutschland, wo der Anteil an ambulanten Patienten in der onkologischen Rehabilitation nur gerade 1% beträgt⁷, sind in der Schweiz die Aufnahmekriterien für eine stationäre Rehabilitation viel strenger. Der Anteil an ambulanten Patienten ist entsprechend höher und würde gemäss der Umfrage bei den medizinischen Onkologen bei einem breiteren ambulanten Angebot sogar noch zunehmen.

Im Rahmen der *Intervention* sollten gemeinsam mit dem Patienten die Behandlungsziele vereinbart werden. Dabei müssen die individuellen Bedürfnisse des Patienten berücksichtigt werden, denn ohne Absprache divergieren die Zielformulierungen zwischen Patienten und Ärzten. Es sollten auf die Partizipation fokussierte Grobziele definiert werden, aus denen Behandlungsmassnahmen abgeleitet werden können. Diese sollten sich wenn möglich an Behandlungspfaden oder Leitlinien orientieren. In vielen europäischen Ländern und in den USA werden diagnose-spezifische Rehabilitationsprogramme angewendet⁸⁻¹⁰.

In der Schweiz hingegen sind viele Projekte und laufende Rehabilitationsprogramme problem- respektive partizipationsorientiert aufgebaut. Dies basiert auf der Erkenntnis, dass eine bestimmte Diagnose nicht immer zu denselben Beeinträchtigungen führt, und dass umgekehrt unterschiedliche Tumorerkrankungen zu ähnlichen Aktivitäts- oder Partizipationsproblemen führen können. Anhand der formulierten Grobziele und definierten Massnahmen werden die Patienten den entsprechenden Therapien zugewiesen. Es existiert bereits viel Evidenz für zahlreiche der eingesetzten Therapierichtungen, jedoch kommen auch Therapien zum Einsatz, für welche in der Literatur noch keine Evidenz nachgewiesen werden konnte. Anhand des PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act) sollten die eingeleiteten Massnahmen überprüft und wenn nötig angepasst werden. Im Rahmen der *Evaluation* wird die Zielerreichung, wiederum mit Fokus auf Aktivität und Partizipation beurteilt.

Wie kann man die Erfüllung messen?

Die Erfüllung dieser Anforderungen kann mittels Qualitätsindikatoren überprüft werden. Die medizinische Behandlungsqualität wird häufig in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität eingeteilt¹¹. Entsprechend können Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien formuliert wer-

den. Diese wiederum müssen anschliessend zur Messbarkeit in jeweilige Qualitätsindikatoren oder -kennzahlen operationalisiert werden. In der Literatur und auch in der Praxis innerhalb der Schweiz wird eine Vielzahl von Instrumenten zur Evaluation des Behandlungsergebnisses angewendet. Häufig werden dieselben Instrumente eingesetzt wie beim initialen Assessment. Es besteht innerhalb der Schweiz keine Einheitlichkeit, was die Vergleichbarkeit stark einschränkt. Will man die Qualität der Rehabilitationsangebote schweizweit vergleichen, wäre die Definition eines minimalen Assessment-Sets wünschenswert. Wenn diese Assessments beim Ein- und beim Austritt angewendet werden, kann die sogenannte Prä-/Post-Differenz als Erfolgsindikator verglichen werden. Existieren klar formulierte und dokumentierte Ziele, kann durch die Messung des Zielerreichungsgrades zum Post-Zeitpunkt auch ein Zielwert-/Post-Vergleich gemacht werden.

Wie geht es weiter?

Es bestehen noch zahlreiche offene Punkte, welche zur Qualitätssicherung in der onkologischen Rehabilitation in der Schweiz geklärt und definiert werden sollten. Zur Erfassung der Patientenbedürfnisse in der Schweiz müsste ein entsprechendes Instrument validiert werden. Zudem sollte ein einfaches Screening-Instrument zur Erfassung von Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und -prognose von Krebspatienten für die behandelnden Onkologen, Haus- und Spitalärzte entwickelt werden. Innerhalb des Rehabilitationszyklus sollten ein minimales Set an schweizweit verbindlichen Assessment-Instrumenten und partizipationsorientierten Grobzielkategorien festgelegt werden. Anschliessend sollten anhand dieser Grobzielkategorien problem- und partizipationsorientierte Leitlinien/Behandlungspfade als Orientierungshilfe und als Instrument für die Qualitätssicherung erarbeitet werden, welche von den einzelnen Einrichtungen an ihre eigenen Bedürfnisse adaptierbar sind. Die Leitlinien/Behandlungspfade sollten dabei die vorhandene Evidenz hinsichtlich der Therapiemassnahmen berücksichtigen.

Therapiemassnahmen, bei denen der Evidenznachweis bislang fehlt, sollten wenn möglich in Studien untersucht werden. Kann keine Evidenz nachgewiesen werden, sollten entsprechende Interventionen nicht in die Rehabilitationsprogramme eingeschlossen werden (WZW-Kriterien). Zur Festlegung evidenzbasierter Qualitätsindikatoren bzw. -kennzahlen sind ebenfalls weitere Untersuchungen nötig. Im Bereich der Ergebnisqualität bräuchte es beispielsweise validierte Standardfragen für die Messung der Patientenzufriedenheit in der onkologischen Rehabilitation. Für Nachhaltigkeitskontrollen sollten aussagekräftige Risiko-Adjustierer in der onkologischen Rehabilitation

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

Literatur

1. <http://www.samw.ch/de/Forschung/Versorgungsforschung/Kriterien.html>
2. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/05/key/01/01.html>
3. Tvede, C. F., Brandstrup, B., Engholm, G. & Tonnesen, H. (2003). [Potential number of rehabilitated cancer patients in Denmark – an estimate]. *Ugeskr Laeger*, 165, 123-8
4. http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_2012/bewerbungsverfahren.html#a-content
5. Schwappach, D. (2007). Patientenbedürfnisse an die onkologische Rehabilitation – Ein Literatur-Review. Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, Zürich

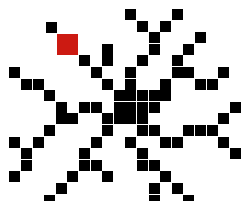
6. Schwappach, D. (2007). Patientenbedürfnisse an die onkologische Rehabilitation – Eine qualitative Studie. Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, Zürich
7. Pottins, I., Irle, H. & Korsukéwitz, C. (2009). Deutsche Rentenversicherung: Stand und Perspektiven der onkologischen Rehabilitation.
8. Delbrück, H. (2004b). Vergleich onkologischer Rehabilitationsmassnahmen und -strukturen in Ländern der europäischen Gemeinschaft. Klinik Bergisch-Land, Wuppertal
9. Pierotti, M. A. (2008). Libro Bianco sulla riabilitazione oncologica. Milano
10. Stubblefield, M. D. & O'Dell, M. W. (2009). Cancer rehabilitation principles and practice, Demos Medical
11. Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q*, 44, Suppl:166-206

Korrespondenz:

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

12-ICML

June 19-22, 2013



12th INTERNATIONAL CONFERENCE ON MALIGNANT LYMPHOMA Lugano, Switzerland

Deadlines:

- ABSTRACT SUBMISSION: February 28, 2013
EARLY REGISTRATION: on or before March 15, 2013
LATE REGISTRATION: from March 16, 2013 (up to 3000 attendees)

For information and on-line registration: www.lymphcon.ch

Belastungsscreening als Versorgungsstandard in der Schweiz: Was gilt es für die Einführung zu berücksichtigen?

Judith Alder, Frauenklinik Universitätsspital Basel
Vorstand Schweizerische Gesellschaft für Psychoonkologie SGPO

Einführung

Seit Anfang der 90er Jahre nehmen die Initiativen zur Definition von Behandlungsstandards und Entwicklung von Versorgungsleitlinien in der Psychoonkologie zu. Von verschiedenen Fachgesellschaften liegen Leitlinien vor (CAPO, 1999; NBCCC, 2003; IPOS, 2010), während es für die Schweiz bisher keine nationalen Leitlinien gibt, in welchen Versorgungsstandards definiert werden. Die Gewährleistung eines psychoonkologischen Behandlungsangebots ist demnach auch noch nicht überall Teil einer onkologischen Standardversorgung, vielmehr sind die regionalen und lokalen Unterschiede hier relativ hoch. Das NKP 11-16 formuliert entsprechend als eines der zentralen Ziele für die nächsten 5 Jahre die Erarbeitung von Standards und Leitlinien zur psychosozialen Versorgung von Krebskranken und ihren Angehörigen. Eines der Teilziele liegt darin, ein standardisiertes Belastungsscreening mit einer einfachen Bedürfniserfassung in der onkologischen Primärversorgung einzuführen. Das Screening dient onkologisch tätigen Fachpersonen zur Erfassung der psychischen Belastung ihrer Patienten, um den Bedarf an psychoonkologischer Begleitbehandlung frühzeitig erkennen und einleiten zu können.

Auf welchen bisherigen Erfahrungen können wir für die Realisierung dieses Ziels aufbauen? Studien weisen auf unterschiedliche Bedenken von onkologischen Fachpersonen bei der Durchführung eines Belastungsscreenings hin. So bestehen Zweifel bzgl. der Verwendung von Screeninginstrumenten (Zeitmangel, mangelndes Training in der Anwendung u.a.m.), so dass sich die Mehrheit für die Beurteilung einer Belastungsreaktion auf die klinische Einschätzung verlässt (1). Dennoch ist bekannt, dass damit rund zwei Drittel der Patienten, die klinisch relevante psychische Reaktionen aufweisen, nicht identifiziert werden (2). Zudem vermissen onkologische Fachpersonen auch Richtlinien zur Überweisung von Patienten in die psychoonkologische Begleitbehandlung. Häufig ist unklar, wann eine Überweisung indiziert ist, wohin ein Patient überwiesen werden kann und wie eine Überweisung realisiert werden kann (1).

Analyse aktueller Forschungslage

Die Zahl der Publikationen zum Screening der psychischen Belastung hat in der psychoonkologischen Literatur in den letzten 10 Jahren deutlich zugenommen. In der allgemeinmedizinischen Grundversorgung hat die zeit- und kostenökonomische und valide Erfassung der psychischen Belastung von Patienten aber bereits eine längere Tradition. Eine umfassende Analyse dazu liegt von Mitchell et al. (3) vor. Die Autoren fassen diese Forschungslage zusammen und entnehmen ihr zehn Lektionen, die es für die Ein- und Durchführung von Belastungsscreenings in der Psychoonkologie zu berücksichtigen gilt. Diese sollen im Folgenden zusammengefasst werden.

Lektion 1. Primärversorger als wichtiger Partner in der psychosozialen Betreuung

Psychisch belastete Patienten wenden sich in einem ersten Schritt häufig an ihren Hausarzt: zwischen 20-40% der Hausarztkonsultationen betreffen Fragen zur psychischen Gesundheit, die Hälfte davon bei Patienten mit neu aufgetretenen Problemen. Zudem finden ca. zwei Drittel aller psychosozialen Besprechungen und Behandlungen mittels Psychopharmaka (vorwiegend Antidepressiva) beim Hausarzt statt. Für die Implementierung eines Screenings ist hierbei von Bedeutung, dass eine Erfassung psychischer Symptome durch Primärversorger (daraus abgeleitet: Onkologen) als wenig stigmatisierend erlebt wird und in der Regel eine hohe Akzeptanz findet.

Lektion 2. Eine falsch-negative wie auch falsch-positive Erfassung ist problematisch

Die mangelhafte Erkennung von psychischen Erkrankungen ist in allen Bereichen des Gesundheitssystems zu beobachten. Das Nichterkennen starker psychischer Belastung hat u.a. zur Folge, dass Patienten eine ungenügende oder unpassende Behandlung erhalten, mehr diagnostische Massnahmen durchgeführt werden, Patienten weniger compliant sind während einer somatischen Behandlung und die Gefahr einer Chronifizierung der psychischen Störung besteht.

Gleichzeitig ist aber auch eine falsch-positive Erfassung problematisch, da sie u.a. zu nicht indizierten Behandlungen führt und eine normale – und insbesondere angesichts einer Krebserkrankung normative – Belastungsreaktion pathologisiert und den Patienten entsprechend verunsichert.

Lektion 3. Es lassen sich patientenbezogene, arztbezogene und krankheitsbezogene Identifikationsbarrieren identifizieren

Eine psychische Belastung wird bei Männern, jüngeren Personen und bei Patienten mit einer somatischen Erkrankung weniger erkannt. Arbeitslosigkeit oder das Fehlen einer Partnerschaft erhöht andererseits die Wahrscheinlichkeit der Erkennung einer depressiven Symptomatik. Daneben lassen sich auch arzt spezifische Merkmale erkennen: höheres Alter ist mit einer höheren Sensibilisierung

bzgl. des psychischen Befindens assoziiert, zudem werden mit zunehmenden Alter auch vermehrt entsprechende Kommunikationstrainings besucht.

Lektion 4. Fehlende Akzeptanz von Screenings

Häufig werden Diagnosen ohne die Verwendung eines standardisierten Screening-Verfahrens gestellt. Die fehlende Akzeptanz in der ärztlichen Routine beruht auf der Befürchtung, dass dessen Durchführung zu viel Zeit in Anspruch nimmt, obwohl Screening-Instrumente erwiesenermaßen zeitökonomischer sind als Befragungen und von Patienten positiv bewertet werden.

Lektion 5. Benachteiligung von Migranten

Sprachbarrieren bei ausländischen Patienten erschweren die korrekte Erfassung einer psychischen Belastung. Auch können gewisse psychische Störungen in bestimmten Bevölkerungsgruppen ein anderes Beschwerdebild aufweisen: so stehen bspw. die somatischen Symptome einer Depression stärker im Vordergrund. Dies kann zu Nichterkennung führen, gleichzeitig ergibt sich aber auch das Risiko, eine somatische Erkrankung zu übersehen. Die Bereitschaft, über psychische Probleme zu reden, ist ebenfalls kulturell bedingt unterschiedlich, was ein zusätzlich erschwerender Faktor darstellen kann.

Lektion 6. Arzt-Vertrauen als Voraussetzung

Patienten werten gute interpersonelle Fertigkeiten des behandelnden Arztes als Voraussetzung, um Symptome von Angst- und Depression durch den Patienten überhaupt anzusprechen. Ein wichtiger Moderator hierbei ist das gegenüber dem Arzt empfundene Vertrauen. Gleichzeitig erhöht das Erkennen und Behandeln einer psychischen Belastung dieses Vertrauen. Patienten, die ihre Symptome normalisieren oder minimieren, werden erwartungsgemäss seltener als belastet erkannt.

Lektion 7. Vermehrter Kontakt verbessert die Erkennung

Regelmässiger Arzt-Patientenkontakt verbessert das Erkennen einer psychischen Belastung. So zeigt sich, dass bei Patienten, die nur selten zum Arzt gehen, das Vorliegen einer Depression eher übersehen wird. Andererseits stellt für den Behandelnden der Zeitfaktor eine der grössten Herausforderungen dar: vor allem die auf ein positives Screening folgenden Schritte (Behandlung, Überweisung) können zeitintensiv sein. Hier besteht der Bedarf von gut strukturierten Überweisungsrichtlinien, insbesondere für die Überweisung eines Krebspatienten in eine psychoonkologische Versorgung.

Lektion 8. Selbstwirksamkeit und Fertigkeiten verbessern den Erfolg der Durchführung von Screenings

Unsicherheit beim Erkennen von psychischen Störungen, Wissensdefizite, ein Mangel an kommunikativen und diagnostischen Fertigkeiten und Zeitmangel erschweren ein korrektes Erkennen von und das Einleiten von Behandlungsmassnahmen bei psychischen Belastungen.

Lektion 9. Training verbessert die Zufriedenheit – Langzeiteffekte sind jedoch bescheiden

Dagegen zeigt sich, dass Kommunikationstrainings, die diagnostische Fertigkeiten schulen, zu einer höheren Selbstwirksamkeit beitragen und die kommunikative Kompetenz erhöhen. Daneben zeigt sich, dass auch die Bereitstellung von entsprechenden Leitlinien für eine frühzeitige Erkennung von psychischen Störungen effektiv ist. Ein einmaliges Training ist aber häufig für einen langfristigen Effekt wenig wirksam.

Lektion 10. Screening ist unwirksam ohne Nachsorge

Ein Faktor, der die Durchführung von Screening-Massnahmen behindert, ist ein Mangel an weiterführenden Behandlungsangebote für belastete Patienten. Dies dürfte für den onkologischen Bereich gleichermaßen zutreffen. In der Schweiz, in der die psychoonkologische Behandlung (noch) nicht als Behandlungsstandard in die onkologische Grundversorgung integriert ist, und grosse regionale Unterschiede bestehen in der Vernetzung Onkologie – Psychoonkologie, kann dies die Einführung eines standardisierten Belastungsscreenings erschweren und dazu führen, dass der identifizierte Bedarf nicht abgedeckt werden kann

Zusammenfassung

Im Gegensatz zur medizinischen Grundversorgung zeigt sich in der Krebsversorgung eine höhere Homogenität, einerseits der Krankheitsbilder, andererseits der psychisch-existentiellen Belastungen der Betroffenen. Vielleicht lässt sich dadurch die höhere Akzeptanz von Screening-Programmen in der Onkologie erklären. Nichtsdestotrotz lässt sich aus der reichhaltigen Screening-Forschung in der Allgemeinmedizin für die Entwicklung entsprechender Leitlinien lernen. Insbesondere gilt zu berücksichtigen, dass eine systematische Erfassung einer psychischen Belastung immer an ein psychoonkologisches Versorgungskonzept geknüpft sein muss, in welchem auch Fragen zur Finanzierung geklärt sein müssen.

Referenzen

1. Absalom K, Holch P, Pini S et al. The detection and management of emotional distress in cancer patients: the views of health-care professionals. *Psycho-Oncology* 2011; 20: 601-608.
2. Fallowfield, L., Ratcliffe, D., Jenkins, V., Saul, J. (2001). Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *BR J Cancer*, 20;84(8):1011-5.
3. Mitchell, A., Vahabzadeh, A., Madruder, K. (2011). Screening for distress and depression in cancer settings: 10 lessons from 40 years of primary-care research. *Psycho-Oncology* 20: 572-584.

Korrespondenz:

Judith Alder
 Universitäts-Frauenklinik Basel
 Spitalstr. 21, CH-4031 Basel
 jalder@uhbs.ch

Establishing a PICC (Peripherally Inserted Central Catheters) Team at the Oncology Institute of Southern Switzerland – an opportunity for patients, nurses and health service

Monica Bianchi¹, Dario Valcarenghi²

¹ Chief of the IOSI Nursing Service

² Chief of the Centre for Nursing Development and Research IOSI

Keywords: Nursing role, Change management, Patient satisfaction, Peripherally Inserted Central Catheters (PICC), Complications, Benefits

Abstract

In 2010, the chief of the IOSI nursing service noted a problem posed by the progressive deterioration of peripheral veins in a considerable number of oncology patients at our institute. She found a possible solution in the use of Peripherally Inserted Central Catheters (PICC), which may also be placed by nurses, and initiated a project aiming at the improvement of nursing care for patients and the increase of professional expertise for nursing staff. This project was carried out together with the medical and administrative management of the institute and with the chief of the nursing area of the multi-site hospital of Ticino (EOC). Four nurses have thus been trained, and in one year they set 72 PICCs, without any significant problems. According to the first data analysis, patients also appreciate this new opportunity.

Introduction

The intravenous administration of liquids, nutrients and drugs is widely practiced in healthcare and has an important place in oncology with the administration of chemotherapeutic and supportive care treatments. The intravascular injection of various substances may be done through the cannulation of a peripheral vein (nurses's responsibility) or central vein (doctor's responsibility), using suitable devices and specific venipuncture techniques or small surgical procedures (for techniques that require implantation).

For every patient, it is necessary to select the most appropriate type of intravascular injection depending on his

general condition, on the state of his peripheral veins, on the planned diagnostic-therapeutic programme, on the available devices and, if possible, on his preferences.

Thus, an effective infusion strategy requires adequate acquaintance with the patient and his therapeutic programme, and the possibility to choose from among the different techniques of intravenous cannulation, as well as having the necessary professional skills on hand.

In recent years, the use of peripherally inserted catheters (PICC) or Midline catheters has become more widespread (Yamada et al., 2010). PICCs are mid-term venous systems, with one or more lumens, made from highly biocompatible materials (silicone or polyurethane) and placed close to the right atrium, through the cannulation of an upper limb peripheral vein. They can remain in place for any periods of a few days to one year and are ideal for one to six-month infusion therapies (Infusion Nurses Society, 2000).

The *Centers for Disease Control and Prevention* of Atlanta, in their «Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections» recommend (category IB) the use of Midline catheters (long peripheral catheters, but not central) or PICC, for infusion therapies lasting more than six days (O'Grady et al., 2002).

With PICCs and Midline, according to literature data, there are fewer bloodstream infections compared to CVCs (Garnaco-Montero et al., 2008; Maki et al., 2006), while they seem to pose a higher risk of deep vein thrombosis (DVT), frequently asymptomatic, compared to peripheral venous catheters, for infusion therapies that last five days or more (Periad et al., 2008). Among the factors that can increase the risk of a DVT are: a previous DVT, a procedure lasting more than one hour, and the catheter gauge (Scott Evans et al., 2010).

The problem

At IOSI, until May 2011, we were faced with the following problems in the management of infusion therapy:

- I) There were a few patients receiving potentially irritant drugs, for whom, for various reasons (cost, duration of therapy, insertion risks), we did not place a port (totally implanted central venous access port) or a CVC (central venous catheter) and who, with the continuous and repeated use of peripheral venous catheters, showed recurring phlebitis with progressive damage to their vessels.
- II) In some patients with compromised veins, it was very painful (for them) and very difficult (for nurses) to find a stable and safe venous access to ensure the prescribed chemotherapy.

Finally, we did not yet have the possibility to use Peripherally Inserted Central Catheters due to lack of specific expertise among nurses and doctors.

The improvement project

The aim

Therefore, the aim of this project was to improve the quality of care through the development of professional nursing skills, in order to offer some patients a different infusion option instead of a port (more expensive and requiring a small surgical intervention), CVC (with higher risk of bloodstream infections and/or complications during insertion), or frequent venipuncture (with multiple phlebitis and damage to the peripheral venous tissue).

The innovation in the Swiss setting is that the PICC Team is composed of nurses, with the collaboration of an oncologist in charge of all clinical issues.

The groundwork

In the preliminary stage, all institutions were involved, and once the four nurses had been assigned, they started their theoretical and practical training through courses and internships, some of them abroad. Internal operating procedures and a training programme for internal and external staff who might be faced with the management of patients with a PICC were then developed.

The operational steps

The PICC is notified to the patient by the nurses or doctors. The decision is often shared between the medical and nursing teams, in order to better integrate the different approaches to the problem. One of the PICC Team nurses is in charge of completing the preliminary step (which involves an interview with the patient and with the doctor to confirm the indication) and asks the patient to sign the informed consent. The PICC is placed at the patient's bedside or at the outpatient department and organised by the head nurse.

The patient (and/or his caregivers) receives a brochure as well as instructions regarding the management of the PICC at home, and on what to do in case of problems. The patient is then referred to the nearest outpatient department (or to the local services) for the day-to-day catheter management and its eventual removal. The PICC Team meets every two months in order to monitor the project and, if necessary, to introduce changes. If a patient shows any problem or complication associated with the PICC, the assigned doctor performs a specific clinical evaluation.

Results of the first year of activity (30th of May 2011 - 29th of May 2012)

During the first year, 72 PICCs were placed in 69 patients (for three of them, we had to place the PICC twice because of malfunctioning problems and/or internal dislodgement); for two patients we could not set the PICC (two failures out of 74 placements, corresponding to 2.7%).

For the most part, the catheters used were power single-lumen catheters 5 fr (n=49, or 68%) or double-lumen 5 fr (n=11, or 15%). Both can also be used in radiology for high pressure or high flux examinations. Valvular catheters 4 fr (groshong), causing fewer problems in the management at home, were used in 12 instances (= 17%).

On average, we placed approximately 6 PICCs per month (range 1-9), mostly on oncological patients (including 12 cases of lymphoma). Only four patients were from the medicine ward and without tumour pathologies. The average age was 62.9 (range 14-94), with a median of 64. Women outnumbered men with 39 cases out of 69, corresponding to 55%.

Taking into consideration only catheters that had been removed (43 by the 29th of May 2012), the average duration of placement was 75 days (range 2-254 days) and the median was 58 days. Our statistics show a wide distribution of values, which reflects the variety of reasons for placing a PICC (compromised peripheral veins, preservation of venous integrity, chemotherapy cycles of varying lengths, terminally ill patient, etc.). Approximately 25% of these patients (n=10) were deceased by the end of the reference period.

In these 72 placements, we have had the following problems until now, most of them mechanical:

- two accidental removals (4.87%): one after 14 days (which was then replaced), the other after 95 days (not replaced);
- two cases of malfunctioning (4.87%): one after two days (which was replaced), the other after 26 days (not replaced);
- one venous thrombosis related to the PICC (2.43%): resolved with drugs and not requiring removal of the PICC;
- one case of bacteremia (2.43%) that was initially suspected of being related to the PICC: the catheter was removed, but the culture of its tip was negative;
- one case of bacteremia associated with a thrombosis related to PICC (2.43%) which required catheter removal and a clinical examination.

The satisfaction among patients seems to be high, and over the last months we have been gathering systematic data through a satisfaction questionnaire. Until now, we have collected 13 of them (out of 30) and, on a scale from zero to ten, the average general satisfaction with the PICC is 7.8 points (range 5-10). Only one patient said that he would not have the PICC placed again, because of a malfunctioning due to dislodgement. In order to teach the management of PICC, we have so far organised 10 training sessions (six in 2011 and four in 2012) addressed to staff of inpatient and outpatient departments and home care.

Conclusions

In every project related to the improvement of medical services, it is important to have in mind the increase in patients' quality of life, and to find ways to put it into practice, working step by step and with dedication on the various influencing factors and environments.

The development of specific technical skills among the nursing team has been an important part of this project, which has involved, with varying responsibilities, a large part of the IOSI Nursing Service staff. In order to guarantee safety and continuous assistance to the patient (and his family), it has been just as important to prepare the external setting through information and training of most of the people that may deal with a PICC either in the inpatient and in the outpatient department, or at home. Meanwhile, together with the clinicians, we are further analysing and developing the indications to place this type of catheter in our patients.

The process is ongoing, but we think that it has already shown significant positive effects:

- *for patients*: they have a better chance of being given the infusion technique most adequate to their situation (preserving their venous integrity and/or avoiding risks caused by the use of other, less appropriate devices).
- *for nurses*: they have the possibility to expand their professional expertise and they are strengthening their image towards patients. The development of advanced nursing skills can also contribute towards job retention among nurses in medical services where, as in the case of our institute, they have the opportunity to apply them.
- *for the organisation*: the use of PICCs should also improve the appropriate use of other venous aids used until now (ports, which are more expensive, and CVC, with a higher risk of puncture as well as infections, if in place for long time).

In the light of these positive results, starting from next autumn, we will put ourselves forward as a teaching institute for our colleagues, in order to help them acquire this technique so that it can be applied in other national medical settings.

Bibliography

- 1) Scott Evans, R., Sharp, J. H., Linford, L. H., Lloyd, J. F., Tripp, J. S., & Jones, J. P., ... Weaver, L. K. (2010). Risk of Symptomatic DVT Associated with Peripherally Inserted Central Catheters. *Chest*, 138 (4): 803-810.
- 2) Yamada, R., Morita, T., Yashiro, E., Otani, H., Amano, K., Tei, Y., & Inoue, S. (2010). Patient-Reported Usefulness of Peripherally Inserted Central Venous Catheters in Terminally Ill Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 40 (1): 60-66.
- 3) Garnaco-Montero, J., Aldabò-Pallas, T., Palomar-Martinez, M., Vallès, J., Almirante, B., & Garcès, R., ... Ortiz-Leyba, C. (2008). Risk factors and prognosis of catheter-related bloodstream infection in critically ill patients: a multicenter study. *Intensive Care Med.*; 34: 2185-2193.
- 4) Periad, D., Monney, P., Waeber, G., Zurkinden, C., Mazzolai, L., & Hayoz, D., ... Denys, A. (2008). Randomized controlled trial of peripherally inserted central catheters vs. peripheral catheters for middle duration in-hospital intravenous therapy. *J Thromb Haemost* 2008; 6:1281-8.
- 5) Maki, D. G., Kluger, D. M., & Crnich, C. J. (2006). The risk of bloodstream infection in adults with different intravascular devices: a systematic review of 200 published prospective studies. *Mayo Clin Proc*;81(9):1159-1171.
- 6) O'Grady, N. P., Alexander, M., Dellinger, E. P., Gerberding, J. L., Heard, S. O., & Maki, D. G., ... Weinstein, R. A. (2002). Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. Centers for Disease Control and Prevention. *MMWR Recomm Rep*; 51(RR-10): 1-29.
- 7) Infusion Nurses Society (2000). Infusion nurses standards of practice. *J Intraven Nurs*; 23 (Suppl 6S): S1-S88.

Project Team: Paola Columpsi, Veronica Davitti, Carla Pedrazzani, Christa Pedrazzoli-Hutz, Romina Prandi, Paolo Servida, Sonia Tosi-Casado, Ignazio Trupiano, Massimiliano Zanon.

Correspondence:

Monica Bianchi
Chief of IOSI Nursing Service
Oncology Institute of Southern Switzerland (IOSI)
Ospedale Regionale Bellinzona e Valli
CH-6500 Bellinzona
monica.bianchi@eoc.ch

Dario Valcarengi
Chief of Nursing Development and Research
Oncology Institute of Southern Switzerland (IOSI)
Ospedale Regionale Bellinzona e Valli
CH-6500 Bellinzona
dario.valcarengi@eoc.ch



Call for Research Proposals

The Gateway/RTF-CCR/SAKK Research Grant

The **Gateway for Cancer Research (Gateway)**, a U.S.-based non-profit organization, the **Rising Tide Foundation for Clinical Cancer Research (RTF-CCR)**, a Swiss-based non-profit organization, and the **Swiss Group for Clinical Cancer Research (SAKK)** have joined forces for this unique opportunity.

We call upon all investigators to submit clinical research proposals for innovative, patient-centered phase II clinical cancer trials aimed at finding new therapeutic approaches to help cancer patients feel better, live longer or be cured TODAY! Depending on the nature of the project, the grant is endowed for a maximum of up to US\$ 450,000.

Application deadline: November 30, 2012

Research proposals must be submitted in Word format with an abbreviated CV. Please include any published work in the research proposal.

The winning proposal will be announced in the 2nd quarter of 2013.

Investigators should contact The Gateway for Cancer Research (www.demandcurestoday.org) or SAKK (www.sakk.ch) for application information.

Eveline Mumenthaler
Director of Research & Grants
The Gateway for Cancer Research
Email: eveline.mumenthaler@gatewaycr.org

Prof. Dr. Beat Thürlimann
President
SAKK
Email: sakkcc@sakk.ch

DEMAND CURES TODAY.SM
THE GATEWAY FOR CANCER RESEARCH



SAKK News

Annik Steiner, SAKK Coordinating Center, Bern

BOARD DECISIONS

At its regular board meeting on May 8, 2012, the SAKK Board accepted to conduct the following trials:

NCI: Advanced Rectal Cancer, N.N *A phase II/III trial of neoadjuvant folfox, with selective use of combined modality chemoradiation vs. preoperative combined modality chemoradiation for locally advanced rectal cancer patients undergoing low anterior resection with total mesorectal excision.*

This phase II/III trial by the US National cancer institute (NCI) investigates whether six cycles of neoadjuvant folfox (oxaliplatin, leucovorin calcium, and fluorouracil) followed by comprehensive restaging with selective use of radiation therapy (5FUCMT) followed by total mesorectal excision achieves favorable outcomes for patients with locally advanced rectal cancer. The current standard of care for locally advanced rectal cancer involves use of 5FUCMT for all patients.

Biobank, D. Engeler *Biomarkers in localized prostate cancer (A large serum biobank, prospective trial).*

One of the big issues with prostate cancer diagnosis and screening is the risk of overtreatment. The effectiveness of systematic (mass) screening for prostate cancer with prostate-specific antigen (PSA)-testing remains controversial because it has no or limited beneficial effects on overall survival. Additional markers for improving specificity of testing for prostate cancer are urgently needed. In this project, biobanking of sera of five patient groups with different and specific indications for PSA-testing of their sera is planned.

Guidelines for expenses revised

The SAKK Board approved the revised guidelines for expenses (Spesenreglement). The guidelines can be found on the SAKK website

in the members' section under Guidelines & Documents (<http://sakk.ch/en/download/29>).

PROMOTIONS

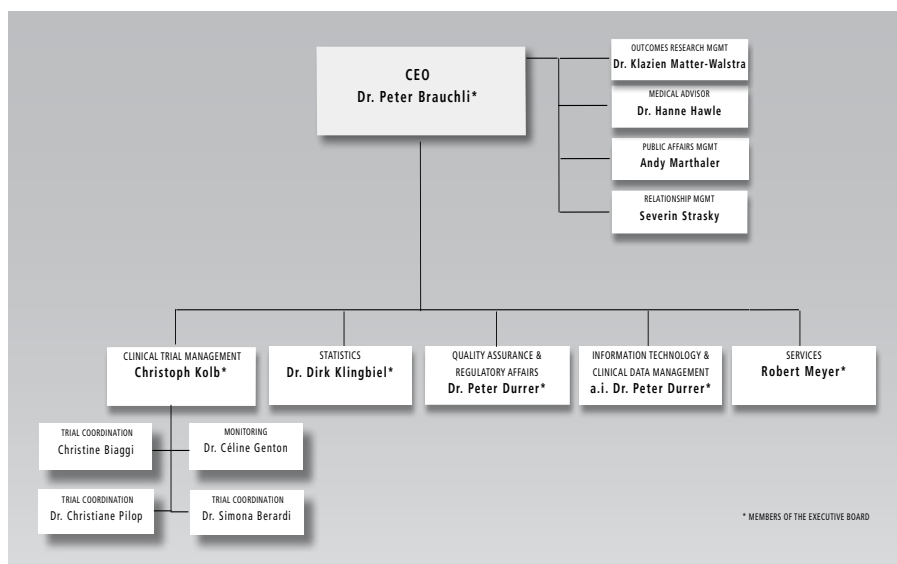
Yves Chalandon was appointed professor, head of the Hemato-Oncology Unit and director of the BMT program, Hematology Division, University Hospital of Geneva as of July 1, 2012. *Yves Chalandon* is member of the SAKK Board and president of the SAKK Project Group Leukemias.



Yves Chalandon

NEW STRUCTURE OF THE SAKK COORDINATING CENTER

Since the beginning of June, the SAKK Coordinating Center has a new organizational structure. It consists now of five units: Clinical Trial Management, Statistics, Quality Assurance & Regulatory Affairs, Information Technology & Clinical Data Management and Services. The heads of these units together with the director constitute the executive board of the Coordinating Center. New head of the Clinical Trial Management is *Christoph Kolb*. His unit is subdivided into four teams headed by *Christine Biaggi*, *Christiane Pilop*, *Simona Berardi* and *Céline Genton*. The organigram further shows the four staff positions at the SAKK Coordinating Center reporting directly to the director: Outcomes Research Management, Medical Advisor, Public Affairs Management as well as Relationship Management.



GENERAL ASSEMBLY

During the General Assembly, which took place on June 20, the participants were informed about the following ongoing processes that will influence the work of SAKK in the coming years:

Law on research involving humans (Humanforschungsgesetz): The ordinance is in public consultation from August to November 2012; additionally, risk-based approaches are pilot-tested.

Guideline for the collaboration of physicians and industry by the Swiss Academy of Medical Sciences (SAMS): The draft of the revised guideline from May 30, 2012, is open for consultation until August 31, 2012. Interested persons are invited to give their input.

20 abstracts submitted

In 2012, 20 abstracts were submitted by SAKK until mid-year. The SAKK Coordinating Center has a prospective planning list for the submission of abstracts available.



Stefan Aebi

Stefan Aebi new board member

Stefan Aebi from the Luzerner Kantonsspital was elected as board member. *Aebi* has actively participated in different SAKK project groups for several years and is a member of the foundation council of IBCSG. He replaces *Markus Borner* from the Spitalzentrum Biel and Inselspital Bern, who stepped back as a board member.

SAKK SEMI-ANNUAL MEETING

On June 21, SAKK held its summer semi-annual meeting in Bern, which was attended by more than 250 specialists.

Award for Dirk Kienle

Dirk Kienle from the Kantonsspital Graubünden obtained the SAKK/Dr. Paul Janssen Fellowship, which is jointly awarded by SAKK and Janssen-Cilag AG. The educational grant is endowed with CHF 50 000.- and is aimed at offering young doctors the opportunity to spend four months at a renowned research center abroad to gain experience and acquire the necessary know-how and tools to develop and conduct top-quality clinical trials. *Kienle* has been working in Switzerland for four years and is an active member of the Project Group Gastro-Intestinal Cancers. He is trial chair of the trial SAKK 41/10, «Cetuximab Monotherapy versus Cetuximab plus Capecitabine as first-line treatment in elderly patients with KRAS wild-type



SAKK President Beat Thürlimann, Dirk Kienle, winner of the Janssen Fellowship and Reza Safaei from Janssen-Cilag AG

metastatic colorectal cancer» that is likely to be activated in autumn 2012. *Kienle* hopes that he can further improve his clinical trial knowledge by the fellowship, as he said at the award ceremony.



Eveline Mumenthaler

Gateway/RTF-CCR/SAKK Research Grant: Call for proposals launched

Eveline Mumenthaler, Director of Research and Grants at Gateway, presented the Gateway/RTF-CCR/SAKK Research Grant, and thereby launched the call for proposals. This grant is endowed for a maximum of up to US\$ 450 000 and is jointly awarded by SAKK, The Gateway for Cancer Research

(Gateway), a U.S.-based non-profit organization and the Rising Tide Foundation for Clinical Cancer Research (RTF-CCR), a Swiss-based non-profit organization. All investigators are called upon now to submit clinical research proposals. For more information about the grant contact the SAKK website: <http://sakk.ch/en/download/367/>.

ASCO ABSTRACTS

General poster session

Abstract No: 9059

T. Ruhstaller Prevention of palmoplantar erythrodysesthesia (PPE) with an antiperspirant in breast cancer patients treated with pegylated liposomal doxorubicin (PLD), a placebo-controlled, double blinded, phase III trial (SAKK 92/08).

Abstract No: 3595

R. von Moos Neoadjuvant radiotherapy (RT) combined with capecitabine (Cape) and sorafenib (Sor) in patients with locally advanced, K-ras-mutated rectal cancer (LARC): A phase I/II trial (SAKK 41/08).

Abstract No: 9045

F. Hitz Predictors of satisfaction with decision in patients with advanced cancer.

Poster discussion session

Abstract No: 10033

M. Montemurro Dasatinib first-line treatment in gastrointestinal stromal tumors: A multicenter phase II trial of the SAKK (SAKK 56/07).

International trials with participation of SAKK

General poster session

Abstract No: 3575

V. C. Popovici Molecular and clinicopathologic evidence of heterogeneity in KRAS-mutant colon cancers.

Poster discussion session

Abstract No: 3509

A. Roth Validation of two gene-expression risk scores in a large colon cancer cohort and contribution to an improved prognostic method.

Abstract No: 3511

E. Budinska Identification and validation of gene expression subtypes in a large set of colorectal cancer samples.

Abstract No: 6510

R. Hehlmann The prognostic significance of early molecular and cytogenetic response for long-term progression-free and overall survival in imatinib-treated chronic myeloid leukemia (CML).

PUBLICATIONS

Lung Cancer

Antonio Rossi, Massimo Di Maio, Paolo Chiodini, Robin Michael Rudd, Hiroaki Okamoto, Dimosthenis Vasilios Skarlos, Martin Früh, Wendi Qian, Tomohide Tamura, Epaminondas Samantas, Taro Shibata, Francesco Perro-ne, Ciro Gallo, Cesare Gridelli, Olga Martelli, and Siow-Ming Lee. Carboplatin- or Cisplatin-Based Chemotherapy in First-Line Treatment of Small-Cell Lung

Cancer: The COCIS Meta-Analysis of Individual Patient Data. *JCO April 2*

Früh M, Cathomas R, Siano M, Tscherry G, Zippelius A, Mamot C, Erdmann A, Krasniqi F, Rauch D, Simcock M, Küttel E, Fustier P, Pless M; Swiss Group for Clinical Cancer Research. Carboplatin and Paclitaxel Plus ASA404 as First-Line Chemotherapy for Extensive-Stage Small-Cell Lung Cancer: A Multicenter Single Arm Phase II Trial (SAKK 15/08). *Clin Lung Cancer May 23*

Breast Cancer

Regan MM, Leyland-Jones B, Bouzyk M, Pagani O, Tang W, Kammler R, Dell'orto P, Biasi MO, Thürlimann B, Lyng MB, Ditzel HJ, Neven P, Debled M, Maibach R, Price KN, Gelber RD, Coates AS, Goldhirsch A, Rae JM, Viale G; Breast International Group (BIG) 1-98 Collaborative Group. CYP2D6 genotype and tamoxifen response in postmenopausal women with endocrine-responsive breast cancer: the breast international group 1-98 trial *J Natl Cancer Inst Mar 21*

Regan MM, Price KN, Giobbie-Hurder A, Thürlimann B, Gelber RD; International Breast Cancer Study Group and BIG 1-98 Collaborative Group. Interpreting Breast International Group (BIG) 1-98: a randomized, double-blind, phase III trial comparing letrozole and tamoxifen as adjuvant endocrine therapy for postmenopausal women with hormone receptor-positive, early breast cancer. *Breast Cancer Res. May 26*

Lymphoma

Cuccuini W, Briere J, Mounier N, Voelker HU, Rosenwald A, Sundstrom C, Cogliatti S, Hirschaud E, Ysebaert L, Bron D, Soulier J, Gaulard P, Houlgatte R, Gisselbrecht C, Thieblemont C. MYC+ diffuse large B-cell lymphoma is not salvaged by classical R-ICE or R-DHAP followed by HDT/ASCT. A bio-CORAL report. *Blood. 2012 Mar 9*

Engert A, Haverkamp H, Kobe C, Markova J, Renner C, Ho A, Zijlstra J, Král Z, Fuchs M, Hallek M, Kanz L, Döhner H, Dörken B, Engel N, Topp M, Klutmann S, Amthauer H, Bockisch A, Kluge R, Kratochwil C, Scherber O, Greil R, Andreesen R, Kneba M, Pfreundschuh M, Stein H, Eich HT, Müller RP, Dietlein M, Borchmann P, Diehl V; on behalf of the German Hodgkin Study Group, the Swiss Group for Clinical Cancer Research, and the Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Pharmakologie und Therapie. Reduced-intensity chemotherapy and PET-guided radiotherapy in patients with advanced stage Hodgkin's lymphoma (HD15 trial): a randomised, open-label, phase 3 non-inferiority trial. *Lancet Apr 3*

Attal M, Lauwers-Cances V, Marit G, Caillot D, Moreau P, Facon T, Stoppa AM, Hulin C, Benboubker L, Garderet L, Decaux O, Leyvraz S, Vekemans MC, Voillat L, Michallet M, Pegourie B, Dumontet C, Roussel M, Leleu X, Mathiot C, Payen C, Avet-Loiseau H, Harousseau JL; IFM Investigators. **Lenalidomide maintenance after stem-cell transplantation for multiple myeloma.** *N Engl J Med.* 2012 May 10;366(19):1782-91

Garderet L, Iacobelli S, Moreau P, Dib M, Lafon I, Niederwieser D, Masszi T, Fontan J, Michallet M, Gratwohl A, Milone G, Doyen C, Pegourie B, Hajek R, Casassus P, Kolb B, Chateaux C, Hertenstein B, Onida F, Ludwig H, Ketterer N, Koenecke C, van Os M, Mohty M, Cakana A, Gorin NC, de Witte T, Harousseau JL, Morris C, Gahrton G. **Superiority of the Triple Combination of Bortezomib-Thalidomide-Dexamethasone Over the Dual Combination of Thalidomide-Dexamethasone in Patients With Multiple Myeloma Progressing or Relapsing After Autologous Transplantation: The MMVAR/IFM 2005-04 Randomized Phase III Trial From the Chronic Leukemia Working Party of the European Group for Blood and Marrow Transplantation.** *J Clin Oncol* May 14

Leukemia

Pabst T, Vellenga E, van Putten W, Schouten HC, Graux C, Vekemans MC, Biemond B, Sonneveld P, Passweg J, Verdonck L, Legdeur MC, Theobald M, Jacky E, Bargerzi M, Maertens J, Ossenkopp G, Löwenberg B. **Favorable effect of priming with granulocyte colony-stimulating factor in remission induction of acute myeloid leukemia restricted to dose-escalation of cytarabine** *Blood* Mar 15

Hanfstein B, Müller MC, Hehlmann R, Erben P, Lausker M, Fabarius A, Schnittger S, Haferlach C, Göhring G, Proetel U, Kolb HJ, Krause SW, Hofmann WK, Schubert J, Einsele H, Dengler J, Hänel M, Falge C, Kanz L, Neubauer A, Kneba M, Stegelmann F, Pfreundschuh M, Waller CF, Branford S, Hughes TP, Spiekermann K, Baerlocher GM, Pfirrmann M, Hasford J, Saubele S, Hochhaus A. **Early molecular and cytogenetic response is predictive for long-term progression-free and overall survival in chronic myeloid leukemia (CML).** *Leukemia* Mar 26

Bally C, Fadlallah J, Leverger G, Bertrand Y, Robert A, Baruchel A, Guerci A, Recher C, Raffoux E, Thomas X, Leblanc T, Idres N, Cassinat B, Vey N, Chomienne C, Dombret H, Sanz M, Fenaux P, Adès L. **Outcome of Acute Promyelocytic Leukemia (APL) in Children and Adolescents: An Analysis in Two Consecutive Trials of the European APL Group** *JCO* Apr 2

Melanoma

Schraml P, von Teichman A, Mihic-Probst D, Simcock M, Ochsenbein A, Dummer R, Michielin O, Seifert B, Schläppi M, Moch H, von Moos R. **Predictive value of the MGMT promoter methylation status in metastatic melanoma patients receiving first-line temozolomide plus bevacizumab in the trial SAKK 50/07.** *Oncol Rep* May 18

NEW SMW PUBLICATION SERIES – CALL FOR AUTHORS

SAKK and the National Institute for Cancer Epidemiology and Registration (NICER) start collaboration for the regular publication of data of the cancer registries in the journal *Swiss Medical Weekly* (SMW). NICER will provide data about current and interesting topics in the field of cancer. SAKK authors will comment on the data in a publication together with authors from NICER. The first topic is «breast cancer in younger women in Switzerland», for which the publication is already in preparation. The next topic will be «prevalence of screenable (breast, colorectal, prostate) cancers». SAKK is looking for authors from the SAKK network, interested in commenting on that topic or future topics from a clinical point of view. We would like to especially give young oncologists from the SAKK network the opportunity to participate in these publications.

For more information please contact:

Annik Steiner
Communications
annik.steiner@sakk.ch

PILOT STUDY SHOWS GOOD DATA QUALITY OF SAKK CENTERS

In 2011, the SAKK Coordinating Center conducted a pilot study on behalf of the SAKK Board with the aim to develop an adequate tool for evaluating the data quality of the SAKK centers. Now, the results of this study are available.

As the SAKK Coordinating Center conducts hundreds of monitoring visits per year, it decided to use the existing monitoring process for the evaluation. Hence, a questionnaire of two pages was established, which could be filled in by the monitors after each monitoring visit. The questionnaire covered the following main topics: General GCP compliance, protocol adherence, personnel at the trial site, source data verification and data quality in the case report forms. Each topic was subdivided in several questions, for which the following scores were possible:

Score 3: Good (no findings)

Score 2: Satisfactory (minor findings)

Score 1: Requires improvement (several minor findings, major or critical findings)

Mean score for all visits and centers 2.53

Data from 352 visits in 2011 was analyzed for the pilot study, whereby only sites with at least three monitoring visits in this year were evaluated in detail. The mean score for all visits and centers was 2.53, the median was 2.60. The mean score for a single visit varied between 1.38 and 3.00. Only 5% of the visits had a mean score <2.00. The analysis showed that especially the personnel at the centers are a strength of SAKK, as the mean score for all visits and centers was 2.77. By contrast, the mean score for data quality in the case report forms was only 2.21, which shows that this topic has room for improvement.

A general conclusion of this pilot study is that most of the SAKK centers have a good or very good data quality. However, the data of some sites must be carefully assessed in order to evaluate measures for improvement. Further, the pilot study showed that this tool is appropriate for measuring specific aspects of data quality of the SAKK sites based on routine monitoring. However, we think the tool should be further developed in the future in order to capture data quality more general by considering additional aspects to monitoring such as trial chairs' review and statistical evaluations regarding missing data.

Top seven SAKK centers

All SAKK centers received a letter with their individual ranking in the study. SAKK would like to congratulate

the top seven centers, which all reached a mean and median score >2.60, in alphabetical order:

Kantonsspital Baden, Spitalzentrum Biel AG, Hôpital Fribourgeois, Kantonsspital Graubünden, Kantonsspital St.Gallen, Spital STS AG Thun, Kantonsspital Winterthur.

Peter Durrer

Head Quality Assurance & Regulatory Affairs

peter.durrer@sakk.ch

SAKK Dates 2012

October 18&25	SAKK Investigators' Education
October 25&26	Board Retraite
November 1	SAKK Symposium State of the Art in Oncology Research, «Health Services Research in Switzerland»
November 21	General Assembly
November 22&23	Semi-Annual Meeting

Correspondence:

Annik Steiner
Swiss Group for Clinical Cancer Research
Communications
Effingerstrasse 40, CH-3008 Bern
annik.steiner@sakk.ch



Camps Bay (Kapstadt)

Recombinant Factor VII as therapeutic option in life-threatening pulmonary hemorrhagic oedema in a preterm boy

Schaetzle Silvia¹, Berger Thomas M.²,
Rischewski Johannes¹

Pediatric Hemato/Oncology¹ and Neonatology²
Children's Hospital Lucerne

Keywords: Preterm, intubation, pulmonary hemorrhagic, recombinant factor VII (rFVIIa)

Summary

A preterm male infant required stabilisation by intubation and ventilation and subsequently developed hemorrhagic pulmonary oedema. A hemodynamically significant patent ductus arteriosus was closed with ibuprofen and thrombocytopenia was corrected with a platelet transfusion. With rapidly deteriorating ventilation parameters on day 10 of life, recombinant factor VII (rFVIIa) was given and continued for 5 days. Oxygenation improved rapidly and ventilator pressures could be reduced. The patient could be extubated on the 5th day after initiation of rFVIIa. We review the available literature and discuss this treatment option.

Introduction

Pulmonary hemorrhagic oedema affects approximately 5% of very low birth weight infants and has a mortality of 50% (Oloju et al, 2002). Hemorrhagic pulmonary oedema has been associated with surfactant administration, patent ductus arteriosus and left ventricular dysfunction. It is thought to result from capillary stress failure associated with lung overdistension, inadequate protective surface tension, and fragility of the pulmonary capillary wall (Dang et al, 2011).

Currently, no uniform therapeutic guidelines exist for hemorrhagic pulmonary oedema in preterm infants. Recombinant activated factor VII (rFVIIa) has been described as a treatment option for bleeding patients with and without underlying clotting disorders (Wittenstein et al, 2005).

We report on a preterm infant with life-threatening hemorrhagic pulmonary oedema who was successfully treated with rFVIIa.



Figure 1. Chest X-ray at the 10th day of life: Infiltrates of both lungs. Compatible with pulmonary hemorrhagic oedema.

Case report

This preterm male infant was born at a gestational age of 28 4/7 weeks. His birth weight was 820 gram. A pre-eclampsia was the cause for the premature delivery. Because of respiratory distress he was intubated in the delivery room and received a dose of surfactant at 15 minutes of age. After two days on conventional mechanical ventilation, he developed increasing oxygenation difficulties and was switched to high frequency oscillatory ventilation.

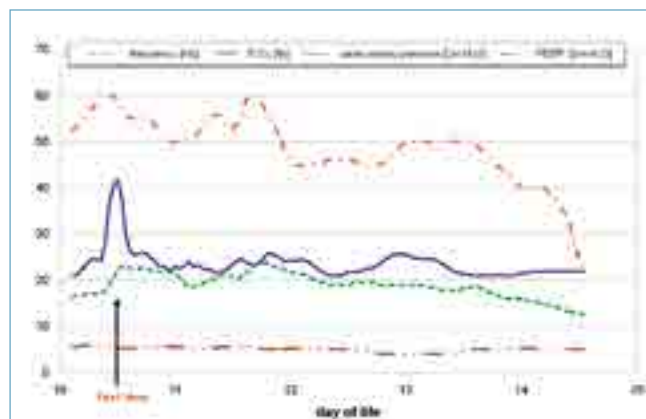


Figure 2. Respiratory parameters before and after rFVIIa: The most marked response after rFVIIa could be seen in the FiO_2 , followed by a decrease of frequency and peak airway pressure, and a continuous slow decrease of PEEP.

On day 3 of life, he was found to have a hemodynamically significant patent ductus arteriosus and therefore treatment with ibuprofen was commenced. He subsequently developed a thrombocytopenia (nadir of 86 G/L) for which he received a platelet transfusion.

On the 5th day of life, he developed signs of deteriorating hemorrhagic pulmonary oedema with a progressive reduction of the transparency of both lungs on the chest x-rays (fig. 1) and traces of blood in his tracheal aspirates. Vitamin K was given despite a normal prothrombin time (Quick = 77%). An exploratory flexible bronchoscopy showed no damage of the lung or bronchial system.

His respiratory condition continued to deteriorate. The patient required more oxygen and higher ventilation pressures (fig. 2) by day 10 of life. A second dose of surfactant was administered with no improvement. Tracheal aspirates became grossly bloody. We decided to commence rFVIIa intravenously at the 10th day of life. An initial bolus of 100 µg/kg bodyweight was followed by two hourly doses until the 13th day of life. The interval was then stretched to four hourly and eight hourly for one further day each. After initiation of the treatment, oxygenation improved within 24 hours, and ventilation pressures could be reduced (fig. 2). The tracheal aspirates ceased to show fresh blood.

The patient was successfully extubated and switched to nasal CPAP on the 14th day of life.

Discussion

Conventional treatment of pulmonary hemorrhagic oedema consists of transfusion of fresh red cells, platelets, fresh frozen plasma, vitamin K and therapy of specific bleeding causes and ventilation.

rFVIIa was first successfully administered in 1988 to a patient with severe haemophilia A and allo-antibodies against substituted factor VIII (Heuer et al, 2002). The first report of its use in hemorrhage in a patient without haemophilia was in an injured soldier with uncontrollable bleeding in 1999 (Kenet et al, 1999).

In Switzerland, it has been licensed since 1996 for the treatment of bleeding or for operations of patients with congenital or acquired haemophilia A and B with inhibitors against clotting factor VIII or IX. It is also licensed to treat patients with congenital Factor VII deficiency and for patients with platelet disorders (Glanzmann thrombasthenia) who have antibodies against glycoprotein IIb/IIIa and/or HLA and with no effect of platelet concentrates (Arzneimittelkompendium der Schweiz).

rFVIIa differs from the other clotting-factor biologics in that it starts its action only in an area of damaged tissue.

It is therefore a new principle of action in the therapy of bleedings of different aetiologies (Heuer et al, 2002).

Although the mechanism of action is not completely understood, some studies suggest tissue factor dependent mechanisms and also emphasize the role of factors Xa and IXa on the surface of activated platelets. These studies relate thrombin generation on activated platelets to the high level of rFVIIa binding to the platelet surface. It acts by enhancing the natural coagulation pathway by activation formation of prothrombinase complex, and has a local action only in areas where tissue factor and/or phospholipid are exposed. At pharmacological doses, rFVIIa bypasses conventional steps of the coagulation cascade and directly generates a 'thrombin burst' on the activated platelets at the site of injury which leads to the formation of a very stable and tight fibrin clot. It thereby limits the extent of its activity to areas of injury and thus minimizes the risk of thromboembolic complications.

rFVIIa has a predictable and well-characterized pharmacokinetic profile (half-life of 2,7 hours). Apart from its use in haemophilia rFVIIa it has also been used to control bleeding in traumatic coagulopathies, thrombocytopathies, liver disease, liver transplantation, spontaneous intracerebral hemorrhage and in patients undergoing cardiac surgery (Agarwal et al, 2005).

The effect of rFVIIa on the coagulation system in preterm infants is still unclear. rFVIIa has been used in neonates with umbilical bleeding, pulmonary hemorrhage, post-operative bleeding, bleeding post-cardiac surgery, upper gastrointestinal haemorrhage, intra-abdominal haemorrhage associated with necrotizing enterocolitis, intracranial haemorrhage, giant sarcoctygeal teratoma, subcapsular liver haematoma, factor VII deficiency, liver failure and coagulopathy (Poralla et al, 2009).

There are no therapy guidelines for preterm patients. Evidence based dosing regimes do not exist. Reported dosing regimes differ from 15-400 µg/kg/bolus with a median of 95 µg/kg per bolus. Dosage intervals varied from single dose application to multiple doses given every 3 hours and continuous infusion as well as endotracheal administration. All the regimes induced a reduction in bleeding. In 2006 Huenseler et al. published data from 22 neonates with a median gestational age of 28 weeks (23-42 weeks) and active life-threatening bleedings who received rFVIIa. The average dose of rFVIIa was 95 µg/kg (range 15-200 µg/kg). The number of doses varied from one to 54. 21 of the neonates responded to rFVIIa (95%). In 2011 Dang et al. published a report on 18 preterm infants (median gestational age of 26 weeks) with refractory hemorrhage and treatment with rFVIIa. The neonates received a rFVIIa dose of 90 µg/kg. He showed a response rate of 80% in neonates with pulmonary hemorrhage.

The efficacy of the therapy can only be judged clinically. There is no established laboratory parameter to confirm the response.

High-dose and repetitive administration of rFVIIa may induce thrombotic complications. Puetz et al retrospectively compared the rate of thromboses in 134 neonates who received 30 to 300 µg/kg of rFVIIa for refractory bleeding versus 100 neonates who received FFP transfusions alone to treat coagulopathy. They reported no statistically significant difference in the incidence of thrombotic events between the two groups (7,5 vs. 7%). Based on this data, the potential risk of the treatment seems acceptable in life-threatening situations. Our patient tolerated the therapy with rFVIIa well without any signs of thrombosis or embolism.

Based on our case and the literature reviewed we would recommend an initial treatment with rFVIIa, every 2-3 hours at a dose of 90 µg/kg on day 1; the following dosing regime has to be based on clinical response.

In conclusion, if patients with pulmonary hemorrhagic oedema cannot be stabilized with conventional management, rFVIIa may be an effective additional treatment option that should be discussed early.

References

- Agarwal MB, Patnaik M. Recombinant Activated Factor VII (rFVIIa, NovoSeven®): *Y Assoc Physicians India* 2005; 53:717-720.
- Dang C, Bidegain M et al. Recombinant activated factor VIIa treatment fort refractory hemorrhage in infants. *J Perinatol* 2011; 31(3):188-192.

Heuer L and Blumenberg D. Rekombinater Faktor VIIa. *Anaestbesist* 2002; 51:388-399.

Huenseler C, Kribs A, Eifinger F and Roth B. Recombinant activated factor seven in acute life-threatening bleeding in neonates: report on the three cases and review of literature. *J Perinatol* 2006; 26:706-713.

Kenet G, Walden R, Eldat A, Martinowitz U. Treatment of traumatic bleeding with recombinant factor VIIa. *Lancet* 1999; 354, 9193: 1879.

Monroe D, Hoffmann M, Allen G, Roberts H. The factor VII-platelet inerplay: effectiveness of recombinant factor VIIa in the treatment of bleeding in severe thrombocytopenia. *Semin Thromb Hemost* 2000; 26: 373-377.

Olomu N, Kulkarni R, Manco-Johnson M. Treatment of severe pulmonary hemorrhage with activated recombinant factor VII (rFVIIa) in very low birth weight infants. *J Perinatol* 2002; 22:672-674.

Poralla C, Hertfelder HJ, Oldenburg J, Müller A, Bartmann P, Heep A. Treatment of acute pulmonary haemorrhage in extremely preterm infants with recombinant activated factor VII. *Acta Paediatrica* 2009; 99(2):298-300.

Puetz J, Darling G, Brabec P, Blatny J, Mathew P. Thrombotic events in neonates receiving recombinant factor VIIa or fresh frozen plasma. *Pediatr Blood Cancer* 2009; 53:1074-1078.

Wittenstein B, Ng C, Ravn H, Goldman A. Recombiant factor VII for severe bleeding during extracorporeal membrane oxggenation following open heart surgery. *Pediatr Crit Care Med* 2005; 6:473-476. Figure 1.

Correspondence:

Dr. Silvia Schätzle
Pädiatrische Onkologie und Hämatologie
Kinderspital
Luzerner Kantonsspital
CH-6000 Luzern 16
silvia.schaetzle@luks.ch



Aussicht von Cape Point

Trends in Lung Cancer Survival in Switzerland

Andrea Bordoni, Matthias Lorez, Christine Bouchardy, Bertrand Camey, Daniel Betticher, Silvia Dehler, Oliver Gautschi, Isabelle Konzelmann, Kerri Clough-Gorr and the NICER Working Group⁵

Keywords: Lung Cancer, Relative Survival, Survival, Switzerland

Introduction

Lung cancer is one of the most common cancers in the world, making up 17.1% of all cancers in men and 6.7% in women.¹ In Switzerland, approximately 2,500 and 1,200 new cases are diagnosed each year representing the second and the third most frequent tumour in men and women, respectively.² Worldwide over the past century a rapid increase in lung cancer incidence related to tobacco use has been observed. Smokers are estimated to be at a ten-fold increased risk of developing lung cancer relative to non-smokers. In fact, lung cancer trends reflect closely the patterns of tobacco use in a population. The increase in lung cancer incidence started earlier in men than in women because men started smoking in large numbers much earlier in the 1900's than women. In most developed countries, incidence and mortality rates in recent years have decreased in men but not in women.^{3,4} For ex-

ample in the United States, lung cancer mortality rates in women are now higher than breast cancer mortality rates.⁵ Furthermore, according to the literature non-smokers account for about 15% of lung cancer patients. Non-smoker cases are often attributed to a combination of genetic factors, occupational and environmental exposures (e.g. radon gas, asbestos, air pollution, second hand smoke).⁶ There are differences in type of lung cancer by gender. Adenocarcinoma (AC) has remained the most prevalent tumour among women over the past three decades, with incidence rates increasing slowly over time in many countries including Switzerland.⁷ In contrast, squamous cell carcinoma (SqCC) has historically been the predominant tumour type in men. Incidence of SqCC in men has declined over time and is now similar to that in women, which had remained fairly stable overtime. This gender-specific pattern in type of lung cancer hypothesised to be related to changes in the composition of tobacco products and smoking behaviours (e.g. filters engendering deeper longer inhalation to maintain high levels of nicotine), as well as diagnostic procedures.

Similar to other cancer types, lung cancer prognosis depends on the extent of disease at the time of diagnosis. Lung cancer is one of the most difficult cancers to cure and is often diagnosed at a late stage. Because of these factors, lung cancer has one of the lowest survival and highest mortality rates worldwide. Lung cancer relative survival in Switzerland has been previously reported to be among the highest in Europe according to EURO CARE, a population-based study of cancer survival in European countries.⁸

One of the main objectives of Swiss cancer registries is to provide careful surveillance of trends in cancer survival in order to have comprehensive data for cancer control.

Figure 1: Relative survival curves (crude estimates) with 95% confidence intervals by gender in two calendar periods 1995-1999 and 2005-2009. Male and female lung cancer cases were pooled from eight Swiss cancer registries.

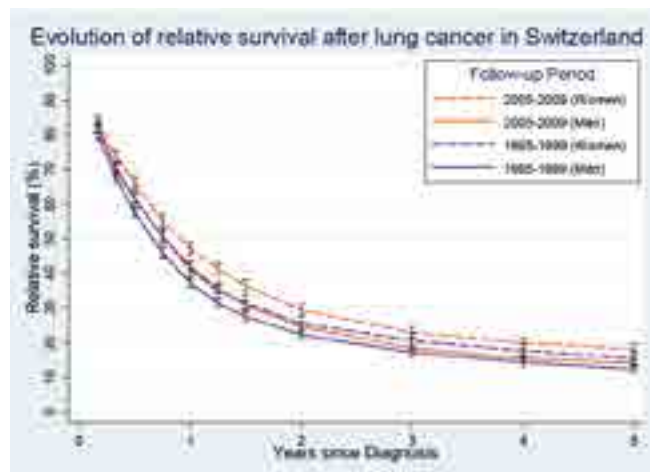
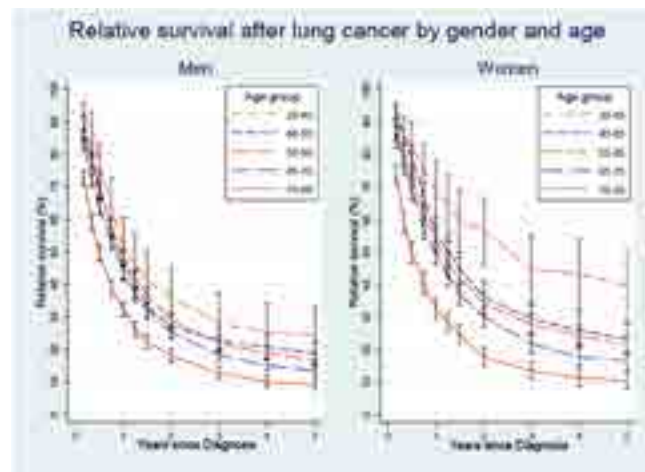


Figure 2: Age- and gender-specific lung cancer relative survival curves with 95% confidence intervals for the calendar period of follow-up 2005-2009. Cases were pooled from eight Swiss cancer registries.



The aim of the present study was to analyse relative and observed one-, three- and five-year survival of patients diagnosed with a lung cancer between 1980 and 2009 in Switzerland.

Methods

Data on lung cancer cases were extracted from the anonymised national cancer dataset managed by the Foundation National Institute for Cancer Epidemiology and Registration (NICER). Eight Swiss cancer registries contributed data to this study representing cantons Basel City and Basel Land (BS/BL), Fribourg (FR), Geneva (GE), Grison and Glarus (GR/GL), St. Gallen, Appenzell Ausserrhoden and Appenzell Innerrhoden (SG/AR/AI), Ticino (TI), Valais (VS) and Zurich (ZH). Registries recorded all incident cancer cases diagnosed in their resident population and assessed cases' survival through 31 December 2009. In four registries (BS/BL 2%, GR/GL 3%, VS 2%, ZH 6%) a small proportion of living cases had a last available follow-up date before 31 December 2009. The life-status of these cases was changed to lost to follow-up. The incidence date refers to the date of confirmation of diagnosis or the date of hospitalization if it preceded the diagnosis and was related to the lung cancer. Completeness of case ascertainment for lung cancer has been determined in GE, GR/GL, SG/AR/AI, TI and VS and found to be higher than the international standard of at least 90% within two years after the date of diagnosis.⁹ We selected cases with primary malignant lung cancer (C33.9 to C34.9 in ICD-O, 3rd edition),¹⁰ aged 20-99 years and diagnosed 1980-2009. For BS/BL the diagnosis period was 1980-2008. All morphologies were included. Lung cancer cases were retained even if preceded by a primary cancer with different topography.¹¹ We excluded all cases diagnosed at death (N=708, 2% of all cases).

Observed (OS) and relative survival (RS) probabilities were derived for consecutive time intervals after diagnosis during which the hazards were assumed to remain constant. Since the hazards are known to decrease more steeply in the first year after diagnosis, we assessed survival probabilities in intervals with increasing length (at 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24, 36, 48 and 60 month after diagnosis). RS was calculated as the ratio of the observed probability of survival of cancer cases and the expected survival of persons in the general population of corresponding age, sex, calendar year of death, and canton (i.e. estimation of mortality due to lung cancer by accounting for competing risk of death).^{12, 13} Expected cancer survival proportions were estimated using Hakulinen's method applied to all-cause mortality tables supplied by the Swiss Federal Statistical Office.¹⁴ Because it is well known that smoking is related to lung cancer and more prevalent among lung cancer

cases, the expected survival is likely to be too high. However, this bias has negligible impact on RS estimates.¹⁵ Probabilities, transformed from age-, sex-, calendar year- and canton-specific death rates, were interpolated and smoothed using the Elandt-Johnson formula.¹⁶ RS ratios were estimated using the `strs` command (version 1.3.7)¹⁷ written for the Stata Statistical Software.¹⁸ Period analysis was used to derive more up-to-date relative survival estimates compared to those possible from traditional cohort analysis.¹⁹ In brief, period analysis describes the survival experience of cases selected by a period of follow-up dates. This is achieved by left truncation of person-times at risk at the beginning of the specified follow-up period in addition to right censoring at its end. For OS and crude RS, 95% confidence intervals (95%CI) were estimated by applying the delta method to a transformation of the cumulative hazard and for age-standardized RS as described in Corazziari et al. (2004).^{20, 21} In addition to crude (non-standardized) estimates, RS estimates were age-standardized using weights specific for lung cancer from the International Cancer Survival Standards (ICCS).²¹ Age groups with (standard weights) were: 20-45 (0.07), 45-55 (0.12), 55-65 (0.23), 65-75 (0.29) and 75-99 (0.29). Age-standardization affected the crude estimates (i.e. all ages combined) only slightly (less than 2%). To test for linear time trends of one- and five-year RS in gender-specific strata, piecewise Poisson regression models for the logarithm of excess number of deaths were fitted as linear functions of the logarithm of person-time, follow-up time (categorical variable), age (categorical variable) and calendar period of follow-up (numeric variable). The p-value for inclusion of calendar period as explanatory variable, based on the Wald test, indicated the significance of a linear trend. Average annual percentage change (AAPC) was estimated as $AAPC = 100 \left(\frac{RS_{lastyear} - RS_{firstyear}}{RS_{firstyear}} \right) \Delta t^{-1}$.

Table 1. Contribution of lung cancer cases to the pooled dataset by eight Swiss cancer registries (CR).

CR regional coverage*	Diagnosis period	Number of Patients		Person-years	% of pooled person-years
		Men	Women		
GE	1980-2009	4291	1852	11481.3	18.1
SG/AR/AI	1980-2009	4553	1334	8579.6	13.6
ZH	1980-2009	11495	4320	21417.0	33.8
BS/BL	1981-2008	4556	1721	10258.0	16.2
GR/GL	1989-2009	1625	518	2737.6	4.3
VS	1989-2009	2022	760	4412.3	7.0
TI	1996-2009	1765	776	3887.1	6.1
FR	2006-2009	352	172	515.9	0.8
Total		30659	11453	63288.8	100.0

*Representing approximately 50% of the total Swiss population.

Table 2: Observed (OS) and age-standardized relative survival (RS) estimates (in %) with 95% confidence intervals (95%CI) by gender and calendar period of follow-up for lung cancer cases pooled from eight Swiss cancer registries.

Gender	Years since diagnosis	Calendar period of death or censoring					
		1995-1999			2005-2009		
		OS	RS*	95%CI	OS	RS*	95%CI
Men	1	35.6	36.6	[35.2, 38.0]	41.4	42.4	[41.0, 43.8]
Women		39.7	40.4	[38.2, 42.7]	47.1	47.8	[46.0, 49.6]
Both		36.8	37.8	[36.6, 38.9]	43.6	44.5	[43.4, 45.6]
Men	3	15.0	16.3	[15.2, 17.5]	17.5	18.7	[17.5, 19.9]
Women		19.0	20.0	[18.1, 21.9]	22.4	23.3	[21.7, 25.0]
Both		16.2	17.5	[16.5, 18.5]	19.3	20.4	[19.5, 21.4]
Men	5	10.0	11.3	[10.3, 12.4]	12.8	14.4	[13.3, 15.5]
Women		13.4	14.6	[12.8, 16.5]	17.0	18.3	[16.7, 19.9]
Both		11.0	12.4	[11.5, 13.3]	14.4	15.9	[15.0, 16.8]

* Age standardized.

Results

Table 1 reports the available years of incidence, the number of lung cancer cases, and the person-years for each individual cancer registry. The pooled data included more than 42'000 lung cancer patients. Table 2 shows the OS and age-standardized RS by gender and 2 calendar periods of follow-up. The age-standardized RS for men and women combined increased for the 1st year after diagnosis from 37.8% (95%CI: 36.6, 38.9) to 44.5% (95%CI: 43.4, 45.6) and for the 5th year after diagnosis from 12.4% (95%CI: 11.5, 13.3) to 15.9% (95%CI: 15.0, 16.8). RS was consistently better in women than men at all time-points after diagnosis and in both calendar periods.

Table 3 shows trends in one- and five-year age-standardized RS after a lung cancer diagnosis in seven successive three-year periods of follow-up. Comparing the first and last calendar periods (1989/1991 versus 2007/2009) for both sexes, we found an increasing linear trend in one- and five-years age-standardized RS from 32.1%, (95% CI; 30.6, 33.7) to 43.9% (95%CI: 42.4, 45.2) and from 10.2%, (95% CI; 9.1, 11.4) to 15.0% (95%CI: 13.9, 16.1), respectively. The AAPC was 1.8% at 1 year and 2.2% at 5 years for both sexes combined. Women had a larger AAPC in one- and five-year lung cancer RS over follow-up than men. Figure 1 displays crude (all ages combined) RS curves for males and females according to two periods, 1995-1999 and 2005-2009.

Figure 2 shows RS by gender and age-group for the last calendar period 2005-2009. Differences in RS by age-group were more marked in females. For both genders RS decreased with advancing age at lung cancer diagnosis.

The better RS among women than among men was particularly marked in the youngest age group (one-year RS at age 20-45 years among women was 69.3% (95%CI: 58.3, 78.0) versus 51.3% (95%CI: 41.1, 60.6) among men. The corresponding results for five-year RS were 39.6% (95%CI: 28.4, 50.5) versus 24.3% (95%CI: 16.4, 33.1), in females and males respectively. RS of men and women over 75 years of age at diagnosis was almost identical (1-year RS was 32.6% (95%CI: 29.5, 35.9) among women versus 32.3% (95%CI: 30.0, 34.7) among men. The corresponding values for 5-year RS was 10.4% (95%CI: 8.0, 13.2) versus 9.1% (95%CI: 7.5, 11.0), in females and males respectively.

Discussion

Lung cancer remains a tumour with low survival probability worldwide.⁸ Regional and international survival differences have been mainly attributed to differences in treatment patterns.²² The data presented herein showed an increasing trend of RS in Switzerland since 1995. Earlier diagnosis and improved treatments (surgery, chemotherapy and radiotherapy) over the study period are plausible explanations for the observed trend. However, since no secondary prevention for lung cancer is implemented in Switzerland we expect little effect of systematic earlier diagnosis on RS. Unfortunately though we were not able to characterize changes in RS related to improved diagnostic procedures and/or patterns of treatments in this study. Surgery is still considered the best choice for treating fit patients with early stage non-small-cell lung cancer (NSCLC). Emphasis on surgical procedures for treatment

Table 3. Trends in age-standardized relative survival (RS) of lung cancer cases in Switzerland for successive three-year calendar periods of follow-up between 1989 and 2009.

Gender	Years since diagnosis	Calendar period of death or censoring							Difference*	AAPC [#]	p-Value [§]
		1989/1991	1992/1994	1995/1997	1998/2000	2001/2003	2004/2006	2007/2009			
		RS (%) [95% CI]	RS (%) [95% CI]	RS (%) [95% CI]	RS (%) [95% CI]	RS (%) [95% CI]	RS (%) [95% CI]	RS (%) [95% CI]			
Men	1	32.4 [30.6, 34.1]	33.5 [31.7, 35.2]	34.3 [32.6, 36.0]	36.2 [34.5, 37.8]	39.9 [38.1, 41.6]	40.5 [38.8, 42.3]	41.6 [39.9, 43.4]	9.2	1.4	< 0.001
Women	1	31.6 [28.4, 34.9]	34.3 [31.4, 37.1]	38.5 [35.7, 41.4]	39.7 [37.1, 42.3]	45.1 [42.6, 47.7]	44.9 [42.5, 47.2]	47.5 [45.2, 49.7]	15.9	2.4	< 0.001
Both	1	32.1 [30.6, 33.7]	33.5 [32.1, 35.0]	35.6 [34.1, 37.0]	37.2 [35.8, 38.6]	41.5 [40.1, 42.9]	42.1 [40.7, 43.5]	43.9 [42.4, 45.2]	11.8	1.8	< 0.001
Men	5	9.7 [8.4, 11.1]	9.3 [8.2, 10.6]	10.4 [9.2, 11.7]	11.4 [10.1, 12.7]	12.2 [11.0, 13.6]	14.5 [13.1, 16.1]	13.1 [11.9, 14.4]	3.4	1.7	0.146
Women	5	11.0 [8.7, 13.6]	11.3 [9.1, 13.8]	14.2 [12.0, 16.6]	14.0 [12.0, 16.2]	16.5 [14.3, 18.8]	16.4 [14.5, 18.4]	18.2 [16.2, 20.2]	7.2	3.1	0.072
Both	5	10.2 [9.1, 11.4]	10.0 [8.9, 11.1]	11.6 [10.5, 12.8]	12.2 [11.2, 13.4]	13.6 [12.5, 14.8]	15.2 [14.1, 16.4]	15.0 [13.9, 16.1]	4.8	2.2	0.032

* Difference in RS between last and first calendar period.

Average annual percentage change.

§ p-Value of Wald test for calendar period as explanatory variable (linear trend test).

of lung cancer may represent an important factor influencing the age-specific survival trends observed in other countries.²³ Similar to other countries, our Swiss analyses also showed an age-specific survival difference with a lower survival probability in older age-groups. Older patients commonly have increased surgical risk due to age-related co-morbidities and functional decline prohibiting a surgical approach. If surgery leads to better outcomes than younger patients being more often judged fit for surgery may at least in part explain the better RS in young patients reported in this study. However, the introduction of less invasive surgical techniques, such as video-assisted thoracoscopic surgery, should increase the proportion of patients in all age-groups undergoing surgical treatments.²⁴ Improved radiotherapy and the recent advent of stereotactic ablative radiotherapy are also valid alternatives to surgery, particularly in patients deemed unfit for surgery. Changes in treatment options over time influence lung cancer survival accordingly future studies are needed too account for changes in treatment patterns.

Furthermore, developments in diagnostics are also directly influencing treatment decision-making. Over the past few years, the emergence of targeted or combination treatment strategies have created new demands on histopathological diagnostics. It is now recognised that the efficacy and toxicity of some new drugs are related to the specific histological type of the tumour. Consequently, the exact determination of histological type by a pathologist has become an essential part of adequate clinical decision-making. In this context, a recent study performed in Southern

Switzerland showed an association between the integration of conventional histomorphological analysis with an immunohistochemical panel (including markers of squamous p63, cktokeratin CK5/6, and glandular TTF-1, CK7 cell differentiation), allowing more accurate identification of histotype.²⁵ Remarkably, this approach reduces the proportion of lung cancers diagnosed as NSCLCs thus improving the quality of treatment decision-making. The described change in the diagnostic procedure may have influenced the incidence and survival distribution by different histotypes of lung cancer.²⁵

The higher survival probability observed in women compared to men in this study is consistent with reports from other countries (diagnosed before 2000)²⁶ and those previously reported in GE (diagnosed before 1990).²⁷ This gender-specific difference may at least in part be related to the different histological distribution of lung tumours between men and women. For instance, it is known that AC has better RS and represents a more frequent histotype in women. Whereas SqCC and SCLC, with lower RS, are more frequently diagnosed histotypes in men.²⁵ Additionally, a study of women with a previous breast cancer in GE (compared with expected outcomes in the general population) showed breast cancer patients receiving anti-estrogen treatment for their breast cancer had lower lung cancer mortality. This study's finding suggest that oestrogens may modify carcinogenesis of lung cancer and potentially influence survival as well.²⁸

In conclusion, we observed over the study period an overall increase in lung cancer RS. These population-based re-

sults reflect expected progress in treatment modalities and Improvements in diagnosis. Additional studies on lung cancer survival in Switzerland are needed that account for stage at diagnosis, method of diagnosis, histological type, and treatment patterns over time. Importantly, increased RS over the study period does not diminish the need for improvement, including public health strategies for decreasing exposure to known risk factors (particularly smoking), occupational and environmental exposure and/or implementation of scientifically proven effective screening strategies for high-risk populations.

References

1. Ferlay J et al., GLOBOCAN 2008. Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10. 2008, Lyon: International Agency for Research on Cancer.
2. Cancer in Switzerland. Situation and Development from 1983 up to 2007. Publishers: Federal Statistical Office (FSO), Foundation National Institute for Cancer Epidemiology and Registration (NICER) and Swiss Childhood Cancer Registry (SKKR). Ordering Nr. 1177-1000.
3. Levi F, Lucchini F, Negri E and La Vecchia C (2003). The end of the tobacco-related lung cancer epidemic in Europe. *JNCI* 95 (8), 631-632.
4. Levi F, Bosetti C, Fernandez E, Hill C, Lucchini F, Negri E and La Vecchia C (2007). Trends in lung cancer among young European women: the rising epidemic in France and Spain. *Int J Cancer* 121 (2): 462-5
5. <http://www.cancer.org/Research/CancerFactsFigures/index>
6. Boyle P and Levin B. World Cancer Report 2008. 2008, Lyon: International Agency for Research on Cancer.
7. Levi F, Franceschi S, La Vecchia C, Randimbison L and Te VC (1997). Lung carcinoma trends by histologic type in Vaud and Neuchâtel, Switzerland, 1974-1994. *Cancer* 79 (5): 906-14
8. Brenner H, Francisci S, de Angelis R, Marcos-Gragera R, Verdecchia A, Gatta G, Allemani C, Ciccolallo L, Coleman M and Sant M; EUROCARE Working Group (2009). Long-term survival expectations of cancer patients in Europe in 2000-2002. *Eur J Cancer* 45 (6): 1028-41.
9. Lorez M, Bordoni A, Bouchardy C, Ess S, Frick H and Konzelmann I (2012). Completeness of case ascertainment in Swiss cancer registration. (in preparation).
10. International Classification of Diseases for Oncology (2000). Third Edition. World Health Organization, Geneva.
11. Rosso S, De Angelis R, Ciccolallo L, Carrani E, Soerjomataram I, Grande E, Zigon G, Brenner H and the EUROCARE Working Group (2009). Multiple tumours in survival estimates. *Eur J Canc* 45, 1080-1094.
12. Berkson and Gage (1950). Calculation of survival rates for cancer. *Proc Mayo Clinic*, 25, 270-286.
13. Ederer F, Axtell LM and Cutler SJ (1961). The relative survival: a statistical methodology. *Natl Cancer Inst Monogr* , 6, 101-121.
14. Hakulinen T (1982). Cancer survival corrected for heterogeneity in patient withdrawal. *Biometrics*, 38, 933-942.
15. Hinchliffe SR, Rutherford MJ, Crowther MJ, Nelson CP and Lambert PC (2012). Should relative survival be used with lung cancer data? *Br J Cancer* 106, 1854-1859.
16. Elandt-Johnson RC and Johnson NL (1980). *Survival Models and Data Analysis*, New York: John Wiley & Sons.
17. Dickman PW, Coviello E and Hills M. Estimating and modelling relative survival. *The Stata Journal*. (in press)
18. Data Analysis and Statistical Software (STATA) (2011). Version 12. College Station, TX, StataCorp LP.
19. Brenner H and Gefeller O (1996). An alternative approach to monitoring cancer patient survival. *Cancer*, 78, 2004-2010.
20. Dickman P (2010). Standard errors of observed and relative survival in str. http://www.pauldickman.com/rsmodel/stata_colon/. Web. 14. Aug 2012
21. Corazziari I, Quinn M and Capocaccia R (2004). Standard cancer patient population for age standardising survival ratios. *Eur J Cancer* 40, 2307-16.
22. Wouters MW, Siesling S, Jansen-Landheer ML, Elferink MA, Belderbos J, Coebergh JW and Schramel FM (2010). Variation in treatment and outcome in patients with non-small cell lung cancer by region, hospital type and volume in the Netherlands. *Eur J Surg Oncol*. 36 Suppl 1: S83-92.
23. Van der Drift MA, Karim-Kos HE, Siesling S, Groen HJ, Wouters MW, Coebergh JW, de Vries E and Janssen-Heijnen ML (2012). Progress in standard of care therapy and modest survival benefits in the treatment of non-small cell lung cancer patients in the Netherlands in the last 20 years. *J Thorac Oncol*. 7(2): 291-8.
24. Haasbeek CJ, Palma D, Visser O, Lagerwaard FJ, Slotman B and Senan S (2012). Early-stage lung cancer in elderly patients: A population-based study of changes in treatment patterns and survival in the Netherlands. *Ann Oncol*. May 2 [Epub ahead of print]
25. Bordoni A, Bongiovanni M, Mazzucchelli L and Spitale A (2011). Impact of histopathological diagnosis with ancillary immunohistochemical studies on lung cancer subtypes incidence and survival: a population-based study. *J Cancer Epidemiol.*;2011:275758. Epub 2011 Dec 29.
26. Bouchardy C., G. Fioretta, et al. (1999). «Determinants of long term survival after surgery for cancer of the lung: A population-based study.» *Cancer* 86(11): 2229-2237.
27. Sant, M., C. Allemani, et al. (2009). «EUROCARE-4. Survival of cancer patients diagnosed in 1995-1999. Results and commentary.» *Eur J Cancer* 45(6): 931-991.
28. Bouchardy C, Benhamou S, Schaffar R, Verkooijen HM, Fioretta G, Schubert H, Vinh-Hung V, Soria JC, Vlastos G and Rapiti E (2011). Lung cancer mortality risk among breast cancer patients treated with anti-estrogens. *Cancer* 117 (6): 1288-95.

* For additional information on lung cancer in Switzerland please see the NICER website <http://nicer.org/default.aspx?NavigationID=42>

§Members of the NICER Working Group for these analyses included: Basel - G. Jundt, Fribourg - B. Camey, Geneva - C. Bouchardy, Grison/Glarus - H. Frick, St. Gallen/Appenzell - S. Ess, Ticino - A. Bordoni, Valais - I. Konzelmann, Zurich - S. Dehler.

See also Schweizer Krebsbulletin 2/2012, main topic «Lung Cancer», p. 107-122



Correspondence:

Matthias Lorez, PhD, Biostatistician
National Institute for Cancer Epidemiology
and Registration (NICER)
University of Zürich, Seilergraben 49
CH-8001 Zürich
ml@nicer.org

Mehr Transparenz und bessere Qualität
für Brustkrebspatientinnen

Brustzentren in Basel und St. Gallen mit Qualitätslabel ausgezeichnet

Kurt Bodenmüller, Krebsliga Schweiz

Vor rund zwei Jahren wurde das Projekt lanciert, nun wurde ein Meilenstein erreicht: Die Krebsliga Schweiz (KLS) und die Schweizerische Gesellschaft für Senologie (SGS) haben Ende Juni 2012 in Bern das Brustzentrum des Universitätsspitals Basel und das Brustzentrum St. Gallen (Kantonsspital St. Gallen/Spital Grabs) mit ihrem Qualitätslabel ausgezeichnet. Das Zertifikat steht für die bestmögliche Behandlung und Betreuung von Frauen mit Brustkrebs und soll langfristig die Transparenz und Qualität der medizinischen Versorgung fördern.

«Heute ist ein spezieller Tag», zeigte sich PD Dr. med. Christoph Rageth, Präsident der SGS, erfreut. «Nach jahrelangen, intensiven Diskussionen um die knapp 100 Qualitätskriterien, die ein Brustzentrum in der Schweiz erfüllen muss, um unser Qualitätslabel zu erlangen, können wir heute die ersten zwei Zentren nach Schweizer Richtlinien auszeichnen. Diese berücksichtigen – im Gegensatz zu den bereits bestehenden ausländischen Zertifikaten, über die fünf Schweizer Brustzentren (Tessin, Aarau, Zürich, Baden und Luzern) verfügen – die spezifischen Strukturen in der Schweiz».

Die Vorarbeiten für dieses Projekt begannen bereits vor über fünf Jahren – zunächst jedoch fernab der Öffentlichkeit im Kreis der beteiligten medizinischen Fachgesellschaften. Basis waren die im Jahr 2000 von der EUSOMA (die europäische Gesellschaft der Brustkrebspezialistinnen und -spezialisten) aufgestellten Qualitätskriterien für die Behandlung und Betreuung von Frauen mit Brustkrebs.

Vor über zwei Jahren hat die KLS gewissermassen die Patenschaft für das Qualitätslabel übernommen. Auslöser war nicht zuletzt eine Studie der Schweizer Krebsregister, deren Befund aufhorchen liess: Wie gut eine Patientin mit Brustkrebs in der Schweiz behandelt wird, ist unter anderem abhängig davon, in welcher Region und in welcher Institution sie betreut wird. «Dieses Resultat war für uns ausschlaggebend, hier aktiv zu werden», betonte Prof. Dr. med. Jakob R. Passweg, Präsident der KLS.

«Wir wollen mit dem Label Brustkrebspatientinnen eine Orientierungshilfe bieten und einen Beitrag dazu leisten, dass Betroffene überall in unserem Land die bestmögliche Betreuung und Behandlung erhalten. Unser Label sorgt für die notwendige Transparenz und bürgt für die Einhaltung der hohen Qualitätsanforderungen.»

Für die professionelle Vorbereitung und Durchführung des Zertifizierungsprozesses zeichnet die Stiftung sana-CERT suisse in Zusammenarbeit mit der KLS und mehreren Expertinnen und Experten unterschiedlicher Fachrichtungen verantwortlich. Gute Noten bescheinigte dem Qualitätslabel die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), die letztes Jahr Empfehlungen für die Zertifizierung im medizinischen Kontext veröffentlicht hat. Die zuständige Kommission der SAMW verlieh dem Label insgesamt das Prädikat «sehr gut».

«Qualität muss für die Patientin fühlbar und wahrnehmbar sein. Für uns Ärzte und Pflegenden muss sie transparent und messbar sein. Und aus gesundheitspolitischer Sicht muss Qualität verbindlich und für die Patientin erreichbar sein. Dazu ist das von der SGS und der KLS geschaffene Qualitätslabel bestens geeignet.» fasste Prof. Dr. med. Beat Thürlimann, Chefarzt und Leiter des Brustzentrums St. Gallen, des ersten der zwei nun zertifizierten Zentren, Sinn und Zweck des Labels zusammen.

Prof. Dr. med. Christoph Rochlitz, Chefarzt Onkologie und Leiter des Brustzentrums am Universitätsspital Basel, dem zweiten ausgezeichneten Zentrum, ergänzte: «Diese Zertifizierung unterstützt uns im Bestreben, die Prozesse und die Zusammenarbeit innerhalb unseres Zentrums laufend zu verbessern, wovon letztlich die Hauptbetroffenen – unsere Patientinnen – profitieren. Das Label macht die Qualität unserer Arbeit sichtbar und glaubwürdig.»



Auszeichner und Ausgezeichnete: Jakob R. Passweg, Christoph Rochlitz, Beat Thürlimann und Christoph Rageth (v.l.n.r.)

Weitere Brustzentren, die das Qualitätslabel erlangen, dürften in naher Zukunft folgen. Bereits wurden weitere Audits geplant und neue Bewerbungsdossiers geprüft. Die nächste Ausschreibungsrunde ist für Oktober 2012 vorgesehen.

Weitere Informationen: www.krebsliga.ch/q-label

Korrespondenz:

Kurt Bodenmüller
Kommunikationsbeauftragter Wissenschaftliches Sekretariat
Krebsliga Schweiz
kurt.bodenmueller@krebsliga.ch

Das Qualitätslabel für Brustzentren

Hintergrund für die Lancierung des Labels sind einerseits die grossen Fortschritte in der Diagnostik und der Behandlung von Brustkrebs. Diese haben zur Folge, dass die Behandlung von Frauen mit Brustkrebs komplexer geworden ist und spezialisiertes Wissen voraussetzt. An der Behandlung von betroffenen Frauen sollte daher idealerweise bereits bei Therapiebeginn ein interdisziplinär zusammengesetztes Team beteiligt sein, dem Fachpersonen aus der Pathologie, der Radiologie, der Onkologie, der Chirurgie/Gynäkologie, der Radioonkologie etc. angehören, wie sie auch in der SGS vereinigt sind. Zudem wird seit einigen Jahren den psychischen und sozialen Konsequenzen einer Krebserkrankung mehr Beachtung geschenkt. Dies zeigt sich in der Betreuung durch sogenannte «Breast Care Nurses» und durch den Einbezug von Psychoonkologen.

Die sogenannte «Pattern of Care»-Studie der Krebsregister hat gezeigt, dass es in der Behandlung von Frauen mit Brustkrebs in der Schweiz regionale Unterschiede gibt [1]. Aus der Studie ging auch hervor, dass Frauen eher gemäss den aktuellen Therapieempfehlungen behandelt werden, wenn das Team eine grosse Anzahl Patientinnen betreut, und wenn sich die Institution an klinischen Forschungsprojekten beteiligt. Eine Studie in Deutschland zeigte, dass die Definition von Qualitätsstandards und das Messen derselben zu Verbesserungen in Diagnostik und Therapie führen können [2]. Eine weitere Studie in Deutschland zeigte, dass Frauen, welche in zertifizierten Brustzentren behandelt wurden, eine bessere Prognose hatten als Frauen, welche nicht in zertifizierten Brustzentren behandelt wurden [3]. Vergleichbare Resultate konnten auch im Zusammenhang mit der Stammzellentransplantation bei Erkrankungen des blutbildenden Systems beobachtet werden [4].

Grundlage für das Label bildet ein Kriterienkatalog, der von der SGS in Anlehnung an die Kriterien der EUSOMA (European Society of Breast Cancer Specialists) erarbeitet worden ist. Bei der Anpassung der EUSOMA-Kriterien wurde den Schweizer Gegebenheiten Rechnung getragen. Der SGS-Kriterienkatalog umfasst rund 100 Punkte zu Bereichen wie Zusammensetzung und Fachkompetenzen des Behandlungsteams, Minimalfallzahlen, Verfügbarkeit von Behandlungsleitlinien, apparative Ausstattung des Brustzentrums oder Anforderungen hinsichtlich der Information der Patientin.

Folgende Ziele streben die KLS und die SGS an. Das Qualitätslabel soll

- die Qualität der Behandlung und Betreuung von Frauen mit Brustkrebs fördern,
- den ausgezeichneten Brustzentren von unabhängiger Seite bescheinigen, dass sie klar definierte Qualitätsanforderungen erfüllen,
- die Transparenz bezüglich des Angebots der zertifizierten Zentren erhöhen,
- betroffenen Frauen eine Orientierungshilfe bieten.

Zu den Kriterien gehören unter anderem folgende Punkte:

- eine jährliche Mindestzahl behandelter Patientinnen,
- ein interdisziplinär zusammengesetztes Behandlungs- und Betreuungsteam,
- die Besprechung jedes einzelnen Falls in einem Tumorboard, einem interdisziplinären Treffen der Experten,
- Richtlinien für die Diagnostik und die Behandlung,
- eine geregelte Nachsorge für die Patientinnen nach abgeschlossener Therapie.

Referenzen

1. Ess S et al, Cancer Epidem 2010; 116–21
2. Brucker SY et al, Strahlenther Onkologie 2011; 89–99
3. Beckmann MW et al, Onkologie 2011; 362–367
4. Gratwohl A et al, J Clin Onc 2011; 29(15):1980–86

Neue Kinder- und Jugendangebote Cancerline – der Chat für junge Menschen zu Krebs



Cordula Sanwald, Kommunikationsbeauftragte
Krebsliga Schweiz



Sabine Jenny

Jährlich erkranken rund 37 000 Erwachsene in der Schweiz an Krebs. In ihrer Umgebung leben junge Menschen, die unweigerlich mit dem Thema in Berührung kommen. Die Krebsliga Schweiz hat deshalb die Cancerline, den ersten Chat für Kinder und Jugendliche zum Thema Krebs, lanciert. Ein Gespräch mit Sabine Jenny, Programmmleiterin des Krebsinformationsdienstes der Krebsliga Schweiz.

Frau Jenny, wollen Kinder und Jugendliche ausgerechnet zum Thema Krebs chatten?

Sabine Jenny: Das hoffen wir. Junge Menschen sind es ja gewöhnt, sich im Netz zu Themen auszutauschen, die sie bewegen. Mit Krebs werden sie oft konfrontiert. Direkt, wenn sie selber erkranken oder ein Familienmitglied die Diagnose erhält. Aber auch indirekt, denn vielfach hören sie den Begriff in Zusammenhang mit einer Charityaktion, für die sich eines ihrer Idole engagiert. Oder sie erfahren aus den Medien etwas Aktuelles zu Krebs, über Sonnenschutz, Deodorants oder Krebsmedikamente.

Können Eltern Fragen dazu nicht beantworten?

Wir wissen, dass Kinder und Jugendliche zum Thema Krebs von Erwachsenen häufig ausweichende Antworten erhalten. Das ist verständlich, denn Krebs ist ein belastendes und sehr komplexes Thema. Umso mehr, wenn Angehörige betroffen sind. Wenn junge Menschen aber allein gelassen werden, greifen sie auf das Internet zu und finden dort eine Fülle ungeprüfter Informationen. Wir wollen dazu beitragen, dass Kinder und Jugendliche altersgerechte Antworten erhalten und besser mit Fragen zur Krankheit Krebs umgehen können. Ob dies einem realen Bedürfnis entspricht, wird sich im Verlauf des vorerst nur deutschsprachigen Pilotprojekts zeigen.

Welche Altersgruppe sprechen Sie an?

Aufgrund von Studien über das Internet-Nutzungsverhalten junger Menschen haben wir den Schwerpunkt auf die 10- bis 18-Jährigen gelegt.

Was kann die Beratung via Chat leisten?

Unsere Beraterinnen sind Fachpersonen mit viel Erfahrung. Sie haben ein feines Gespür für tieferliegende Ängste und Fragen, die erst im Lauf eines Gesprächs zum Vorschein kommen. Gerade bei Kindern und Jugendlichen ist es sehr wichtig, genau hinzuhören und Rückfragen zu stellen. Der Chat gibt ihnen die Möglichkeit, schnell und individuell auf die Fragen der jungen Leute einzugehen. Das ist für diese Anspruchsgruppe zentral.

Die Cancerline ist nur drei Mal in der Woche für zwei Stunden geöffnet.

Wenn der Chat geschlossen ist, kann man uns ein Mail schreiben. Auch das Krebstelefon ist die ganze Woche erreichbar. Gerade für Kinder und Jugendliche ist unser Rückruf-Service geeignet. Sie schicken uns ein Mail mit ihrer Telefonnummer und wir rufen zurück. All diese Informationen finden sie auf der Chat-Eingangsseite.

Worin besteht die grösste Herausforderung für dieses Projekt?

Kinder und Jugendliche überhaupt auf dieses Angebot aufmerksam zu machen. Wir werden viele Kommunikationskooperationen suchen, sind aber vor allem auf die Unterstützung von Personen angewiesen, die professionell mit Kindern und Jugendlichen zu tun haben: auf Ärzte und Ärztinnen, auf Pflegende und Beratende im Kinder-, Jugend- und Familienbereich. Es ist besonders wertvoll, wenn sie auf das neue Unterstützungsangebot hinweisen.

*Cancerline: Montag, Dienstag 16–18 Uhr,
Mittwoch 14–16 Uhr, www.krebsliga.ch/cancerline*

Neue Kinder- und Jugendseiten, www.krebsliga.ch/teens

Neuer Flyer für Eltern und Lehrpersonen: «Krebskrank: Wie sagt man es den Kindern?» www.krebsliga.ch/broschueren.

Le chat Cancerline: un projet pilote pour les jeunes en allemand

Les enfants et les adolescents sont confrontés au cancer de multiples façons. Souvent, les adultes peinent à trouver des réponses simples à leurs questions. Or, livrés à eux-mêmes et perdus dans la masse d'informations non vérifiées qui circulent sur internet, les jeunes risquent de développer des sentiments d'angoisse ou de culpabilité. S'ils ne se sentent pas pris au sérieux, ils peuvent même éprouver de la colère.

Avec *Cancerline*, le chat sur le cancer, et sa nouvelle page électronique à l'intention des enfants et des adolescents, la

Ligue suisse contre le cancer entend leur proposer une plateforme pour mieux gérer les situations stressantes liées à la maladie. Pour le moment, la *Cancerline* est un projet pilote en langue allemande. Trois jours ouvrables par semaine, les conseillères de la Ligne InfoCancer répondent en temps réel à toutes les questions qui préoccupent les jeunes.

Cancerline: www.krebsliga.ch/cancerline, lundi, mardi: 16-18 heures, mercredi 14-16 heures. Pages en allemand à l'intention des enfants et des adolescents.



«Gemeinsam gegen Brustkrebs»: Angehörige leisten wertvolle Unterstützung

Alljährlich erkranken in der Schweiz rund 5500 Frauen und 40 Männer neu an Brustkrebs. Ist der erste Schock der Diagnose einmal überwunden, sind die Betroffenen mit verschiedenen Behandlungsphasen konfrontiert. In den meisten Fällen sind sie dabei froh um Unterstützung durch ihre Nächsten, da ihr Leben völlig aus den Fugen gerät. Häufig sind es der Partner, die Partnerin und/oder die Kinder, welche den betroffenen Frauen zur Seite stehen und sie begleiten. Ihr Engagement im Alltag und ihre emotionale Unterstützung sind eine grosse Leistung und brauchen viel Energie und Durchhaltevermögen. Dieses aussergewöhnliche Engagement will die Krebsliga anlässlich der Kampagne «Gemeinsam gegen Brustkrebs» im Oktober 2012 thematisieren und würdigen.

Prominente Männer zeigen sich solidarisch

Im Oktober zeigen sich prominente Botschafter an der Seite einer ihnen nahestehenden Frau auf Plakaten, die in fünf grossen Schweizer Städten und in öffentlichen Verkehrsmitteln der ganzen Schweiz zu sehen sein werden. Bernhard Russi posiert in Begleitung seiner Tochter, Heinz Frei mit seiner Ehefrau, Franco Marvulli mit seiner Mutter, Sergej Aschwanden mit seiner Frau und Massimo Busacca auf zwei Sujets einmal mit seiner Frau und einmal mit Alba Masullo, der Geschäftsführerin der Tessiner Krebsliga. Gemeinsam rufen sie zu Solidarität mit von Brustkrebs betroffenen Frauen und ihren Angehörigen auf.

Eine 1000 km lange Solidaritätsschleife bahnt sich durch die Schweiz

Die rosa Schleife ist das internationale Zeichen für die Solidarität mit Frauen, die von Brustkrebs betroffen sind. Im Oktober lädt die Krebsliga die Bevölkerung ein, eine 1000 Kilometer lange, virtuelle Solidaritätsschleife durch die ganze Schweiz zu ziehen. Geschmückt mit einer rosa Ansteckschleife kann jeder und jede ein Teilstück der Schleife mit eigener Körperkraft – zu Fuss, mit dem Velo, auf Inline Skates etc. – zurücklegen und ein Foto davon auf der Webseite www.krebsliga.ch/brustkrebs hochladen oder an die Krebsliga einsenden: per Email: brustkrebs@krebssliga.ch oder per Post: Krebsliga Schweiz, Stichwort Brustkrebs, Postfach 8219, 3001 Bern. Jedes Foto ist ein wichtiges Element zur Gestaltung der virtuellen Solidaritätsschleife, welche die ganze Schweiz durchqueren wird.

Neu im Krebsliga-Shop: Broschüre zu Bauchspeicheldrüsenkrebs Sozialversicherungsleitfaden 2012 für Fachpersonen

Cordula Sanwald, Kommunikationsbeauftragte Krebsliga Schweiz

Das Angebot an Informations- und Ratgeberbroschüren der Krebsliga ist gross und wächst von Jahr zu Jahr. Jetzt liegen zwei aktuelle Produkte vor.

Rund 50 Titel, jeweils in den Sprachen Deutsch, Französisch und Italienisch, umfasst die Palette der Krebsliga-Publikationen und jährlich kommen neue Titel hinzu. Alle drei bis fünf Jahre überarbeitet das Redaktionsteam bestehende Broschüren und garantiert damit deren Aktualität. Bis zu 35 Produkte werden so jährlich auf den neuesten Stand gebracht.

Ein Beispiel dafür: der Sozialversicherungsleitfaden für Fachpersonen, für dessen inhaltliche Überarbeitung erneut Autor Georges Pestalozzi-Seger, Fürsprecher und Gesamtleiter des Rechtsdienstes von Integration Handicap, verantwortlich zeichnet.

«Chronisch krank – was leisten die Sozialversicherungen?»



Das ausführliche Nachschlagewerk der Krebs-, Lungen- und Rheumaliga Schweiz sowie der Schweizerischen Diabetes-Gesellschaft gibt kompetent und praxisbezogen Antworten auf sozialversicherungsrechtliche Fragen, die sich bei chronischen Erkrankungen stellen und befasst sich unter anderem auch mit krebsspezifischen Problemstellungen.

«Chronisch krank – was leisten die Sozialversicherungen?» richtet sich an Sozialarbeitende, Ärztinnen und Ärzte, andere medizinische Fachpersonen sowie an Selbsthilfeorganisationen und Betroffene. Der Ratgeber umfasst die Themenkreise medizinische Behandlung, ambulante Pflege, Hilfsmittel und Behandlungsgeräte, Rehabilitationsmassnahmen,

Erwerbsausfall/Taggelder, Invalidenrente/Ergänzungsleistungen sowie Ansprüche der Hinterlassenen und enthält zahlreiche nützliche Adressen.

Broschüre zu Bauchspeicheldrüsenkrebs

Neu im Sortiment ist die Broschüre «Bauchspeicheldrüsenkrebs». Unter diesem Stichwort werden verschiedene Krebskrankheiten des Pankreas zusammengefasst. Die Publikation widmet sich der häufigsten Form: den exokrinen Pankreaskarzinomen. Rund 95 Prozent der Bauchspeicheldrüsenkarzinome entstehen aus



den sogenannten exokrinen Drüsenzellen, die Verdauungssäfte produzieren. Die eher seltenen neuroendokrinen Tumoren (NET) des Pankreas werden nur kurz gestreift. Allerdings erhalten Betroffene wichtige Hinweise, wo und wie sie sich über diese Erkrankung informieren können.

Verständlich legt die Broschüre die vielfältigen Funktionen der Bauchspeicheldrüse dar und erläutert, wie sich die verschiedenen Formen von Bauchspeicheldrüsenkrebs unterscheiden. Sie beschreibt die Diagnosestellung und den Untersuchungsverlauf, erklärt die verschiedenen Operationsverfahren sowie ergänzende Therapiemöglichkeiten und geht auf den Umgang mit Krankheits- und Therapiefolgen wie Schmerzen oder Ernährungsprobleme ein. Weiterführende Hinweise auf die Nachsorge und Rehabilitation, auf Beratungsangebote, Adressen von Beratungsstellen, hilfreiche Links und Literatur runden den Inhalt ab.

Nouvelles parutions de la Ligue contre le cancer: Brochure sur le cancer du pancréas Guide pratique des assurances sociales 2012 pour les professionnels

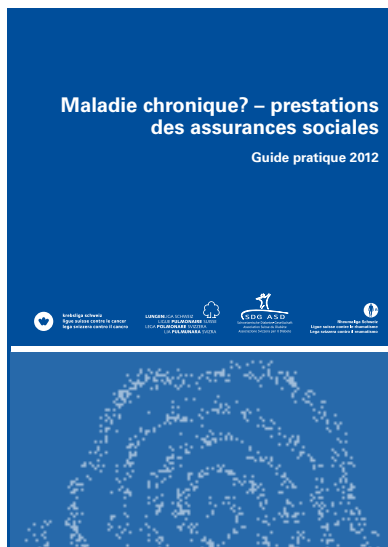
Cordula Sanwald, chargée de communication, Ligue suisse contre le cancer

La Ligue contre le cancer propose un vaste choix de brochures d'information et de conseil qu'elle complète d'année en année. Coup d'œil sur deux nouvelles publications.

Fort de près de 50 titres diffusés en français, en allemand et en italien, l'éventail de publications de la Ligue contre le cancer s'élargit d'année en année. Tous les trois à cinq ans, l'équipe de rédaction adapte les brochures existantes pour les mettre à jour; jusqu'à 35 documents sont ainsi actualisés chaque année.

Le guide pratique des assurances sociales à l'usage des professionnels en est un bon exemple. Il vient d'être révisé par Georges Pestalozzi-Seger, avocat et responsable du service juridique d'Intégration Handicap.

«Maladie chronique – Prestations des assurances sociales»



Edité par la Ligue suisse contre le cancer, la Ligue pulmonaire suisse, la Ligue suisse contre le rhumatisme et l'Association suisse du diabète, cet ouvrage de référence très complet apporte des réponses expertes et pratiques aux questions d'assurances qui se posent lors de maladies chroniques. Il traite notamment de problèmes spécifiques liés au cancer. Destiné aux travailleurs sociaux, aux médecins, aux autres professionnels de la santé ainsi qu'aux organisations d'entraide et aux personnes touchées, il aborde les thèmes suivants: traitements médicaux, soins ambulatoires, moyens auxiliaires et thérapeutiques,

mesures de réadaptation, perte de gain/indemnités journalières, rente invalidité/prestations complémentaires et droits des survivants; on y trouve également de nombreuses adresses utiles.

Brochure sur le cancer du pancréas

Autre nouveauté dans l'assortiment: la brochure «Le cancer du pancréas». Si cette expression recouvre différentes affections cancéreuses du pancréas, la publication de la Ligue est consacrée à la forme de cancer pancréatique la plus fréquente: le carcinome du pancréas exocrine. Près de 95% des cancers du pancréas se développent en effet dans les cellules glandulaires exocrines, qui sécrètent les sucs digestifs. La brochure n'aborde que brièvement les tumeurs neuroendocrines du pancréas, qui sont rares; les personnes touchées y trouveront toutefois des indications utiles pour s'informer sur cette maladie.

La brochure expose dans un langage clair les diverses fonctions du pancréas. Elle explique en quoi les différentes formes de cancer du pancréas se différencient et décrit les examens nécessaires pour poser le diagnostic. Elle détaille les différentes techniques opératoires et les possibilités thérapeutiques et aborde les suites de la maladie et des traitements telles que douleurs ou difficultés alimentaires. Des informations sur le suivi, la réadaptation et l'offre de conseils complètent le tableau, de même qu'une liste d'adresses, de liens et d'ouvrages utiles.



Bestellungen der Broschüre «**Bauchspeicheldrüsenkrebs**» im Shop der Krebsliga Schweiz unter: www.krebsliga.ch/1066, www.krebsliga.ch/broschueren oder Telefon 0844 85 00 00. Diese und andere Broschüren stehen zudem als pdf zum Herunterladen sowie als blätterbare Online-Version zur Verfügung.

Der 206 Seiten starke, gedruckte Leitfaden «**Chronisch krank – Was leisten die Sozialversicherungen 2012**» kann zum Preis von 25 Franken zuzüglich Versandkosten bestellt werden bei: shop@krebisliga.ch oder unter der Telefonnummer 0844 85 00 00. In den Jahren, in denen der Leitfaden nicht neu aufgelegt wird, wird ein Merkblatt mit aktuellen Änderungen erstellt, das jenen Personen zugestellt wird, die den gedruckten Leitfaden bezogen haben. Die Broschüre steht darüber hinaus auf den Webseiten der Krebs-, Lungen- und Rheumaliga Schweiz sowie der Schweizerischen Diabetes-Gesellschaft auch als Download zur Verfügung. Das pdf wird jährlich aktualisiert.

La version imprimée du guide pratique des assurances sociales 2012, longue de 206 pages, peut être commandée au prix de 25 francs, plus frais d'expédition, à l'adresse boutique@liguecancer.ch ou en appelant le 0844 85 00 00. Les années où le guide n'est pas réédité, une notice contenant les dernières modifications est envoyée aux personnes qui ont commandé la version imprimée.

La brochure peut également être téléchargée aux pages internet de la Ligue suisse contre le cancer, de la Ligue pulmonaire suisse, de la Ligue suisse contre le rhumatisme et de l'Association suisse du diabète; la version pdf est actualisée chaque année.

Commandes de la brochure sur le **cancer du pancréas** à la boutique de la Ligue suisse contre le cancer sous: www.liguecancer.ch/broschures ou par téléphone au 0844 85 00 00. Cette brochure peut également, comme beaucoup d'autres, être téléchargée au format pdf ou feuilletée en ligne. La brochure «Le cancer du pancréas» sera disponible à la boutique en ligne de la Ligue contre le cancer dès novembre 2012.



ligue contre le cancer

Unis contre le cancer du sein 

«Unis contre le cancer du sein»: les proches sont un précieux soutien

Chaque année en Suisse, 5500 femmes et 40 hommes reçoivent un diagnostic de cancer du sein. Passé le choc de la nouvelle, la personne devra passer par les différentes phases de la prise en charge. Dans la plupart des cas, cette personne sera reconnaissante du soutien qu'elle reçoit, car son quotidien sera bouleversé en tous points. Souvent un mari, un partenaire, une partenaire ou/et un enfant accompagne et soutient la personne touchée. Leur investissement pratique et émotionnel est important et demande beaucoup d'énergie et d'endurance. La Ligue contre le cancer souhaite mettre en lumière et montrer la mesure de cet engagement exceptionnel en octobre à l'occasion de la campagne «Unis contre le cancer du sein» 2012.

Des hommes connus se montrent solidaires

En octobre, les ambassadeurs de la campagne «Unis contre le cancer du sein» posent en compagnie d'une femme qui leur est proche sur des affiches placardées dans cinq grandes villes de Suisse et suspendues dans les transports publics de tout le pays. Bernhard Russi est aux côtés de sa fille, Heinz Frei de son épouse, Franco Marvulli de sa mère, Sergej Aschwanden de son épouse et Massimo Busacca, en deux fois, une fois aux côtés de sa femme et une fois de Alba Masullo, directrice de la Ligue tessinoise contre le cancer. Ensemble, ils invitent à la solidarité envers les femmes touchées par le cancer du sein et leurs proches.

Un ruban de solidarité de 1000 km est tracé à travers toute la Suisse

Le ruban rose est le signe international de solidarité avec les femmes touchées par le cancer du sein. En octobre, la Ligue contre le cancer invite la population à tracer un ruban de solidarité virtuel de 1000 kilomètres à travers toute la Suisse. Ornés d'un ruban rose en épinglette, chacun peut parcourir un tronçon à pieds, à la course, en roller ou à vélo et télécharger une photo de cette activité à la page www.liguecancer.ch/cancerdusein ou l'envoyer par messagerie à cancerdusein@liguecancer.ch ou par poste à Ligue suisse contre le cancer, «cancer du sein», case postale 8219, 3001 Berne. Chaque photo sera un élément clé pour créer un ruban virtuel de solidarité qui traversera toute la Suisse.

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

«KOMMUNIKATIONSTRAINING»

«Kommunikation mit krebskranken Jugendlichen und deren Eltern»

Trainingsseminar für pädiatrische Onkologen und Onkologiepflegende

Teilnehmende sind Fachpersonen, die krebskranke Jugendliche behandeln und pflegen.

30.11.-01.12.2012 Hotel Bildungszentrum 21 AG, Basel

Die Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie anerkennt das Seminar mit 12.5 Creditpunkten als fachspezifische Kernfortbildung.

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

«MIEUX COMMUNIQUER»

Séminaire pour médecins et personnel infirmier en oncologie

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

01.-03.11.2012 Hôtel Préalpina, Chexbres, VD

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

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

«INTERPROFESSIONELLE WEITERBILDUNG IN PSYCHOONKOLOGIE»

In folgenden Einzel-Workshops hat es freie Plätze:

25.10.2012 ganzer Tag, Universität Bern: Einführung in die Psychoonkologie: Konzepte der Onkogenese

22.11.2012 Nachmittag, Haus der Krebsliga, Bern: Brustkrebs / Hoden CA / Melanom

13.12.2012 Nachmittag, Haus der Krebsliga, Bern: Allgemeine Tumoreinteilung und Staging, Lungenkrebs, HNO-Krebs

Information und Anmeldung: Claudia Neri, Krebsliga Schweiz, Kursadministration, Tel. 031 389 93 27
psychoonkologie@krebssliga.ch, www.krebssliga.ch/wb_psychoonkologie

«BEWEGUNGS- UND SPORTTHERAPIE IN DER ONKOLOGIE»

Modul für Physio- und Sporttherapeuten und -therapeutinnen, die Krebssportgruppen leiten

20.+21.10.2012 1. Modulteil; Inselspital Bern, Wirtschaftsgebäude, Kursraum Paradiso

17.+18.11.2012 2. Modulteil; Spital Thun, Schulungsraum A5

18.11.2012 Schriftliche Prüfung; Spital Thun, Schulungsraum A5

Absolventen dieser Module können zur Rezertifizierung an den jährlichen Fortbildungen der Krebsliga Schweiz zu Bewegung und Sport bei Krebs teilnehmen.

Information und Anmeldung:

Catherine Marchand, Kurssekretariat Modul Onkologie, c/o Kardiovaskuläre Prävention und Rehabilitation, Inselspital, 3010 Bern, Tel. 031 632 03 29, catherine.marchand@no-spaminsel.ch
<http://kardrehab.insel.ch/de/bildung-kardiorehab/modul-onkologie/>

Plus de transparence et une meilleure qualité pour les patientes atteintes d'un cancer du sein

Les centres du sein de Bâle et de Saint-Gall distingués par le label de qualité

Kurt Bodenmüller, Ligue suisse contre le cancer

Le projet avait été lancé il y a environ deux ans; une étape a désormais été franchie: la Ligue suisse contre le cancer (LSC) et la Société suisse de sénologie (SSS) ont décerné fin de juin 2012 à Berne leur label de qualité au centre du sein de l'Hôpital universitaire de Bâle et au centre du sein de Saint-Gall (Hôpital cantonal de Saint-Gall / Hôpital de Grabs). Ce certificat distingue le traitement et le suivi les meilleurs possibles pour les femmes atteintes d'un cancer du sein et a pour but d'encourager à long terme la transparence et la qualité des soins médicaux prodigués.

«Aujourd'hui est un jour particulier, a déclaré avec satisfaction le Dr med. Christoph Rageth, privat-docent et président de la SSS. Après des années de débats intensifs autour de la centaine de critères de qualité auxquels doit satisfaire un centre du sein en Suisse pour obtenir notre label de qualité, nous pouvons aujourd'hui distinguer les deux premiers centres selon les critères suisses. Contrairement aux certificats étrangers déjà existants – qu'ont déjà reçu cinq centres du sein suisses (Tessin, Argovie, Zurich, Baden et Lucerne) –, ceux-ci prennent en compte les structures spécifiques existant en Suisse».

Les travaux préparatoires à ce projet avaient déjà commencé voici plus de cinq ans, d'abord loin du débat public, dans le cercle des sociétés de discipline médicale impliquées. A l'origine de cette initiative figuraient les critères de qualité élaborés en 2000 par l'EUSOMA (la Société européenne des spécialistes du cancer du sein) pour le traitement et le suivi des femmes atteintes d'un cancer du sein.

Il y a plus deux ans, la LSC a d'une certaine manière assumé le parrainage du label de qualité. L'élément déclenchant a été notamment une étude des registres suisses du cancer, dont les conclusions méritaient l'attention: la qualité du traitement reçu par une patiente atteinte d'un cancer du sein en Suisse dépend entre autres de la région et de l'institution dans lesquelles elle est prise en charge. «Ce résultat nous a déterminé à entrer en action, a souligné le Prof. Dr med. Jakob R. Passweg, président

de la LSC. Avec ce label, nous voulons offrir une base de comparaison aux patientes atteintes d'un cancer du sein et contribuer à ce que les personnes concernées puissent recevoir partout dans notre pays la meilleure prise en charge et le meilleur traitement possibles. Notre label assure la transparence nécessaire et garantit le respect d'exigences de qualité élevées.»

La Fondation sanaCERT suisse a la responsabilité de la préparation et de la mise en œuvre professionnelles du processus de certification, en collaboration avec la LSC et plusieurs experts de spécialités différentes. L'Académie suisse des sciences médicales (ASSM), qui a publié l'an dernier des recommandations pour la certification dans le domaine des prestations de santé, a attribué de bonnes notes au label de qualité. Au total, la commission compétente de l'ASSM a décerné au label la mention «très bon».

«Pour la patiente, la qualité doit être perceptible. Pour nous, médecins et soignants, elle doit être transparente et mesurable. Du point de vue de la politique de santé, la qualité doit constituer un engagement et, pour la patiente, elle doit être accessible. A cet égard, le label de qualité créé par la SSS et la LSC est parfaitement adapté», a résumé le Prof. Dr med. Beat Thürlimann, médecin-chef et directeur du centre du sein de Saint-Gall, premier centre certifié, pour définir le sens et l'objet du label.

Quant au Prof. Dr med. Christoph Rochlitz, médecin-chef en oncologie et directeur du centre du sein à l'Hôpital universitaire de Bâle, le second centre distingué, il a ajouté: «Cette certification nous soutient dans les efforts que nous déployons pour améliorer constamment les procédures et la collaboration à l'intérieur de notre centre, ce dont bénéficient en définitive les principales intéressées – à savoir, nos patientes. Le label rend la qualité de notre travail tout à la fois visible et crédible.»



Jakob R. Passweg, Christoph Rochlitz, Beat Thürlimann et Christoph Rageth (de g. à d.)

D'autres centres du sein, qui ont fait des démarches en vue de l'obtention du label de qualité, devraient suivre dans un avenir proche. Les prochains audits sont d'ores et déjà programmés et de nouveaux dossiers de candidature sont à l'étude. La prochaine mise au concours est prévue pour octobre 2012.

Informations complémentaires:
www.liguecancer.ch/q-label

Correspondence:

Kurt Bodenmüller
 Chargé de communication du Secrétariat scientifique
 Ligue suisse contre le cancer
kurt.bodenmueller@liguecancer.ch

Le label de qualité à l'intention des centres du sein en Suisse

Le contexte dans lequel s'inscrit le lancement de ce label est en premier lieu les progrès importants réalisés en matière de diagnostic et de traitement du cancer du sein. Ceux-ci ont pour conséquence que le traitement des femmes atteintes d'un cancer du sein est devenu plus complexe et présuppose des connaissances spécialisées. C'est pourquoi, dans l'idéal, le traitement des femmes concernées devrait réunir dès le début une équipe interdisciplinaire, dont feraient partie des professionnels de la pathologie, de la radiologie, de l'oncologie, de la chirurgie/gynécologie, de la radio-oncologie, etc., tels qu'ils sont déjà réunis dans la SSS. En outre, on accorde désormais une plus grande attention aux conséquences psychiques et sociales du cancer. Cela se manifeste dans la prise en charge par des infirmières spécialisées en sénologie («Breast Care Nurses») ainsi que par l'implication de psycho-oncologues.

L'étude dite «Pattern of Care» des registres des tumeurs a montré qu'il existait en Suisse des différences régionales dans le traitement des femmes atteintes d'un cancer du sein [1]. Cette étude a aussi révélé que les femmes sont plutôt traitées selon les recommandations thérapeutiques actuelles lorsque l'équipe suit un grand nombre de patientes et que l'institution participe à des projets de recherche clinique. Par ailleurs, une étude menée en Allemagne a révélé que la définition des critères de qualité et la mesure de ces derniers pouvaient entraîner des améliorations en termes de diagnostic et de traitement [2]. Une autre étude, également menée en Allemagne, a montré que les femmes qui avaient été traitées dans des centres du sein certifiés bénéficiaient d'un meilleur pronostic que les femmes qui n'avaient pas été traitées dans des centres certifiés [3]. Des résultats comparables ont également été observés en relation avec la transplantation de cellules souches dans des maladies du système hématopoïétique [4].

Ce label est fondé sur un catalogue de critères établi par la SSS sur le modèle des critères EUSOMA (European Society of Breast Cancer Specialists). Il a été tenu compte des réalités suisses dans l'adaptation des critères EUSOMA. Le catalogue de critères SSS comprend une centaine de points relatifs à des domaines tels que la composition et les compétences professionnelles de l'équipe thérapeutique, le nombre minimal de cas, l'existence de directives thérapeutiques, l'équipement technique du centre du sein ou le respect de critères concernant l'information de la patiente.

La LSC et la SSS poursuivent les objectifs ci-après. Le label de qualité a pour objet

- de promouvoir la qualité du traitement et du suivi de femmes atteintes d'un cancer du sein,
- d'attester de la part d'une instance indépendante auprès des centres du sein distingués qu'ils satisfont à des exigences de qualité clairement définies,
- d'améliorer la transparence en matière d'offres venant des centres certifiés,
- d'offrir aux femmes concernées une base de comparaison.

Les points suivants comptent notamment au nombre des critères retenus:

- un nombre annuel minimal de patientes traitées,
- une équipe interdisciplinaire de médecins traitants et de personnel d'accompagnement,
- une discussion du cas de chaque patiente dans le cadre d'une réunion de concertation («tumorboard»), réunion interdisciplinaire des experts,
- des directives relatives au diagnostic et au traitement,
- un suivi réglementé pour toutes les patientes à l'issue de leur traitement.

Références

1. Ess S et al, Cancer Epidem 2010; 116–21
2. Brucker SY et al, Strahlenther Onkologie 2011; 89–99
3. Beckmann MW et al, Onkologie 2011; 362–67
4. Gratwohl A et al, J Clin Onc 2011; 29(15):1980–86



Phase I studies open at IOSI

Clinical Research Group, Istituto Oncologico della Svizzera Italiana

STUDY	AGENT AND MECHANISM	DIAGNOSIS	ELIGIBILITY	SCHEDULE
A phase Ib, open-label, multi-center, dose-escalation study of oral BKM120 in combination with oral GSK1120212 in adult patients with selected advanced solid tumors Protocol No. CBKM120B2101	BKM120 (PI3K inhibitor) GSK1120212 (MEK inhibitor)	Expansion phase - Advanced NSCLC - Advanced ovarian cancer - Advanced pancreatic cancer with documented RAS or BRAF mutations	Age ≥ 18 , adequate renal, liver and Calcium-phosphate homeostasis function. <u>Exclusion:</u> diabetes mellitus, history of major depressive episode, unacceptable ocular/retinal conditions, cardiac abnormalities	po BKM120 daily po GSK1120212 daily q4wks
PankoMab Phase I dose escalation study evaluating the safety and tolerability of PankoMab-GEX™ in patients with advanced, TA-MUC1 positive solid malignancies who are not longer eligible for standard therapy Protocol No. GEXMab25101	PankoMab-GEX™ (Mab anti MUC1)	Advanced solid tumors	Age ≥ 18 , histologically-confirmed TA-MUC1 positive (Sponsor laboratory determination), at least 1 prior CT. <u>Exclusion:</u> systemic steroids except topical (low and stable dose up to 20 mg prednisone permitted), prior allergic reaction to a monoclonal antibody, history of deep vein thrombosis and/or thromboembolic events within the past 6 months	iv PankoMab-GEX™ q3wks
TrasGex A Phase I Dose-Escalation and Pharmacokinetic Study of TrasGEX™ in Patients with Locally Advanced or Metastatic HER-2-positive Cancer Protocol No. GEXMab73101	TrasGEX (Mab anti HER2)	HER-2-positive tumors	Age ≥ 18 , HER-2 gene amplification as measured by FISH or ERBB2 overexpression as measured IHC (at least 1+). <u>Exclusion:</u> exposure to trastuzumab within 7 weeks before the first dose of TrasGEX™, history of allergic reactions to compounds similar to TrasGEX™, cardiac abnormalities, documented brain mets, HIV, hepatitis A,B,C	iv TrasGEX q3wks
A phase I, randomised, 2 period cross over study to determine the comparative bioavailability of two different oral formulations of AZD2281 in cancer patients with advanced solid tumours Protocol No. D0810C00024	PARP inhibitor	ovarian carcinoma with BRCA ½ deleterious mutation	Age ≥ 18 , gBRCA1/2 deleterious mutation, at least one measurable disease. <u>Exclusion:</u> platinum refractory disease, Hb $< 10\text{g/ml}$, blood transfusion in the last 4 wks, abnormal peripheral smear, previous PARP inhibitor, symptomatic uncontrolled brain metastases (patients can receive a stable dose of corticosteroids if started at least 4 weeks prior the study entry), unable to swallow oral medications, gastrointestinal disorders likely to interfere with absorption	- po 200mg TID tablets continuous dosing - po 250mg TID tablets 2 wks on/1 wk off - po 400mg BID tablets 1 wk on/1 wk off - po 400mg OD tablets continuous dosing
A Phase I study of Inotuzumab Ozogamicin (CMC-544) in combination with Temezirolimus (CCI-779) in patients with relapsed or refractory CD22-positive B-cell Non Hodgkin's Lymphomas	anti-CD22 monoclonal antibody conjugated to calicheamicin + mTOR inhibitor	B-cell Non-Hodgkin Lymphomas CD22 positive	Age ≥ 18 , Histologically and/or cytologically confirmed relapsed or refractory CD22+ B-cell Non Hodgkin's Lymphomas; No limitations on prior treatments. <u>Exclusion:</u> Uncontrolled intercurrent illness, Chronic obstructive or chronic restrictive pulmonary disease, Hepatitis B, C and HIV, Patients with known central nervous system lymphoma involvement	Inotuzumab Ozogamicin iv on day 1 and Temezirolimus iv on days 1,8,15 and 22 on 28 days cycles.

We invite all centers to send us information about Phase I-II studies so that we might publish it

International Breast Cancer Study Group IBCSG

Rudolf Maibach, IBCSG Coordinating Center, Berne

Keywords: Adjuvant breast cancer, Endocrine treatment, Quality of life, Radiotherapy, Genotyping

NEW PUBLICATIONS WITH SWISS AUTHORSHIP

A complete list of latest publications can be found at the end of this article. Here we only mention a few:

The paper of Karin Ribi from the IBCSG Quality of Life Office and coauthors in the *British Journal of Cancer* reports on the Cognitive Function Substudy from BIG 1-98, which measured objective cognitive function and subjective cognitive function (psychological distress, fatigue, and quality of life) through a series of instruments at year 5 (end of treatment) and year 6 (one year after completion). The authors concluded that, although objective cognitive function improved following the cessation of adjuvant endocrine therapy, subjective cognitive function did not.

In an editorial in *Annals of Oncology*, Karin Ribi discusses the challenge of studying across cultures the phenomenon called «chemobrain». A paper by YT Cheung on a small qualitative study showed that in focus groups, participants were averse to accept the term, raising the question if this is a typically Western world concept. The impact of cognitive impairment after chemotherapy on everyday function should therefore be investigated by considering approaches that allow comparisons across cultures.

Trial 33-03 studied communication between doctor and patient. The publication by Richard Brown with Karin Ribi and Jürg Bernhard as co-authors focuses on involving the patient in decision-making. Many patients with early-stage breast cancer have treatment options and approach treatment decisions with a desire for decisional control, which may increase after their consultation. Patients' ultimate involvement preferences were more likely to be consistent with the way the decision was actually made, suggesting that patients need to feel concordance between their preference and the actual decision. Patients who directed decisions, even if more than they hoped for, fared better on all decision-related outcomes. These results emphasize the need for oncologists to endorse and facilitate patient participation in treatment decision making.

The manuscript of Khalil Zaman et al reports on the SAKK bone substudy for Swiss women enrolled in the BIG 1-98 trial. Additional data on dual-energy X-ray absorptiometry (DXA) results were collected retrospectively and merged with the data collected for the BIG 1-98 trial. The authors concluded that all aromatase inhibitor regimens reduced BMD, and the sequential schedules were as detrimental for bone density as letrozole monotherapy.

Meredith Regan, IBCSG group statistician, and Brian Leyland-Jones led the investigation to determine the clinical relevance of CYP2D6 polymorphisms for women who received adjuvant endocrine therapy. Tumor tissue from 4861 women enrolled in the BIG 1-98 study were genotyped and CYP2D6 metabolism phenotypes were classified as poor, intermediate, and extensive metabolizers (PM, IM, and EM). CYP2D6 phenotypes of reduced enzyme activity were not associated with worse disease control but were associated with increased tamoxifen-induced hot flushes. The results of this study do not support using the presence or absence of hot flushes or the pharmacogenetic testing of CYP2D6 to determine whether to treat postmenopausal breast cancer patients with tamoxifen.

CLINICAL TRIALS

IBCSG 35-07 / SOLE

SOLE (Study Of Letrozole Extension), a worldwide trial coordinated by the International Breast Cancer Study Group (IBCSG), is designed to compare extended continuous letrozole for 5 years with intermittent letrozole over a 5-year period for postmenopausal women who are disease-free following 4 to 6 years of prior adjuvant endocrine therapy with SERM(s) and/or AI(s) for endocrine-responsive, node-positive, operable breast cancer.

In July, the trial reached the target accrual of 4800 patients and was closed for recruitment. The accrual rate surpassed 200 per month in May and June, showing the ever increasing interest in the trial. Swiss investigators have contributed over 300 patients. Treatment continues for most of the enrolled patients. We thank the SAKK participants for their commitment and generous effort since the enrolment of the first patient in January 2008!

IBCSG 24-02 (BIG 2-02) / SOFT and IBCSG 25-02 (BIG 3-02) / TEXT

These two trials which investigate endocrine treatments in pre-menopausal patients were closed to accrual in early 2011. The first publication and presentation is planned for late 2013 and will present the «efficacy 1» results, comparing the effects of OFS + Tam versus OFS + Exemestane in a combined analysis of SOFT arms B and C and TEXT. The IBCSG Data Management Center has a detailed plan

to bring the documentation of all patients up to date and will be in close contact with all participating sites over the next 12 months. In addition to the data, IBCSG aims to also be ready for translational research by significantly increasing tumor and normal tissue block submission for these unique trials. We count on the collaboration of all Swiss investigators in this important endeavor.

IBCSG 38-09/ BIG 3-07/ TROG DCIS

This randomized phase III study of radiation doses and fractionation schedules for ductal carcinoma in situ (DCIS) of the breast is conducted by IBCSG in Switzerland and Italy on behalf of the Trans Tasman Radiation Oncology Group TROG. Women with completely excised non-low risk ductal carcinoma in situ (DCIS) treated by breast conserving surgery suitable for adjuvant whole breast radiation therapy (RT) are eligible for the study. The trial explores the value of adding a tumor bed boost to whole breast RT, and compares a shorter vs a standard dose fractionation schedule in a two by two design. Seven Swiss radio-oncology units have recruited a total of 18 patients until November 2011. This is a very important and exciting trial for IBCSG because this is the first radiotherapy trial that we have conducted.

The recruitment to the trial was stopped on December 21 after having included 640 patients. The amendment is currently in the activation process, and once it will have been approved the trial will be re-opened in Switzerland.

IBCSG 40-11 / MA.32

This phase III randomized trial of metformin versus placebo on recurrence and survival in early stage breast cancer has been developed by the Canadian NCIC Clinical Trials Group. With a planned sample size of 3582, the plan is to compare invasive disease free survival (IDFS) between subjects treated with metformin (850 mg po bid for 5 years) versus placebo in addition to standard adjuvant therapy.

The rationale to study metformin is based on observations in epidemiologic studies, where metformin use in diabetics was associated with reduced overall cancer risk and mortality. Clinically, observational research has identified higher response rates to neoadjuvant systemic therapy in diabetic breast cancer patients receiving metformin for their diabetes compared to diabetic breast cancer patients who do not receive metformin or to non-diabetic breast cancer patients. Metformin may exert anti-tumour effects through both insulin-dependent and insulin-independent mechanisms in women with a broad range of insulin levels commonly seen in newly diagnosed breast cancer.

The activation in Switzerland is ongoing. During the SAKK semi-annual meeting on June 21, collaborators from the IBCSG Coordinating Center conducted a training session for investigators, data managers and trial nurses.

Latest IBCSG publications

Ribi K. Cognitive complaints in women with breast cancer: cross-cultural considerations. *Ann Oncol*. 2012 Jun 24. [Epub ahead of print]

Zaman K, Thürlimann B, Huober J, Schönenberger A, Pagani O, Lüthi J, Simcock M, Giobbie-Hurder A, Berthod G, Genton C, Brauchli P, Aebi S; on behalf of the Swiss Group for Clinical Cancer Research (SAKK). Bone mineral density in breast cancer patients treated with adjuvant letrozole, tamoxifen, or sequences of letrozole and tamoxifen in the BIG 1-98 study (SAKK 21/07). *Ann Oncol* 23:1474-1481, 2012. (BIG 1-98)

Coates AS, Colleoni M, Goldhirsch A. Is adjuvant chemotherapy useful for women with luminal A breast cancer? *J Clin Oncol* 30:1260-1263 (commentary)

Ribi K, Aldridge J, Phillips K-A, Thompson A, Harvey V, Thürlimann B, Cardoso F, Pagani O, Coates AS, Goldhirsch A, Price KN, Gelber RD, Bernhard J for the IBCSG. Subjective cognitive complaints one year after ceasing adjuvant endocrine treatment for early-stage breast cancer. *B J Cancer* 106:1618-1625, 2012. (BIG 1-98)

Ejlertsen B, Aldridge J, Nielsen KV, Regan MM, Henriksen KL, Lykkesfeldt AE, Müller S, Gelber RD, Price KN, Rasmussen BB, Viale G, Mouridsen H for the Danish Breast Cancer Cooperative Group, the BIG 1-98 Collaborative Group and the International Breast Cancer Study Group. Prognostic and predictive role of ESR1 status for postmenopausal patients with endocrine-responsive early breast cancer in the Danish cohort of the BIG 1-98 trial. *Ann Oncol* 23: 1138-1144, 2012 (BIG 1-98)

Regan MM*, Leyland-Jones B*, Bouzyk M, Pagani O, Tang W, Kammler R, Dell'Orto P, Biasi MO, Thürlimann B, Lyng MB, Ditzel HJ, Neven P, Debled M, Maibach R, Price KN, Gelber RD, Coates AS, Goldhirsch A, Rae JM, Viale G; on behalf of the Breast International Group (BIG) 1-98 Collaborative Group. CYP2D6 genotype and tamoxifen response in postmenopausal women with endocrine-responsive breast cancer: The Breast International Group 1-98 Trial. *J Nat Cancer Inst* 104:441-451, 2011. *Co-first authors (BIG 1-98)

Brown RE, Butow PN, Wilson-Genderson M, Bernhard J, Ribi K, Juraskova I. Meeting breast cancer patients' decision-making preferences in oncology consultations: impact on decision related outcomes. *J Clin Oncol* 30:857-862, 2012. (Trial 33-03)

Bliss JM, Kilburn LS, Coleman RE, Forbes JF, Coates AS, Jones SE, Jassem J, Delozier T, Andersen J, Paridaens R, van de Velde CJ, Lønning PE, Morden J, Reise J, Cisar L, Menschik T, Coombes RC. Disease-related outcomes with long-term follow-up: an updated analysis of the intergroup exemestane study. *J Clin Oncol* 30:709-717, 2012 (Trial 16-98)

Baselga J, Bradbury I, Eidtmann H, Di Cosimo S, de Azambuja E, Aura C, Gómez H, Dinh P, Fauria K, Van Dooren V, Aktan G, Goldhirsch A, Chang T-W, Horváth Z, Coccia-Portugal M, Domont J, Tseng L-M, Kunz G, Sohn JH, Semiglazov V, Lerzo G, Palacova M, Probsthai V, Pusztai L, Untch M, Gelber RD, Piccart-Gebhart M, on behalf of the NeoALTO Study Team. Lapatinib with trastuzumab for HER2-positive early breast cancer (NeoALTO): a randomised, open-label, multicentre, phase 3 trial. *The Lancet* 379:633-664, 2012 (Trial 37-07)

Correspondence:

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



BCC 2013

13th St.Gallen International Breast Cancer Conference 2013

Primary Therapy of Early Breast Cancer
Evidence, Controversies, Consensus

13–16 March 2013, St.Gallen/Switzerland



Abstract Deadline 15 December 2012

Information

St.Gallen Oncology
Conferences (SONK)
c/o Tumor and Breast Center ZeTuP
Rorschacherstrasse 150
CH-9006 St.Gallen/Switzerland
info@oncoconferences.ch
www.oncoconferences.ch

Malignant pheochromocytoma: challenging management of a rare disease

Narcisa Gebbers, Ralph Winterhalder
Medical Oncology, Cantonal Hospital Lucerne

Keywords: malignant pheochromocytoma, everolimus

Case report

In 2003, a 47 year old woman experienced multiple fractures from a 4 meter fall while cleaning windows. A computed tomography (CT) was done for abdominal pain revealing a tumor measuring 9 cm in diameter in the area of the right adrenal gland. Of note, the medical record indicated paroxysmal sweating, diarrhea, refractory hypertension, and dyspnea starting six months prior to the accident. Laboratory analyses before surgery showed hyperglycemia and hypercalcemia. During osteosynthesis of the tibia the patient suffered barely manageable hypertensive crises and episodes of ventricular tachycardia. Elevated excretion of epinephrine and norepinephrine in urine were compatible with pheochromocytoma. After therapy with the adrenergic alpha receptor blocker dibenzylprane the patient underwent adrenalectomy right. Histological findings confirmed pheochromocytoma with a Ki-67 proliferation fraction below 5%. Following surgery, blood pressure and glycemia normalized.

In 2006 the patient reported the same symptoms and signs that had been present before the diagnosis of pheochromocytoma, dyspnea, paroxysmal vertigo, orthostatic hypotension, hypertension, and hyperglycemia. Laboratory analysis confirmed recurrent pheochromocytoma with markedly elevated plasma concentrations of free normetanephrine (6.4 nmol/l, normal range 0.2 – 0.92) and total normetanephrine (109,4 nmol/l, normal range 2.91–11.26). A CT scan was negative but an iodine123-MIBG (metaiodobenzylguanidin) scintigram revealed accumulation in the right retroperitoneum anterior to the vena cava. This localisation was confirmed during surgery.

Recovery was swift until 18 months later when the patient experienced a relapse. Plasma normetanephrine was elevated slightly, CT showed an expansion of tissue located in the right epigastrium beneath the liver, while iodine123-MIBG was negative. Nevertheless, resection was performed and the histological findings confirmed pheochromocytoma.

One year later (2009), the patient repeatedly reported crises of arterial hypertension. 18F-DOPA-PET/CT documented a third relapse with four metastases located in the retroperitoneum, a single liver metastasis, several lung metastases, and a left supraclavicular lymph node metastasis.

Palliative systemic therapy with the tyrosine kinase inhibitor sunitinib was initiated with 25 mg qd continuously; dose augmentation to 37.5 mg qd was not tolerated for asthenia and diarrhea. Evaluation after three, six and nine months showed stable disease. At the 12 months evaluation, blood pressure, serum chromogranin A and normetanephrine had risen again. CT indicated progression of the retroperitoneal recurrence; further¹¹¹In-octreo-



Figure 1a. CT scan July 2011 with retroperitoneal relapse



Figure 1b. CT scan June 2012 after almost 12 months of treatment with everolimus

tide SPECT/CT revealed increased activity in the retroca-val lesion, the liver and the supraclavicular lymph node metastases.

Palliative treatments with ^{90}Y -DOTATOC in January and March 2011 failed with symptomatic progression of asthenia, weight gain, hyperhydrosis and right upper abdominal pain. While CT showed progression, only the liver metastasis accumulated ^{123}I -MIBG ruling out a therapeutic approach with MIBG.

Thus, palliative therapy with the mTOR-inhibitor everolimus (10mg qd) was initiated in July 2011 resulting in a clinical and biochemical response. The radiological evaluation after almost 12 months showed stable disease by RECIST criteria but an impressive central necrosis of the retroperitoneal metastases (Figure1). The treatment is well tolerated by the patient and regular evaluation shows stable disease after one year of therapy. Despite the advanced stage of the disease, the patient is in good general condition almost nine years after the initial manifestation of diagnosis.

Discussion

Parangliomas are tumors of the sympathetic and parasympathetic paraganglia cells. Pheochromocytomas are a subgroup of paraganglioma originating from the catecholamine-producing chromaffin cells of the adrenal medulla. Sporadic and familial forms are known. The familial form is often multifocal and appears at an earlier age. Known germline mutations include the von Hippel-Lindau gene causing the VHL syndrome, the RET gene leading to multiple endocrine neoplasia (MEN) type 2, the neurofibromatosis type 1, and the gene encoding mitochondrial succinate dehydrogenase subunits B and D (SDHB and SDHD) [1].

Between 3 and 13 percent of all pheochromocytomas are malignant [2] and the incidence of malignant pheochromocytoma is about 0.2 cases in 100'000 people [3]. There is no specific histological feature indicating malignancy, which can only be established by the clinical behavior, including invasion of adjacent tissues and the presence of distant metastases. Multiparameter scoring system such as PASS (Pheochromocytoma of adrenal gland scaled score) have been used but remain controversial [2]. Large tumor size (> 5.5cm) is associated with a higher probability of malignant features [4]. The 5-year survival rate is between 34 and 60% and depends on the metastatic pattern with the worst prognosis being observed in patients with lung and liver metastases [5].

As demonstrated in our case, a multimodal and interdisciplinary approach to diagnosis and treatment of pa-

tients with metastatic pheochromocytoma is mandatory. Hypertension, sustained or paroxysmal, combined with headaches, palpitations and sweating should raise the suspicion for pheochromocytoma. The diagnosis is confirmed by increased levels of free catecholamines and metanephrines either in urine or plasma. The diagnostic workup includes CT or MRI. Additionally, specific functional imaging can provide information on the extent and biology of disease with therapeutic implications, examples include ^{123}I -MIBG scintigraphy or somatostatin receptor scintigraphy.

The treatment of malignant pheochromocytoma includes surgery, radioisotopes, conventional chemotherapy, radiation therapy and new targeted agents. Surgery is the main treatment aiming for complete resection of the primary and metastases; otherwise, a debulking procedure to reduce tumor burden and symptoms of catecholamine excess may be effective palliative therapy.

Treatment with ^{131}I -MIBG after surgery has been shown to produce sustained remissions in a subset of patients [6]. However, this is not useful if ^{123}I -MIBG-scintigraphy is negative as was the case in our patient. Treatment with radiolabeled somatostatin receptor ligands may be of benefit in tumors with high uptake on octreotide scintigraphy, similar to other neuroendocrine tumors [7], but provided no tumor stabilization in our case.

Chemotherapy is considered of limited efficacy and is mostly reserved for patients with unresectable and symptomatic disease who are unresponsive to radiopharmaceuticals. The combination of cyclophosphamide, vincristine and dacarbazine (CVD) is the most widely used regimen [8].

With growing knowledge of important molecular pathways, new targeted drugs are of interest in metastatic pheochromocytoma. Sunitinib, a receptor tyrosine kinase inhibitor inhibits the activity of VEGFR, PDGFR and KIT and has shown antiangiogenic and antitumor activity in renal cell cancer, neuroendocrine tumors and GIST. The mutated VHL gene leads to HIF activation and up-regulation of VEGF and PDGF, of which both receptors are targeted by sunitinib [9, 10]. Several case studies have reported tumor responses and phase II studies are underway (NCT00843037) [11]. Our patient had a sustained benefit with the treatment of sunitinib with stable disease for almost a year.

The PI3K/AKT/mTOR pathway is known to regulate cell growth and survival. Studies in neuroendocrine tumors treated with the mTOR inhibitor everolimus with or without octreotide showed activity with most patients experiencing stable disease [12]. Fassnacht and colleagues

established a possible link between increased activity in the AKT pathway and the development of adrenal pheochromocytomas [13]. But so far published experience of metastatic pheochromocytoma treated with the mTOR inhibitor everolimus showed no significant benefit [14].

To the best of our knowledge, this is the first case published where treatment with everolimus resulted in a near partial response and ongoing clinical benefit after almost a year.

Malignant pheochromocytoma is an orphan disease and treatment modalities are progressing very slowly. Randomized phase III studies are mandatory but difficult to conduct. Recently, an international network of closely collaborating investigators was able to enroll 304 patients with metastatic adrenocortical carcinoma within only 5.4 years [15]. Similar efforts should be undertaken in malignant pheochromocytoma.

References

1. Neumann HP, Bausch B, McWhinney SR, et al. Germ-line mutations in nonsyndromic pheochromocytoma. *N Engl J Med*. 2002;346:1459-1466
2. DeLellis RA, Lloyd RV, Heitz PU, et al. Eds. World Health Organisation Classification of Tumours: Pathology and Genetics of Tumours of Endocrine Organs. 3rd ed, vol 8. Lyon, France: IARC Press; 2004
3. Zarnegar R, Kebebew E, Duh QY, et al. Malignant pheochromocytoma. *Surg Oncol Clin N Am*. 2006;15 (3):555-571
4. Park J, Song C, Park M, et al. Predictive Characteristics of Malignant Pheochromocytoma. *Korean J Urol* 2011;52:241-246
5. Pacak K, Eisenhofer G, Ahlman H, et al. Pheochromocytoma: recommendations for clinical practice from the First International Symposium. October 2005. *Nat Clin Pract Endocrinol Metab*. 2007;3(2):92-102
6. Fitzgerald PA, Goldsby RE, Huberty JP, et al. Malignant pheochromocytoma and paragangliomas: A phase II study of therapy with high-dose ¹³¹I-metaiodobenzylguanidine (¹³¹I-MIBG). *Ann N Y Acad Sci* 2006;1073:465-490
7. Forrer F, Riedweg I, Maecke HR, et al. Radiolabeled DOTATOC in patients with advanced paraganglioma and pheochromocytoma. *Q J Nucl Med Mol Imaging* 2008;52:334-340
8. Huang H, Abraham J, Hung E, et al. Treatment of malignant pheochromocytoma/paraganglioma with cyclophosphamide, vincristine, and dacarbazine: recommendation from a 22-year follow-up of 18 patients. *Cancer* 2008;113:2020-2028
9. Joshua AM, Ezzat S, Asa SL, et al. Rationale and evidence for sunitinib in the treatment of malignant paraganglioma/pheochromocytoma. *J Clin Endocrinol Metab*. 2009;94(1):5-9
10. Jimenez C, Cabanillas ME, Santarpia L, et al. Use of the tyrosine kinase inhibitor sunitinib in a patient with von Hippel-Lindau disease: targeting angiogenic factors in pheochromocytoma and other von Hippel-Lindau disease-related tumors. *J Clin Endocrinol Metab*. 2009;94(2):386-91
11. Hahn NM, Reckova M, Cheng L, et al. Patient with malignant paraganglioma responding to the multikinase inhibitor sunitinib maleate. *J Clin Oncol* 2009;27:460-63
12. Pavel ME, Hainsworth JD, Baudin E, et al. Everolimus plus octreotide long-acting repeatable for the treatment of advanced neuroendocrine tumours associated with carcinoid syndrome (RADIANT-2): a randomised, placebo-controlled, phase 3 study. *Lancet* 2011;378:2005-12
13. Fassnacht M, Weissmann D, Ebert S, et al. AKT is highly phosphorylated in pheochromocytomas but not in benign adrenocortical tumors. *J Clin Endocrinol Metab*. 2005;90:4366-70
14. Druce MR, Kaltsas GA, Fraenkel M, et al. Novel and evolving therapies in the treatment of malignant pheochromocytoma: experience with the mTOR inhibitor everolimus (RAD001). *Horm Metab Res*. 2009;41:697-702
15. Fassnacht M, Terzolo M, Allolio B, et al. Combination Chemotherapy in advanced adrenocortical carcinoma. *N Engl J Med* 2012;366:2189-97

Correspondence:

Dr. med. Ralph Winterhalder
Medizinische Onkologie
Luzerner Kantonsspital
CH-6000 Luzern 16
ralph.winterhalder@luks.ch



Drakensberg

European Forum on Oncology 2012

Advances in cancer therapy May 3-4, Berlin

Franco Cavalli, IOSI Bellinzona

The meeting was organized by the Organisation of European Cancer Institutes (OECI), which presently represents 72 cancer centers and institutions across Europe. The meeting in Berlin was attended by more than 200 people from all over Europe, including clinicians, researchers, politicians, journalists as well as many representatives of pharmaceutical companies and insurances. The idea was to present the latest state of the art in European oncology. The only Swiss member is IOSI. However, since OECI is a so-called European Economic Interest Grouping, IOSI does not have the right to be a full member and was only accepted as a passive member. Perhaps this is something our authorities should discuss with Brussels, as the bilateral agreements with the European Union should enable Switzerland to participate in EU research programs.

A few selected American participants (e.g. Michelle Le Beau and Richard L. Schilsky, both from the Comprehensive Cancer Center in Chicago), gave brilliant talks on the state of the CCC and related research programs, including their cooperations with the industry and the government. The Swiss participation was limited to the undersigned and Prof. Christoph Driessen (St. Gallen), who gave a presentation on a possible cooperation with small and medium-sized enterprises (SMEs).

At the conference it became apparent that Europe is still struggling to come to terms with two well-known problems; the big fragmentation of the research scene and the almost complete lack of public resources for funding clinical research, which increasingly depends on sponsorships from pharmaceutical companies. Moreover, the situations among the European countries still vary widely. Still, there were also a lot of positive developments to report: the European directive on clinical trials is being

revised and is expected to become less stringent. The current directive resulted in academic research in Europe decreasing at least 80% over the last five years. The EU is also discussing Horizon 2020, a European research and innovation program, where cancer should be one of the top priorities.

Personalized or precision medicine continues to be the dominant topic, which is brought up by almost every speaker, but in particular by presenters from pharmaceutical companies. At the same time, speakers incriminate the unsustainable costs of this development: Alexander Eggermont (Villejuif-Paris) calculated e.g. that the treatment of melanoma (chemotherapy + inhibitors of B-RAF and MEK) could cost as much as CHF 400'000 per year per patient very soon. Nobody, however, had the courage to ask whether, as a consequence of this development, we are really on the right track in cancer research. This will be the topic of the World Oncologic Forum, which will take place in Lugano October 25-27, 2012. A hundred of the most renowned worldwide experts will try to answer the question «Are we winning the battle against cancer?». We will report on this event later in this bulletin.

Another question, which kept coming up in Berlin, was whether our current methodology for clinical trials is still adapted. In contrast to cardiology, in oncology, less than half of the drugs entering Phase I eventually reach the market. The preparation of protocols has become very cumbersome, the approval is very slow and patient accrual is extremely challenging. As a result, the studies' results are often inconclusive. Everybody is looking for alternatives, but no one has so far proposed a better way to conduct clinical trials.

Finally, a noteworthy point, which has not really been raised at other meetings, was the significance of cancer registries. There seems to be an important reappraisal of the role of tumor registries, which were in the past ignored by most cancer researchers. Today, many players claim that cancer registries are a priority and that in the future outcome research generated from the registries may even replace some of our clinical trials.

The EurocanPlatform is a five-year project which aims to streamline all aspects of cancer research in Europe to innovate cancer care and prevention. The cancer research continuum will be covered from basic to pre-clinical and clinical research and further on to outcome research and epidemiology. This project brings together 28 of Europe's most research-intensive institutions in the field of cancer, with the addition of very few Europe-wide organizations like EORTC and the European cancer coalitions.

Where is Switzerland?

For information about the project visit www.eurocanplatform.eu
Consortium management: Coordinator Prof. Ulrik Ringborg,
ulrik.ringborg@karolinska.se

Participants: Karolinska Institutet, Institut Curie, Danish Cancer Society, Oslo Comprehensive Cancer Centre, Spanish National Cancer Centre, Istituto Nazionale dei Tumori, German Cancer Research Centre, Institut Gustave Roussy, International Agency for Research on Cancer, University of Oxford, European Institute of Oncology, Christie NHS Foundation Trust, National Institute of Oncology, Netherlands Cancer Institute, Erasmus Medical Centre, Cambridge Cancer Research Institute, Institut Jules Bordet, European Molecular Biology Laboratory, Institute of Cancer Research, Royal Marsden Hospital, Leiden University Medical Centre, Fundacion Instituto Valenciano de Oncologia, Istituto Tumori Bari, Fundacio Privada Institut d'Investigacio Oncologica de Vall Hebron, eCancer, European CanCer Organisation, Organisation of European Cancer Institutes, European Cancer Patient Coalition, European Organisation for Research and Treatment of Cancer.



WORLD ONCOLOGY FORUM®

Are we winning the war on cancer?

26-27 OCTOBER 2012 • LUGANO, SWITZERLAND

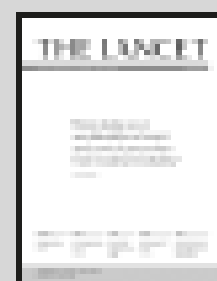
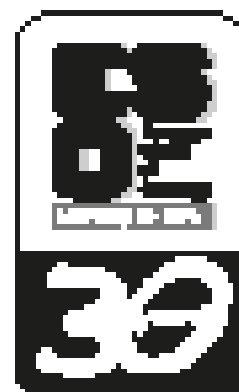
ESO Founders: **Ludomila Del Drago** and **Umberto Veronesi**

WOF Chair: **Franco Cavalli**

WOF Scientific Coordinator: **Kathy Bedmond**

1 Question • 100 Experts • 1 Answer

FURTHER INFORMATION AVAILABLE AT www.eso.net



**Il più importante
giornale medico**



**Il più importante
giornale medico**

«Krebs – Die grosse Herausforderung»



Franco Cavalli
 (Übersetzung von Barbara Sauser)
 Rotpunktverlag, 1. Auflage 15.05.2012
 ISBN 978-3-85869-475-1
 220 S., CHF 32.00

Wenn ein so eminenten medizinischer Onkologe der ersten Stunde vom internationalen Format eines Franco Cavalli ein Buch über die «grosse Herausforderung Krebs» schreibt, so darf der Leser hohe Erwartungen stellen und bis zur letzten Seite neugierig bleiben. Somit vorab: es lohnt sich, dieses persönliche Buch zu lesen, denn was in diesen weniger als 200 Seiten steht, kommt scheinbar leichtfüssig und flüssig geschrieben daher, ist aber inhaltlich klar strukturiert, präzise informativ und jeweils begründet ungeschminkt kritisch. Überhaupt gelingt es ihm gut, das auch für Laien attraktive Thema «Krebs» immer wieder mit interessanten Begebenheiten aufzulockern und zu illustrieren. Man spürt, dass Franco Cavalli mit Tausenden von Betroffenen zu diesem Thema alle denkbaren Fragen offen und einfühlsam erörtert hat.

Dass neben dem Onkologen auch der gesellschaftskritische Politiker Cavalli und der internationale Netzwerker

mit einem grossen Herz für die vergessene Mehrheit der Menschen mitschreiben, ist das Besondere dieses Buches. Es ist ein intensiv gelebter und kritisch reflektierter Gang durch die moderne Onkologie in 10 Kapiteln, wo Krebs für ein breites Publikum als Phänomen erklärt wird in seinen wichtigsten Aspekten. In den ersten 5 Kapiteln sind es die Themen der historischen Perzeption, der modernen Biologie, der Ursachen insbesondere von Umwelteinflüssen, der Epidemiologie und der gesellschaftlichen, sozialen Faktoren. Die Prävention und Früherkennung wird anschaulich erläutert auch anhand des von Franco mitinitiierten Programmes der UICC «Today's children, tomorrow's world» und seiner eigenen erfolgreichen Projekte z.B. in Nicaragua. Hier wird anschaulich nachvollziehbar, wie wichtig und gleichzeitig wie schwierig solche hocheffizienten aber langfristig angelegten Programme sind, welche politisch langen Atmen brauchen und von kommerzgetriebenen Interessen häufig unterlaufen werden.

In den folgenden Kapiteln 6-10 wird ein halbes Jahrhundert onkologische Forschung erklärt, auch klar dargelegt, warum dies alles viel Aufwand und Zeit beansprucht und eine formidable Herausforderung bleiben wird angesichts der enormen Komplexität und Vielfalt der Probleme so verschiedener maligner Erkrankungen. Franco hat sich immer für die Anliegen der Palliativonkologie stark gemacht und schildert deren Werdegang im Kontext einerseits des euphorischen «War against Cancer» und andererseits der Hospizbewegung von Cicely Saunders in London mit der Bewegung des St. Christopher's Hospice.

Dass die gesetzlich abgestützte, ärztlich geleitete Sterbehilfe von ihm gefordert wird, ist Teil einer laufenden parlamentarischen Initiative und wird in einem längeren Unterkapitel ausführlich erläutert.

Alle, die Franco kennen, erwarten, dass seine Gedankengänge eine politische und globale Dimension haben und die Überzeugungen des brillanten Schnell- und Querdenkers Cavalli reflektieren. Dies kulminiert in einem fulminanten 11. Schlusskapitel: er diskutiert das Versagen der Finanzwelt im Kontext ungelöster Probleme der modernen Medizin. Hier ist der kämpferische Politiker, Onkologe und Humanist Cavalli in jeder Zeile spürbar und es zeigt auch, dass dieses Buch auch bis zur letzten Zeile instrumentell ist: Occupy Oncology!

Prof. Dr. Thomas Cerny
 Kantonsspital St. Gallen



Stuttgart, 19. – 23.10.2012

Beeindruckende Entwicklungen in Molekularbiologie, Tumor-Immunologie, klinischer Forschung und neuen Behandlungsstandards prägen derzeit die Hämatologie und Onkologie. Das wissenschaftliche Programm der diesjährigen Jahrestagung präsentiert sowohl den aktuellen Forschungsstand auf den verschiedenen Gebieten als auch in Diagnostik und Therapie für das gesamte Spektrum der Blut- und Tumorkrankheiten.

Programminhalte:

- Updates für Diagnostik und Behandlung
- Vorträge, Poster-Sessions, Symposien, Fortbildungen und Expertenseminare
- Symposien zu Neuentwicklungen
- Versorgungsforschung
- Integrierter Pflegekongress
- Diskussion: Wertewandel in der Medizin
- „Marktplatz“ – Aktuelle Angebote, z. B. für AYA, REHA und DFG-Forschungsprojekte

Sonderausstellung: 75 Jahre DGHO – Geschichte und Meilensteine

Studententag am 20.10. von 11:30 – 17:15 Uhr:

- Berufsfindung
- Arbeitsfelder in der Hämatologie und Medizinischen Onkologie
- Perspektiven

Das komplette Programm sowie Informationen zur Anmeldung finden Sie online.
In den Teilnahmegebühren ist das ÖPNV-Ticket für Stuttgart vom 19. – 23.10.2012 enthalten.

Wir laden Sie herzlich ein in die aktive Landeshauptstadt Baden-Württembergs und ihre charmante Region!

Tagungspräsidentin

Prof. Dr. Else Heidemann, Stuttgart

Wissenschaftliches Präsidium

Prof. Dr. Walter Aulitzky, Stuttgart
Prof. Dr. Claudio Denzlinger, Stuttgart
Prof. Dr. Hartmut Döhner, Ulm
Dr. Michael Haen, Tübingen
Prof. Dr. Lothar Kanz, Tübingen
Prof. Dr. Hans-Günther Mergenthaler, Stuttgart

Gesamtorganisation, Industrieausstellung, Sponsoring

DGHO Service GmbH
Alexanderplatz 1
10178 Berlin

E-Mail: kongress2012@dgho-service.de
Tel.: +49 (0) 30-2787 6089-13, -14, -19
Fax: +49 (0) 30-2787 6089-18

Hoffnung aus Grundlagenforschung: Jahrestagung der deutschsprachigen Hämatologen und Onkologen

19.- 23. Oktober 2012, ICS, Landesmesse Stuttgart

Zum Auftakt der diesjährigen Jahrestagung findet am Freitag, den 19.10.2012 um 12:30 Uhr die «Best-of-the-Year»-Plenarsitzung statt. Zentrale Forschungsergebnisse und Entwicklungen in der Hämatologie und Onkologie des vergangenen Jahres werden übersichtlich dargestellt. Darauf folgen Satellitensymposien und Expertenseminare, bis abends um 18:15 Uhr die Eröffnungsveranstaltung mit der Begrüßung aller Teilnehmer des Kongresses beginnt.

An den darauffolgenden Tagen werden Vorträge u.a. zu den Themen **Solide Tumore**, **Stammzellbiologie** und **Lymphome** angeboten. Am Sonntag sind aus dem umfangreichen Programm vor allem die Fortbildungen zu **Sarkomen** und zum **Endometriumkarzinom** und **Uterussarkom** hervorzuheben. Parallel findet u.a. das Symposium «**Meilensteine in der Hämatologie**» statt.

Ab Montag stehen vor allem wissenschaftliche Themen im Vordergrund. Der Tag beginnt mit dem Symposium «**Aggressive Lymphome - neue Entwicklungen**», in dem u.a. Louis M. Staudt aus Bethesda (USA) sprechen wird. Des Weiteren werden Veranstaltungen u.a. zu den Themen **Versorgungsforschung** und **Qualitätssicherung** angeboten.

Am Dienstag findet z.B. das Symposium «**Grundlagen der Immunantwort gegen Malignome**» statt. Die Debatte «**Ökonomische Fehlsteuerung ärztlicher Entscheidung**» hebt die zunehmend schwierigen Bedingungen in Klinik, Universität und Praxis hervor. Die Jahrestagung schließt mit der Plenarsitzung «**Mammakarzinom**».

Anmeldung und Programm: www.haematologie-onkologie-2012.de oder mobil: m.dgho2012.de
Die Teilnahmegebühren enthalten das ÖPNV-Ticket für Stuttgart.

Weitere Veranstaltungen im Rahmen der Jahrestagung:

Krebs-Patiententag am 20.10.2012 von 09.30 – 17.00 Uhr im Haus der Wirtschaft, Stuttgart

PflegeTagung am 20./21.10.2012: Plenum und Workshops für Pflegekräfte

Studententag am 20.10.2012: Vorträge für Nachwuchskräfte, kostenfrei

Komplementäre Onkologie

Supportive Massnahmen und evidenzbasierte Empfehlungen



Jutta Hübner
2. überarbeitete und erweiterte Auflage
Stuttgart/New York: Schattauer
460 Seiten, 3 Abbildungen
ISBN: 978-3-7945-2853-0
Euro 69.-

Vor 4 Jahren hat Jutta Hübner ihr Lehrbuch der «komplementären Onkologie» erstmals herausgegeben, und jetzt ist bereits eine stark überarbeitete 2. Auflage nötig geworden. Dies beweist wie sinnvoll, ja notwendig diese zusammenfassende Darstellung des Wissens über komplementäre Wirksubstanzen und Verfahren für Fachleute war und ist. Die Autorin hat die alphabetisch geordneten Beiträge zu den einzelnen Substanzen und Verfahren wo nötig korrigiert und ergänzt, dabei die bewährte Struktur konsequent weitergeführt, was ein rasches Auffinden der gewünschten Information ermöglicht.

Die drei einleitenden allgemeinen Kapitel wurden beibehalten, dasjenige zur Ernährung mit einem Abschnitt über Krebsdiäten ergänzt. Diese sind nach wie vor sehr

populär, auch wenn von keiner Krebsdiät, auch neusten stark propagierten Varianten, je Wirksamkeit bewiesen worden ist. Eine Tabelle der häufigsten Krebsdiäten wäre hilfreich.

Verschiedene weitere komplementäre Verfahren werden in 4 neuen Kapiteln besprochen. Die Zuteilung zu den 4 Titeln ist etwas willkürlich und müsste für eine 3. Auflage überdacht werden. Unter «komplexen komplementären Verfahren» werden Akupunktur/Akupressur, Anthroposophische Medizin, Aromatherapie, Ayurvedische Medizin, Homöopathie, Mind-Body-Therapien, Qigong, Tai Chi, Traditionelle chinesische Medizin und Yoga manchmal etwas kurz abgehandelt, teils leider ohne Literaturangaben. Die einleitende Begründung, weshalb die unter «alternative Verfahren» (z.B. die «Germanische Neue Medizin» von Hamer) erwähnten als gefährlich abzulehnen sind, ist etwas kurz geraten. Auch für diese Methoden wären Literaturangaben willkommen. Krebspatientinnen und -patienten möchten in ihrer Mehrheit einen eigenen Beitrag zur Genesung oder Lebensqualitätsverbesserung leisten, sodass die Bewertung von «Verfahren, die von Patienten angewendet werden» (Bachblüten, Energiemedizin, Massage, Schüssler-Salze) sehr sinnvoll ist, sie dürfte durchaus noch erweitert werden! Schliesslich werden noch 3 «Verfahren mit scheinbar wissenschaftlichem Hintergrund» (dendritische Zellen und Tumorpflanzung, Hyperthermie, onkolytische Viren) aufgeführt, ohne Referenzen etwas schwer nachvollziehbar.

Die abschliessende neue Zusammenfassung palliativer, symptomorientierter Behandlungsmöglichkeiten bei fortgeschrittenen Tumorerkrankungen könnte wohl gut in die ausgezeichnete Besprechung etablierter Phytotherapeutika zur Linderung von Tumor-oder Therapiefolgen eingebaut werden.

Hübners Buch hat durch die Überarbeitung viel gewonnen, ist dadurch aber auch 100 Seiten dicker geworden! Besonders wertvoll sind nach wie vor die auf den neusten Stand gebrachten Literaturangaben zu den einzelnen Substanzen, die die versprochenen evidenz-basierten Empfehlungen erlauben. Diese sind wohl abgewogen, klar, aber doch voller Verständnis für die Unsicherheit und Ratlosigkeit vieler Krebspatienten – und ihrer betreuenden Ärzte und Pflegenden. Ihnen wird auch die 2. Auflage von Hübners Werk gute Dienste leisten.

Dr. med. Walter Felix Jungi, Wittenbach

2012

- 04.10.
Fribourg
Onkologische Rehabilitation: Versorgungsmodelle in der Schweiz
Réadaptation oncologique: modèles de soins en Suisse
Fachtagung der Krebsliga Schweiz und oncoreha.ch
Une journée organisée par la Ligue suisse contre le cancer et par l'association oncoreha.ch
Information: Eva Waldmann, Tel. 031 389 93 24, eva.waldmann@krebsliga.ch, www.krebsliga.ch/tagung, www.liguecancer.ch/journee
und www.oncoreha.ch/news
- 19.-23.10.
Stuttgart (DE)
Jahrestagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaften für Hämatologie und Onkologie
Pflegetagung 20.-21.10.2012 – Patiententag 20.10.2012
www.haematologie-onkologie-2012.de
- 26.-27.10.
Lugano
World Oncology Forum (WOF) - Are we winning the war on cancer?
Further information: www.eso.net
- 31.10.
Zürich
Fortbildung: Krebs- und therapiebedingte Knochenkrankungen
Onkologiepflege Schweiz, Hirstigstrasse 13, CH-8451 Kleinandelfingen, www.onkologiepflege.ch
- 01.11.
Bern
SAKK Symposium State of the Art in Oncology Research
Tagung Versorgungsforschung in der Schweiz
Organisation: SAMW und SAKK, www.sakk.ch
- 03.-08.11.
Milan (IT)
3rd ESO-ESTRO Masterclass in Radiation Oncology
European School of Oncology, Via del Bollo 4, I-20123 Milan
Organisation: cgasparotto@estro.net, further information: www.eso.net
- 08.-10.11.
Dublin (IE)
BCY1 - Breast Cancer in Young Women Conference
European School of Oncology, Via del Bollo 4, I-20123 Milan
Organisation: fmarangoni@eso.net, rventura@eso.net, further information: www.eso.net
- 09.11.
Bern
Fortbildung: Aufbaukurs für Fortgeschrittene in pädiatrischer Onkologiepflege
Onkologiepflege Schweiz, Hirstigstrasse 13, CH-8451 Kleinandelfingen, www.onkologiepflege.ch
- 22.-23.11.
Basel
SAKK-Halbjahresversammlung
www.sakk.ch
- 23.-24.11.
Viareggio (IT)
Gene Profiling in Clinical Oncology
European School of Oncology, Via del Bollo 4, I-20123 Milan
Organisation: rventura@eso.net, applications: lrichetti@eso.net, further information: www.eso.net
- 24.-29.11.
Castel Gandolfo (Rome), IT
4th ESO-SIOP Europe Masterclass in Paediatric Oncology
European School of Oncology, ESO Bellinzona Office, Ospedale Regionale Bellinzona e Valli, CH-6500 Bellinzona
Organisation: dknupfer@eso.net, further information: www.eso.net
- 11.12.
Zürich
Fortbildung: Ernährungsprobleme von Patienten mit einer Tumorerkrankung
Onkologiepflege Schweiz, Hirstigstrasse 13, CH-8451 Kleinandelfingen, www.onkologiepflege.ch

2013

- 13.-16.03.
St. Gallen
13th St.Gallen International Breast Cancer Conference 2013
St.Gallen Oncology Conferences (SONK), c/o Tumor and Breast Center ZeTuP, Rorschacherstrasse 150, CH-9006 St.Gallen
info@oncoconferences.ch, www.oncoconferences.ch
- 16.-21.03.
Ermatingen
(Lake Constance)
12th ESO-ESMO Masterclass in Clinical Oncology
European School of Oncology, Via del Bollo 4, I-20123 Milan
Organisation: fmarangoni@eso.net, further information: www.eso.net
- 21.03.
Bern
15. Schweizer Onkologiepflege Kongress - 15e Congrès Suisse des soins en oncologie
Onkologiepflege Schweiz, Hirstigstrasse 13, CH-8451 Kleinandelfingen, www.onkologiepflege.ch
- 15.-17.06.
Ascona
Leukaemia and Lymphoma
European School of Oncology, ESO Bellinzona Office, Ospedale Regionale Bellinzona e Valli, CH-6500 Bellinzona
Organisation: dknupfer@eso.net, registration: lrichetti@eso.net, further information: www.eso.net
- 20.06.
Bern
SAKK-Halbjahresversammlung
www.sakk.ch
- 19.-22.06.
Lugano
12-ICML 12th International Conference on Malignant Lymphoma
ICML Secretariat, Oncology Institute of Southern Switzerland (IOSI), Ospedale San Giovanni, CH-6500 Bellinzona
Fax +41 (0)91 922 20 84, registration@lymphcon.ch, www.lymphcon.ch
- 07.-09.11.
Lisbon (PT)
ABC2 - Advanced Breast Cancer Second International Consensus Conference
European School of Oncology, ESO Bellinzona Office, Ospedale Regionale Bellinzona e Valli, CH-6500 Bellinzona
Organisation: abc@eso.net, registration: lrichetti@eso.net, further information: www.abc-lisbon.org
- 21.-22.11.
Basel
SAKK-Halbjahresversammlung
www.sakk.ch