

Juni 2021

02

Erscheint vierteljährlich
Jahrgang 41

**SCHWEIZER
KREBSBULLETTIN
BULLETTIN SUISSE
DU CANCER**

Réseau Hospitalier Neuchâtelois (RHNe)
P. 133-136

**Schwerpunkt:
Onkologische Rehabilitation**



Editorial

- 87 OnkoReha in der Schweiz: Auf dem Weg zu bedarfsgerechter, vielfältiger und synergistischer Versorgung und garantierter Prozess- und Behandlungs-Qualität
P. Lermen, F. Strasser

Pressespiegel

- 89-93 Cancer in the media

Krebs-Politik beleuchtet

- 94 Herausforderung Pandemie für Krebsbetroffene
F. Lenz

Oncosuisse Forum

- 96-97 Oncosuisse-Initiative: Zugang zu Krebsmedikamenten
D. Kobler
- 97-98 Initiative Oncosuisse: Accès aux médicaments contre le cancer
D. Kobler

Schwerpunktthema: Onkologische Rehabilitation

- 101-104 Ambulante onkologische Rehabilitation
M. Schmocker
- 105-106 Die Rolle der Pflege in der ambulanten onkologischen Rehabilitation Aargau – Interview mit Anita Gutiérrez
I. Bachmann-Mettler
- 107-111 Ambulante OnkoReha: Erfahrungen aus dem Programm der Krebsliga Zürich
M.M. Berkhoff
- 112-116 Die onkologische Rehabilitation zur Wiedereingliederung in den Alltag
J. Perseus, N. Wyrsch, I. Bachmann-Mettler
- 117-119 Über den Qualitätsbegriff und Standards in der onkologischen Behandlungskette
P. Lermen
- 120-122 Cancer Navigation und Survivorship – individuelle, integrierte Versorgung
N. Sperisen, R. Cardinaux-Fuchs, B. Schneider-Mörsch, S. Stoll, J. Haslbeck
- 123-125 Cancer Navigation et Survivorship – des soins individuels et intégrés
N. Sperisen, R. Cardinaux-Fuchs, B. Schneider-Mörsch, S. Stoll, J. Haslbeck
- 126-128 «In der Schweiz leben mehr als 370'000 Cancer-Survivors» – Interview mit Sarah Stoll
S. Häusermann
- 129-131 Integration, Rehabilitation und Onkologie
F. Strasser

Réseau Hospitalier Neuchâtelois (RHNe)

- 133-136 Département d'Oncologie – Réseau Hospitalier Neuchâtelois
A. Stern, B. De Bari

SAKK Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung

- 138 Chicago in the Mountains
- 138 Sign up now for the 15th Swiss PostASCO
- 138 SAKK Training Course for CRC's and CTN's
- 138 SAKK Grants
- 139 SAKK Investigators' Education
- 139 Translational Urogenital Cancer Network Meeting & Award 2021

KFS Krebsforschung Schweiz

- 140 30 Jahre Stiftung Krebsforschung Schweiz (KFS) Stiftung Krebsforschung Schweiz hat über 1000 Forschungsprojekte gefördert
- 141 La fondation Recherche suisse contre le cancer (RSC) a 30 ans La fondation Recherche suisse contre le cancer a soutenu plus de 1000 projets de recherche

KLS Krebsliga Schweiz

- 142 Dialog für eine umweltbewusste Krebsprävention
F. Suter
- 143 Dialogue pour une prévention du cancer consciente de l'environnement
F. Suter
- 144 Eingabe von Forschungs- und Stipendiengesuchen Dépôt des demandes de subsides et de bourses
- 144 Weiterbildungen der Krebsliga Schweiz Formation continue de la Ligue suisse contre le cancer

Peter Hans Hofschneider Professorship

- 145 Prestigious professorship awarded at the Institute of Oncology Research in Bellinzona

SPOG Schweizerische Pädiatrische Onkologie Gruppe

- 146-150 Inpatient Oncologic Rehabilitation for Children, Adolescents and Young Adults in Switzerland
M. Otth, S. Denzler, S. Schmid, B. Setz, K. Scheinemann

OPS Onkologiepflege Schweiz

- 153-154 Onkologische Pflegesprechstunde: Leitfaden für die Entwicklung und Implementierung in der Praxis
M. Sivanathan, I. Kaufmann-Molnár
- 155 2021: Bildungsangebote + Netzwerke Formations continues

Cooperative Groups

- 156 European Thoracic Oncology Platform (ETOP)
H. Roschitzki-Voser
- 157 IBCSG: News from SOFT and TEXT
H. Roschitzki-Voser
- 158-159 IELSG42 clinical trial: The MATRix RICE regimen dramatically improved survival for patients with CNS involvement by lymphoma
K. Cwynarski, A.J.M. Ferreri and E. Zucca

Der seltene Fall

- 161-163 Lymphozytäre Ösophago-Gastritis bei einer Patientin mit frühem triple-negativem Mammakarzinom als Nebenwirkung einer Kombinationstherapie mit Pembrolizumab und Strahlentherapie – ein Fallbericht
A. Schollbach, K. Glatz, C. Keerl, A. Zippelius, M. Vetter
- 164-167 Multimetastatic angiosarcoma of an arteriovenous fistula: a case report with a severe immune-related bleeding and an impressive response to nivolumab
A. Vuilleumier, K. Egervari, E. Fernandez
- 168-170 Exzellentes Tumoransprechen nach sequentieller Kombinations-Immunecheckpoint-Inhibition und Regorafenib bei einem Patienten mit fortgeschrittenem hepatozellulären Karzinom
C.J. Ackermann, U. Güller, M. Joerger

171 Autorenhinweise**172 Agenda****Schwerpunktthema Ausgabe Nr. 3/2021: Prostate Cancer**

Eingabetermine 2021 → Nr. 3/2021: 12. Juli – Nr. 4/2021: 6. September
Erscheinungsdaten 2021 → Nr. 3/2021: Mitte September – Nr. 4/2021: Mitte November



Jetzt anmelden

ONKOLOGIEPFLEGE FORTBILDUNG

Kompetenz und Passion

2. – 3. September 2021, St. Gallen/Schweiz



Neues Datum

PALLIATIVE CARE BEI ONKOLOGISCHEN PATIENTEN

Kompetenz und Passion

28. – 30. Oktober 2021, Kartause Ittingen/Schweiz



Save the Date

9. INTERDISZIPLINÄRES PROSTATAKARZINOM-SYMPOSIUM

2. Dezember 2021, St. Gallen/Schweiz

OnkoReha in der Schweiz: Auf dem Weg zu bedarfsgerechter, vielfältiger und synergistischer Versorgung und garantierter Prozess- und Behandlungs-Qualität

Eine wachsende Zahl von krebsbetroffenen Menschen ist als Folge der Krebserkrankung und/oder der immer effektiver werdenden Therapien mit verschiedensten Einschränkungen des ganzen Menschseins, oder anders ausgedrückt, Behinderungen oder Funktionsdefiziten konfrontiert. Oft können diese durch rehabilitative Therapien verbessert werden, oder «wenigstens» mit einem selbstwirksameren Umgang, welcher die Lebensqualität steigert. Menschen können wieder lebendiger sein: dies ist das Ziel der Onkologischen Rehabilitation.

Die Inhalte der Onkologischen Rehabilitation und deren Anpassung an den individuellen Menschen (strukturierte versus modulare Programme) sind stark abhängig von der Reha-Indikation resp. den Funktionsdefiziten. Diese Heterogenität der Patientenkollektive (exemplarisch: von der post-kurativen Longterm-Survivor Reha zur palliativ-onkologischen Reha nahe am Lebensende) ist ein Grund für die aktuell noch schwache Evidenz für die Wirksamkeit der Onkologischen Rehabilitation. Auch sind die Patient*Innen, die primär in einer ambulanten oder stationären Onkologischen Rehabilitation behandelt werden, in ihren Defiziten und Bedürfnissen äusserst unterschiedlich. Im Unterschied zu vielen anderen Ländern, kennt die Schweiz zum Glück beide Angebote. Ein anderer Grund ist die (noch) unterschiedliche Qualität der Reha-Angebote, weshalb es Behandlungsempfehlungen für die Prozesse der Onkologischen Rehabilitation braucht. Sicherstellen der Qualität im Gesundheitswesen ist zudem eine Vorgabe des Bundes für die nächsten Jahre. Einige Artikel in diesem Heft (Berkhoff MM, Lermen P, Perseus S, Schmocker M et al., Wyrsh N, u.a.) gehen auf Inhalte, Patientenkollektive und Qualität ein.

Die Wichtigkeit ambulanter Rehabilitation und von Spezialangeboten für ambulante Patient*Innen werden in drei Artikeln (Berkhoff MM, Gutierrez A, Schmocker M et al.) beleuchtet und zwei Programme vertieft diskutiert. Sicher ein Meilenstein für die ambulante Onkologische Rehabilitation ist die nationale Studie, initiiert und geführt von der Krebsliga Schweiz (KLS): ein Beispiel der vielfältigen und substantiellen Unterstützung der KLS für die onkologische Rehabilitation.

Im Vergleich zu anderen Rehabilitationsformen (wie z.B. der muskuloskelettalen Rehabilitation) spielen Pflegefachpersonen in der Onkologischen Rehabilitation eine besonders bedeutende Rolle. Dies passt gut zur bewährten Rolle der Onkologie-Pflege, bei der die kontinuierliche und vertraute Begleitung von krebsbetroffenen Menschen und deren Angehörigen in allen Behandlungspfaden der modernen Onkologie im Zentrum stehen. Artikel aus der ambulanten (s.o.) und stationären (Wyrsh N) Onko-Reha wie auch Spezialangebote durch Pflegeexpert*Innen (Sperisen N et al., Stoll S) beleuchten die Rolle von Pflegefachpersonen.

Aktuell muss der Bedarf von krebsbetroffenen Menschen für rehabilitative Therapien als viel höher eingeschätzt werden als die tatsächlich durchgeführten Reha-Interventionen. Konsensus-basierte Indikationskriterien, Sensibilisierung von Onkologie-Fachpersonen und Patient*Innen sowie in der Qualität verbindliche ambulante und stationäre Angebote mit fairer Finanzierung sind wesentliche Schritte, um den Zugang verbessern zu können. Ebenso spielt wahrscheinlich eine gelebte Doppelkompetenz von Onkologie und Rehabilitation eine Rolle für die notwendige verstärkte Integration von rehabilitativen Therapien in die Behandlungspfade der Onkologie. Einige Artikel beleuchten diese Integration und auch innovative Modelle (Lermen P, Sperisen et al., Stoll S, Strasser F).

Die multiprofessionelle Fachgesellschaft oncoreha.ch lädt alle interessierten Fachpersonen zur Mitarbeit ein: punktuell bei Projekten, als Mitglied einer Arbeitsgruppe (AG Ambulante OnkoReha, AG Forschung, AG Kommunikation, AG Qualität, AG Tarife) oder im Vorstand.

Wir freuen uns auf Co-Kreativität.

Peter Lermen
 Berner Klinik Montana
 peter.lermen@bernerklinik.ch

PD Dr. med. Florian Strasser
 Cancer Fatigue und Survivorship Clinic
 cancerfatigueclinic@bluewin.ch

Redaktion

Prof. Dr. Franco Cavalli, Koordination: Sabina Briner
Istituto Oncologico della Svizzera Italiana (IOSI), Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli, 6501 Bellinzona
Tel. 091 811 82 30, Fax 091 811 80 56, sabina.briner@sakk.ch

SAKK

Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung / Groupe Suisse de Recherche Clinique sur le Cancer
Verantwortlich: Svetlana Strobel, SAKK, Effingerstrasse 33, 3008 Bern
Tel. 031 508 41 80, Fax 031 508 41 42, svetlana.strobel@sakk.ch

NICER

Nationales Institut für Krebs epidemiologie und -registrierung / Institut National pour l'Epidémiologie et l'Enregistrement du Cancer
Direktor: Dr. Ulrich Wagner, Foundation National Institute for Cancer Epidemiology and Registration (NICER)
c/o Universität Zürich, Hirschengraben 82, 8001 Zürich, Tel. 044 634 53 74, Fax 044 634 54 44, contact@nicer.org

SPOG

Schweizerische Pädiatrische Onkologie Gruppe / Groupe d'Oncologie Pédiatrique Suisse
Präsidentin: Dr. Katrin Scheinemann, Kantonsspital Aarau, Klinik für Kinder und Jugendliche, 5001 Aarau
Tel. 062 838 49 13, Fax 062 838 49 93, katrin.scheinemann@ksa.ch

KLS

Krebsliga Schweiz / Ligue suisse contre le cancer
Verantwortlich: Stefanie de Borba, KLS, Effingerstrasse 40, Postfach 8219, 3001 Bern
Tel. 031 389 93 31, Fax 031 389 91 62, media@krebssliga.ch

KFS

Stiftung Krebsforschung Schweiz / Fondation Recherche suisse contre le cancer
Verantwortlich: Dr. Rolf Marti, KFS, Effingerstrasse 40, Postfach 7021, 3001 Bern
Tel. 031 389 91 45, Fax 031 389 91 62, rolf.marti@krebssforschung.ch

ISREC / EPFL

Institut Suisse de Recherche Expérimentale sur le Cancer / École Polytechnique Fédérale de Lausanne
Responsable: Prof. Dr. Douglas Hanahan, ISREC-EPFL, Bâtiment SV, Station 19, 1015 Lausanne
Tel. 021 693 06 57, Fax 021 693 06 60, db@epfl.ch

SASRO

Scientific Association of Swiss Radiation Oncology
President: Prof. Dr. med. Jean Bourhis, Service de Radio-Oncologie, Département d'Oncologie, Bureau BH10/918, Rue du Bugnon 46, 1011 Lausanne
Tel. 021 314 46 66, Fax 021 314 46 01, jean.bourhis@cbuv.ch

Oncoreha.ch

c/o Krebsliga Schweiz, Effingerstrasse 40, 3001 Bern, info@oncoreha.ch
Co-Präsidenten: Med. pract. Peter Lermen, Verantwortlicher Internistisch-onkologische und Muskuloskeletale Rehabilitation, Berner Klinik Montana, Tel. 027 485 58 77, peter.lermen@bernerklinik.ch; PD Dr. Florian Strasser, Chefarzt Integrierte Onkologische Rehabilitation und Cancer Fatigue Clinic, Klinik Gais, Tel. 071 791 67 80, flo.strasser@bluewin.ch

OPS

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

SGPO

Schweizerische Gesellschaft für Psychoonkologie / Société Suisse de Psycho-Oncologie
SGPO Geschäftsstelle, c/o Medworld AG, Sennweidstrasse 46, 6312 Steinhausen
Tel. 041 748 07 35, www.psycho-onkologie.ch

SGMO

Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Onkologie / Société Suisse d'Oncologie Médicale
Verantwortlich: Prof. Dr. med. Arnaud Roth, SGMO, c/o Congrex Schweiz, Reinacherstrasse 131, 4053 Basel
Tel. 061 690 92 11, info@sgmo.ch, www.sgmo.ch

SGPath

Schweizerische Gesellschaft für Pathologie / Société Suisse de Pathologie
Verantwortlich: Prof. Dr. med. Chantal Pauli, Universitätsspital Zürich, Institut für Pathologie und Molekularpathologie, Rämistrasse 100, 8091 Zürich
Tel. 044 255 39 44, chantal.pauli@usz.ch

Folgende Firmen sind Mitglieder des SAKK Industrie pools:**PLATIN**

Bristol-Myers Squibb SA/Celgene
Eli Lilly (Suisse) SA
Incyte Biosciences International Sàrl
Janssen-Cilag AG
Roche Pharma (Schweiz) AG
Takeda Pharma AG

GOLD

AbbVie AG
Amgen Switzerland AG
Astellas Pharma AG
AstraZeneca AG
Bayer (Schweiz) AG
Boehringer Ingelheim (Schweiz) GmbH
Daiichi Sankyo (Schweiz) AG

Exact Sciences International Sàrl
(Genomic Health Intl Sàrl)
Gilead Sciences Switzerland Sàrl
GlaxoSmithKline AG/Tesaro
IDEOGEN AG
IPSEN PHARMA GmbH
iQone Healthcare Switzerland
Merck (Schweiz) AG

MSD Merck Sharp & Dohme AG
Myriad Genetics GmbH
Pfizer AG
Pierre Fabre Pharma AG
sanofi-aventis (schweiz) ag/
Sanofi-Genzyme
Servier (Suisse) SA
Vifor AG

Ein verhängnisvoller Irrtum

Impfstoffe rentieren nicht, sagte die Industrie. Der Markt wird es richten, dachte die Politik. Wie das Pharma-Land Schweiz bei der Impfstoffentwicklung ins Abseits geriet.

... Die Schweiz hat mit Novartis und Roche zwei Weltkonzerne. Sie zählen zwar zu den weltweit wichtigsten Forschungsplätzen der Pharmaindustrie, doch in der Bekämpfung der Pandemie spielen sie keine Rolle. Warum nicht? Wie konnten wir derart ins Abseits geraten und von ausländischen Konzernen abhängig werden? Die Antwort ist eine Verkettung von Fehleinschätzungen, nicht nur von Managern, auch von Politikern und Beamten.

Der Verzicht von Novartis auf eine eigene Impfstoffsparte war eine dieser Fehleinschätzungen. Sie folgte einer marktwirtschaftlichen Logik. Die Branche ordnet strategische Entscheide der Kapitalrendite unter und orientiert sich an den Bedürfnissen von Patienten aus reichen Ländern. Novartis und Roche haben sich auf medizinische Felder zurückgezogen, in denen die Zulassungshürden niedriger und die Preise höher sind als bei Impfstoffen. Krebs ist ein solches Gebiet oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Die zweite Fehleinschätzung wurde nicht in Basel getroffen, sondern in Bern. 2013 schloss die letzte Impfstofffabrik des Landes in Bümpliz. Zu lange war Berna Biotech kein Durchbruch mehr in der Forschung gelungen. Ihre Erfolge reichten zurück auf eine Zeit, als Impfstoff mittels Hühnereiern gezüchtet wurde, die Hygienevorschriften lasch waren und Tests an ein paar hundert Probanden für die Zulassung genügten.

Kurz bevor die Lichter ausgingen, hatte die Geschäftsleitung noch einmal beim Bund vorgesprochen und einen ordnungspolitisch brisanten Vorschlag gemacht: Berna könnte doch für die Bevölkerung Grippeimpfstoff produzieren. Alles aus Bern heraus, die gesamte Produktionskette. Der Bund müsste aber die Abnahme garantieren. Dann wäre die Schweiz im Fall einer Pandemie autark, also unabhängig vom Ausland.

Doch die Regierung winkte ab. «Der Aufbau von nationalen Produktionskapazitäten ausschliesslich im Hinblick auf eine inländische Versorgung während einer Pandemie wird als nicht sinnvoll und als nicht machbar angesehen», schrieb der Bundesrat 2014 auf Anfrage eines Parlamentariers.

Damals wie heute gilt als Leitsatz der Regierung: Der Markt soll es richten, die Politik will frei und günstig einkaufen können. Doch Covid-19 zeigt: Im Pandemiefall schaut jeder Staat erst einmal für die eigene Bevölkerung. Selbst befreundete Regierungen schlagen Türen zu und hebeln Marktkräfte aus. Die USA, die weltweit am meisten Impfstoff herstellen, haben ein Exportverbot verfügt.

Dabei hätte es für die Schweiz zu einem frühen Zeitpunkt die Möglichkeit gegeben, sich einen Zugang zu Impfstoff zu sichern. Schon im April 2020 informiert die Schweizer Firma Lonza den Bundesrat über einen Vertragsabschluss mit der US-Firma Moderna. Der Basler Auftragshersteller von Chemie- und Pharmaprodukten verpflichtet sich darin, Impfstoff der US-Biotechfirma in grosser Menge herzustellen. 80 Millionen Franken wird Lonza in den Aufbau der Kapazitäten stecken. Selbst für einen Konzern mit einem Jahresgewinn von gut 800 Millionen Franken ist das kein Pappenstiel. Ob das Vorhaben klappt, weiss zu dem Zeitpunkt noch niemand. Die neuartige Impfstofftechnologie wurde bis dahin nur in kleinen Labors mit viel Handarbeit erprobt. Eine industrielle Produktion in grossem Stil hat noch niemand auf die Beine gestellt. Und ob der Wirkstoff eine Zulassung erhalten würde, war auch noch völlig offen. «Es war ein Risiko», sagt Verwaltungsratspräsident Albert Baehny.

Die Landesregierung lässt die Möglichkeit, sich mit einer frühen Bestellung bei Moderna eine frühe Lieferung zu sichern, verstreichen. Und auf die Idee, wie in den USA heimische Hersteller direkt zu unterstützen, kommt man in Bern schon gar nicht. Erst im Sommer platziert das Bundesamt für Gesundheit eine Vorbestellung bei den Amerikanern, als sich schon sehr viel klarer abzeichnet, dass die neue Technologie funktionieren könnte. Doch dann muss sie sich in eine Reihe mit anderen Bewerbern stellen...

Global betrachtet hat die Pandemie den grössten je da gewesenen Mitteleinsatz gegen eine Gesundheitskrise ausgelöst. Es ist ein Effort, den Regierungen, Hilfsorganisationen und die Gesundheitsindustrie gemeinsam leisten und der nicht so schnell beendet sein wird. Reibungslos verläuft das nicht. Trotzdem scheint sich ein neuer Modus Operandi zwischen Staaten und der Pharmaindustrie einzustellen. Die Politik anerkennt, dass Versorgungssicherheit einen Preis hat und dass die öffentliche Hand ihn bezahlen muss. Die neue Zusammenarbeit fordert Regierungen und Pharmaindustrie gleichermassen. Die Kosten eines erneuten Wegduckens wären aber noch höher...

NZZ am Sonntag, 14. Februar 2021

Die Wissenschaft wurde zu lange ignoriert

In der Corona-Krise haben Bundesrat und Covid-19-Task-Force monatelang aneinander vorbeigeredet. Es brauchte erst eine zweite Welle, bis die Einsicht reifte: Es geht nur zusammen.

Die Schweiz gilt als Wissenschaftsnation. Gemessen an ihrer Grösse gibt es hier überdurchschnittlich viele hochkarätige Wissenschaftler. Das lässt sich mit Zahlen belegen. Egal ob man sich Hochschulrankings, die Zitierrindizes von Publikationen oder die Mittelausstattung von Universitäten anschaut: Stets ist die Schweiz im internationalen Vergleich auf den vorderen Plätzen zu finden. Das wissen auch Politiker zu schätzen. In ihren Sonntagsreden betonen sie gerne, wie wettbewerbsfähig der Denk- und Werkplatz Schweiz ist.

Umso mehr erstaunt es, wie die Schweiz in den letzten Monaten durch die Corona-Pandemie geschlittert ist. Dass die ersten Reaktionen im Frühjahr letzten Jahres etwas kopflös waren, kann man entschuldigen. Denn die Schnelligkeit, mit der sich das aus China kommende Virus über den gesamten Erdball ausbreitete, überraschte auch viele Experten.

Doch auch in den Monaten darauf war das Verhältnis zwischen Wissenschaft und Politik nicht so, wie es sein sollte. Wo ein enger Schulterschluss wünschenswert gewesen wäre, herrschte Distanz und Misstrauen. Statt im Dialog eine langfristige und faktenbasierte Strategie zur Eindämmung der Pandemie zu entwickeln, wurstelten sich der Bundesrat und die Kantone durch die Krise. Dabei hatte das Wort von Lobbyorganisationen oft stärkeres Gewicht als die Stimme der hochgelobten Wissenschaft. Ein Krisenmanagement, das diesen Namen verdient, sieht anders aus.

Die ETH geht voran

Dabei wären die Voraussetzungen für ein konstruktives Miteinander durchaus gegeben. Denn mit der Nationalen Covid-19-Science-Task-Force gibt es in der Schweiz ein Gremium, das breit aufgestellt ist und gewissermassen die Stimme der Wissenschaft verkörpert. Anders als in der Öffentlichkeit oft kolportiert, handelt es sich bei den rund 60 Mitgliedern der Task-Force nicht nur um Epidemiologen und Virologen. Auch Ökonomen, Ethiker und Psychologen tragen auf freiwilliger Basis dazu bei, in den regelmässig veröffentlichten «Policy Briefs» möglichst alle wissenschaftlichen Aspekte der Pandemie zu beleuchten.

Bezeichnend ist, dass der Impuls zur Gründung der Task-Force nicht aus der Politik kam. Sie ging vielmehr aus einer Initiative der ETH Zürich und einiger Wissenschaftler hervor, die über die Entwicklung besorgt waren. Im März letzten Jahres wurde der Task-Force dann vom Bund das Mandat erteilt, die Politik und die Behörden zu beraten...

Diese unverhohlene Wissenschaftsskepsis verkennt das Wesen der Wissenschaft. Wissenschaftliche Erkenntnisse sind selten in Stein gemeisselt. Sie verändern sich im Lichte neuer Daten ständig. Dabei kann es passieren, dass

sich die Wissenschaft irrt. Die wissenschaftliche Methode stellt aber sicher, dass solche Fehler erkannt und korrigiert werden. Was am Ende herauskommt, sind Aussagen, die mehr oder weniger verlässlich sind. So kann man heute zwar noch nicht endgültig sagen, ob die erstmals in Grossbritannien nachgewiesene Variante des Coronavirus um 35, 50 oder um 70 Prozent ansteckender ist. Dass sie sich schneller verbreitet als der Wildtyp, ist allerdings ziemlich sicher. Dass die Wissenschaft solche Unsicherheiten benennt und in ihren Empfehlungen berücksichtigt, ist kein Versagen, sondern eine ihrer grössten Stärken.

Von wenigen Ausnahmen abgesehen, beteiligte sich der Bundesrat nicht an diesem Bashing der Wissenschaft. Aber viel zu lange hat er den direkten Kontakt zur Wissenschaft gemieden. Ansprechpartner für die Task-Force waren das Bundesamt für Gesundheit oder der Krisenstab des Bundesrates. So versandeten viele wichtige Informationen. Verhältnisse wie in Deutschland, wo die Bundeskanzlerin regelmässig zum Telefon greift und sich mit Forschern über die Corona-Krise austauscht, waren in der Schweiz bis vor kurzem undenkbar. Hier schaffte es der Bundesrat noch nicht einmal, Seite an Seite mit Vertretern der Task-Force an einer Medienkonferenz aufzutreten. Das führte unweigerlich zu dem Eindruck, die Politik und die Wissenschaft hätten das Heu nicht auf der gleichen Bühne.

Besonders gross war die Entfremdung im Herbst letzten Jahres. Schon den gesamten Sommer über waren die Fallzahlen exponentiell gestiegen. Dennoch hielt der Bundesrat an seiner Entscheidung fest, ab 1. Oktober wieder Grossveranstaltungen mit mehr als tausend Zuschauern zuzulassen. Er setzte sich damit über die Empfehlungen sowohl der Task-Force als auch der kantonalen Gesundheitsdirektoren hinweg.

Die Folgen sind bekannt: Es kam zu einer zweiten Welle, die viel mehr Opfer forderte als die erste...

Weichen für morgen stellen

Das sind keine guten Voraussetzungen für die Bewältigung zukünftiger Krisen. Niemand weiss, wie diese aussehen werden. Mit ziemlicher Sicherheit dürfte zu ihrer Bewältigung erneut wissenschaftliche Expertise gefragt sein. Es wäre deshalb gut, wenn man sich bereits heute überlegte, wie man das Verhältnis zwischen Politik und Wissenschaft verbessern könnte.

In angelsächsischen Ländern gibt es das Amt des wissenschaftlichen Beraters. Wie die Beispiele USA und Grossbritannien zeigen, garantiert das allerdings noch nicht, dass ein Land besser durch eine Krise kommt. Was es braucht, ist die Bereitschaft der Politik, der Wissenschaft vertrauensvoll zu begegnen und deren Argu-

mente ernsthaft zu diskutieren. Wenn sich die Wissenschaft aufdrängen muss, um gehört zu werden, läuft definitiv etwas verkehrt.

Auf der anderen Seite müssen Wissenschaftler an ihrer Kommunikation arbeiten. Niemand will ihnen einen Maulkorb verhängen. Wenn sie jedoch in einem Gremium wie der Task-Force mitarbeiten, sollten sie dessen Empfehlungen auch nach aussen mittragen können. Sonst schadet das dem Ansehen der Wissenschaft.

Zudem sollten die Forscher klarer kommunizieren, welche Konsequenzen ihre Empfehlungen haben. Es genügt nicht, auf die gesundheitspolitischen Folgen steigender Fallzahlen hinzuweisen. Wenn die Wissenschaft Massnahmen zur Eindämmung der Pandemie empfiehlt, muss sie aufzeigen, wie sich das auf die Ökonomie, auf die Bildungschancen von Kindern und Jugendlichen oder auf das gesellschaftliche Miteinander auswirkt. Teilweise beherzigt das die Task-Force bereits. Es wäre aber bestimmt kein Fehler, wenn in zukünftigen Beratungsgremien auch Politik- und Kommunikationswissenschaftler Platz fänden.

Neue Zürcher Zeitung, 17. Februar 2021

Ein Stoff, der reich macht

Pharmafirmen wehren sich gegen die Forderung, ihre Patente auf Coronaimpfstoffe aufzuheben. Die Entwicklung sei schliesslich ihr Verdienst. Doch das ist falsch.

Einige Pharmafirmen, die mit ihrem Coronaimpfstoff als Erste die Ziellinie zur Zulassung überquert haben, werden allein in diesem Jahr Milliarden kassieren. Zuvorderst die US-Biotech-Firma Moderna, die ihren Impfstoff beim Schweizer Unternehmen Lonza produzieren lässt; aber auch der US-Pharmagigant Pfizer in Kooperation mit der deutschen Firma Biontech, die ihren Sitz in Mainz hat, «An der Goldgrube 12».

Die erwarteten Milliardengewinne liessen den Aktienkurs von Moderna seit Anfang 2020 von rund 20 auf rund 180 US-Dollar katapultieren, womit laut Finanzplattform Bloomberg allein CEO Stéphane Bancel bis Dezember 2020 4,8 Milliarden US-Dollar gewonnen hat. Auch Biontech-CEO Ugur Sahin machte 4 Milliarden vorwärts.

Dass mitten in einer riesigen Weltwirtschaftskrise einige Milliarden kassieren, während arme Länder sich kaum genügend der teuren Impfdosen sichern können, stösst auf immer lautere Kritik. Gut hundert Regierungen, aber auch nichtstaatliche Organisationen wie Ärzte ohne

Grenzen oder Oxfam sowie die Uno-Menschenrechtskommission fordern von der Welthandelsorganisation (WTO) die temporäre Aussetzung der Impfstoffpatente, damit mehr billige Dosen hergestellt werden können. In der Schweiz haben unter anderem Amnesty International und Public Eye den Bundesrat aufgefordert, sich dafür einzusetzen.

Der Pharmakonzern Astra Zeneca hat deshalb versprochen, während der Pandemie keinen Profit mit dem Impfstoff zu machen. Von der Forderung, auf Gewinne zu verzichten, halten Moderna, Biontech und Pfizer jedoch nichts. «Man muss sehr fanatisch und radikal sein, um so etwas gerade jetzt zu verlangen», sagte Pfizer-CEO Albert Bourla dem US-Magazin «Barron's». Die Impfungen seien das Verdienst der Firmen.

Das ist falsch. Zu diesem Schluss kommt die WOZ, nachdem sie mit verschiedenen Expertinnen gesprochen, Studien, Datenbanken und Geschäftsberichte durchforstet und bei den Firmen selbst nachgefragt hat. Erstens beruhen die Impfungen auf jahrzehntelanger öffentlich finanzierter Forschung. Zweitens haben die Firmen letztes Jahr nochmals Milliarden an Finanzspritzen zur Entwicklung der Impfstoffe erhalten. Und drittens haben Regierungen weltweit den Firmen Absatzgarantien gegeben – bevor sie die jeweilige Wirksamkeit der Impfstoffe kannten...

Dass Moderna und Biontech ihre riesigen Profite vor allem durch die Privatisierung öffentlich finanzierter Forschung erzielen, ist das vielleicht stärkste Argument, das jene hundert Regierungen und NGOs in der Hand haben, die von der WTO nun die vorübergehende Aussetzung der Patente fordern: Von der Allgemeinheit finanzierte Forschung soll nicht Privaten, sondern der Allgemeinheit gehören. An der letzten vorbereitenden WTO-Sitzung hat jedoch die Schweiz zusammen mit anderen Industrieländern die Forderung erfolgreich blockiert. Die definitive Abstimmung erfolgte Anfang März.

Diese Politik geht auf Kosten der Armen. Denn die Patente, die den Firmen riesige Profite bringen, führen gleichzeitig zu einer zu geringen Produktion von Impfdosen. Die knappen Dosen gehen an jene Länder, die am meisten bezahlen können. So haben sich viele reiche Länder so viele Impfdosen gesichert, dass sie bis Ende Jahr die Bevölkerung mehrmals durchimpfen könnten.

Gleichzeitig werden gemäss einer Auswertung der NGO-Vereinigung The People's Vaccine Alliance siebzig ärmere Länder nur gerade zehn Prozent der Menschen impfen können. Das könnte Zehntausende, vielleicht gar Hunderttausende Menschen das Leben kosten.

WOZ, 18. Februar 2021

«Schuld ist das Virus, nicht der Bundesrat

Alain Berset zieht Bilanz – Der Gesundheitsminister über die Stimmung im Land, den Diktator-Vorwurf und 1 Jahr Regieren ohne Gewissheiten.

...

Herr Berset, vor einer Woche kündigten Sie Öffnungsschritte im Monatsrhythmus an. Weil es Zeit brauche, um die Auswirkungen der Massnahmen zu beurteilen. Nun verkürzen Sie auf drei Wochen. Sind Sie eingeknickt?

Alain Berset: Der Bundesrat betreibt keine Ideologie, sondern versucht, mit den richtigen Massnahmen den bestmöglichen Weg zu beschreiten. Dabei wägt er ab und handelt nach bestem Wissen und Gewissen. Mit dem verkürzten Öffnungsrhythmus berücksichtigt er den breit geäusserten Wunsch, falls möglich etwas schneller zu öffnen. Damit nehmen wir ein gewisses Risiko in Kauf. Wir alle möchten wieder etwas mehr Möglichkeiten haben.

Die Gastronomie ist bitter enttäuscht. Haben Sie Verständnis dafür?

Sehr! Die Wirtinnen und Wirte können – wie viele andere Bereiche – zurzeit nicht oder nicht voll arbeiten. Das ist frustrierend. Schuld daran ist das Virus, nicht der Bundesrat. Die Wirte können nichts dafür, das Virus überträgt sich einfach leichter in geschlossenen Räumen und an Orten, wo sich Menschen ohne Maske treffen. Zum Glück gibt es wirtschaftliche Unterstützung.

Je länger die Krise dauert, umso rauer wird der Ton – besonders Ihnen gegenüber. Die SVP bezeichnet Sie als Diktator. Was sagen Sie dazu?

Es ist schwierig für mich, das zu kommentieren. Das ist nicht unsere politische Kultur. Der Bundesrat arbeitet zu siebt.

Tonangebend im Corona-Dossier dürften aber Sie sein.

Unsere Arbeitsweise ist bekannt. Wenn es um Gesundheitspolitik geht, mache ich dem Bundesrat Vorschläge. Dieser diskutiert und entscheidet dann – und ändert oft, was ich vorgeschlagen habe. Das funktioniert nicht erst seit 2020 so – sondern seit 170 Jahren.

In der ausserordentlichen Lage hat der Bundesrat durchregiert – und ist dafür kritisiert worden. Haben Sie darum im Herbst die Zügel schleifen lassen?

Wir haben nicht «durchregiert». Wir standen immer im Austausch mit Kantonen, Parlament, Parteien und Interessenvertretern. Zum Herbst: Jetzt behaupten viele, man habe die zweite Welle vorhersehen müssen. Natürlich war klar, dass diese kommt. Es waren aber alle Länder überrascht von deren Stärke und dem frühen Zeitpunkt. Als die Lage ausser Kontrolle zu geraten drohte, haben wir reagiert.

Zu spät. Anfang November wurden erstmals über 10 000 Fälle an einem Tag gezählt, reagiert haben Sie erst im Dezember.

Das stimmt so nicht, wir hatten ja bereits im Oktober nationale Verschärfungen beschlossen. Zu Beginn der zweiten Welle war vor allem die Westschweiz betroffen. Die Kantone dort haben weiterführende Massnahmen ergriffen – erfolgreich, die Neuansteckungen gingen zurück. Als der Rückgang im Dezember stockte, hat der Bund wieder übernommen. Auch weil die Festtage vor der Tür standen, was hätte gefährlich werden können. Dazu kamen noch die ansteckenderen Virusvarianten.

Die Lage damals war vergleichbar mit der in Österreich – und Österreich ging Anfang November in den Lockdown. War es nie ein Thema, früher einzugreifen?

Die Kantone haben gehandelt. Man darf nicht vergessen, dass die wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Folgen solcher Entscheide brutal sind. Der Bundesrat versucht während dieser ganzen Krise, die Gesamtsituation in der Schweiz im Auge zu behalten. So war es ihm ein grosses Anliegen, die Schulen offen zu halten. Ziel des Bundesrats war immer, Leid zu verhindern, das vom Virus und den nötigen Massnahmen ausgeht.

Contact-Tracing-Datenbank, Impf-Anmeldesystem – so richtig funktioniert hat nichts. Im Grunde genommen sind wir ein Jahr nach der Pandemie immer noch im Blindflug. Wieso kriegt Ihr BAG die Digitalisierung immer noch nicht auf die Reihe?

Das ist ein sehr hartes Urteil. Wir verbessern – wie alle Länder – die Datenlage ständig. Es musste alles neu aufgebaut werden. Das nicht alles von Beginn weg klappt, ist normal. Vieles läuft gut, ist aber kein öffentliches Thema. Eine Impf-Kampagne in diesem Ausmass führen wir zum ersten Mal durch. Auch so breites Testen und Contact Tracing haben wir bis jetzt nie machen müssen! Aber ich gebe Ihnen recht: Unser Land ist punkto Digitalisierung nicht dort, wo es sein sollte – nicht nur im Gesundheitswesen. Ich hoffe, wir lernen auch das aus dieser Krise und machen endlich vorwärts...

Mit Astrazeneca scheint es Probleme zu geben, gleichzeitig hört man Gutes über den russischen Impfstoff Sputnik V. Wäre der was für uns?

Wir prüfen alle Pisten. Voraussetzung ist aber, dass die Hersteller ein Zulassungsgesuch bei Swissmedic stellen.

Haben Sie Ihre zweite Impfdosis schon bekommen? Ein Bundesratskollege von Ihnen, Ueli Maurer, hat ja darauf verzichtet.

Ich habe mir diese Frage gar nicht gestellt. Wenn es heisst, man braucht bei dieser Impfung zwei Dosen, dann richte ich mich danach.

Wir haben über die unterschätzte zweite Welle gesprochen. Woher wissen Sie, dass Sie die Situation jetzt nicht auch unterschätzen?

Wir wissen es nicht. In einer Pandemie gibt es keine Gewissheiten. Ich verstehe, dass die Leute genug haben von der Unsicherheit. Aber wir können es nicht ändern. Der Bundesrat ist überzeugt, dass es richtig ist, jetzt zu öffnen. Schrittweise, vorsichtig, kontrolliert.

Hätten Sie den Mut, bei Bedarf auch wieder zu verschärfen?

Wenn sich die Lage drastisch verschlechtert, wird der Bundesrat das neu beurteilen und entsprechend reagieren. Das gilt auch für den Fall, dass sich die Situation schneller bessert. Dann öffnen wir rascher.

Glauben Sie ernsthaft, dass Sie Mehrheiten finden, um angekündigte Lockerungen wieder zurückzunehmen?

Es geht nicht darum, wer welche Mehrheiten holt. Sondern darum, vernünftig zu entscheiden, was das Beste für das Land ist. Die Mitglieder des Bundesrats bewältigen diese Krise gemeinsam, auch wenn gewisse Kreise das nicht wahrhaben wollen. Nochmals: Ich glaube, dass die Aussichten nicht schlecht sind, trotz der neuen Virusvarianten und der nach wie vor hohen Fallzahlen. Wir haben die Impfung, wir testen viel mehr, und in wenigen Wochen wird uns das warme Wetter hoffentlich auch noch helfen. Und wenn weiterhin alle mitmachen und die Massnahmen umsetzen, schaffen wir das – gemeinsam!

Blick, 25. Februar 2021

Mit günstigen Impfungen könnte es bald vorbei sein

Die meisten Pharmakonzerne halten sich bedeckt, wenn es um Geschäfte mit der Pandemie geht.

Die Zurückhaltung ist verständlich, denn wer möchte schon als Profiteur gebrandmarkt werden in einer Zeit, in der die Welt noch immer mit der grössten Gesundheits- und Wirtschaftskrise seit Jahrzehnten kämpft? Doch es gibt Ausnahmen. Die beiden amerikanischen Impfstoffhersteller Pfizer und Moderna lassen zumindest gegenüber Investoren keine Zweifel daran, dass sie sich von der Pandemie milliardenschwere Einnahmen versprechen.

Vergangene Woche posaunte der Chef von Moderna, Stéphane Bancel, in die Welt hinaus, es sei der Firma gelungen, für das laufende Jahr bis anhin Bestellungen im Wert von 18,4 Mrd. \$ zu akquirieren. Bereits Anfang Februar hatte der Konkurrent Pfizer erklärt, bei seinem Impfstoff gegen Sars-CoV-2 im laufenden Jahr mit einem Umsatz von mindestens 15 Mrd. \$ zu rechnen.

Wie alle Anbieter von Covid-19-Impfungen haben Pfizer und Moderna zunächst darauf verzichtet, in Preisverhandlungen mit Regierungen das Maximum herauszuholen. Im Wissen darum, dass die Nachfrage im ersten Jahr ohnehin riesig sein dürfte, boten sie vielmehr Hand zu moderaten Preisen. Zwei weitere bedeutende Anbieter, AstraZeneca und Johnson & Johnson, erklärten sich sogar bereit, ihre Vakzine während der Pandemie zu nicht gewinnbringenden Preisen abzugeben.

Deutlich mehr dürften die Pharmafirmen für ihre Impfstoffe verlangen, sobald dank sinkenden Fallzahlen die Pandemie zu einer Epidemie heruntergestuft werden kann. Einen Vorgeschmack darauf, wie teuer der Impfschutz in Zukunft werden könnte, gibt Pfizer. Die Firma weist darauf hin, dass für Vakzine in den USA normalerweise 150 oder 175 \$ bezahlt würden und nicht \$ 19.50 pro Dosis wie zurzeit für die Covid-19-Impfung. Der Konzern ist bestrebt, dank regelmässigen Nachimpfungen aus seiner nun erfolgreich erprobten Messenger-RNA-Technologie ein langfristiges Geschäft zu machen. Möglichst noch vor 2025 soll auch eine jährliche Grippeimpfung auf dieser Basis auf den Markt gebracht werden.

Neue Zürcher Zeitung, 2. März 2021

Propriété intellectuelle: une entrave au vaccin

La lutte contre le Covid-19 a fait un immense pas en avant, puisque les campagnes de vaccination ont commencé dans plusieurs pays, dont la Suisse.

Ces campagnes représentent une possibilité tangible de mettre fin à cette pandémie. Toutefois, les pays riches, dont la Suisse, signent des ententes bilatérales afin de garantir l'achat de milliards de doses de vaccins pour leurs populations. Le revers de la situation est que d'autres pays devront attendre plusieurs mois, voire années, avant d'obtenir un approvisionnement en vaccins. Dans la situation actuelle, près de 70 pays ne pourront pas vacciner plus d'une personne sur dix cette année.

Ce «nationalisme vaccinal», que la production mondiale insuffisante due aux monopoles exacerbe, mine les efforts globaux pour garantir une disponibilité suffisante et une distribution équitable des vaccins au niveau mondial. C'est le fruit d'un système qui privilégie l'exclusivité de fabrication par de grands groupes pharmaceutiques plutôt qu'une production décentralisée et multipliée.

Déroger au régime actuel de propriété intellectuelle permettrait d'accélérer la production

décentralisée de traitements contre le Covid-19 et d'enrayer plus rapidement la pandémie. Plus de 100 pays soutiennent déjà la demande de dérogation temporaire à certaines règles internationales en matière de propriété intellectuelle soumise par l'Inde et l'Afrique du Sud à l'OMC. Toutefois, un groupe de pays - dont la Suisse - a jusqu'à présent rejeté une dérogation de l'Accord sur les ADPIC (accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce). Cet accord garantit aux entreprises pharmaceutiques des droits étendus de protection de la propriété intellectuelle.

En amont d'une séance cruciale de négociations à l'OMC, le 4 février, Amnesty International et Public Eye demandent au Conseil fédéral de ne plus s'opposer à une dérogation temporaire aux règles internationales sur la propriété intellectuelle. Cette exception est essentielle car elle permettrait à d'autres entreprises de produire et distribuer des vaccins et des médicaments contre le Covid-19 dans le monde entier. Si la dérogation était acceptée, chaque État membre de l'OMC pourrait décider, s'il le souhaite, de ne pas tenir compte de la propriété intellectuelle concernant les tests diagnostiques, les traitements ou les vaccins contre le Covid-19 tant que durera la pandémie.

La dérogation permettrait un gain de temps crucial, mais aussi une liberté d'action pour démultiplier la production des moyens de lutte contre le Covid-19, répondant à des besoins locaux ou régionaux non couverts actuellement. Ainsi, une firme locale disposant du savoir-faire nécessaire serait autorisée à les produire sans avoir à négocier longuement une licence.

Les gouvernements et l'industrie pharmaceutique ont l'obligation de veiller à ce que tous les pays partagent les bénéfices de la recherche scientifique et accèdent aux produits et traitements médicaux nécessaires pour lutter contre le Covid-19.

Soutenir la dérogation à l'Accord sur les ADPIC est une étape importante pour répondre à ces obligations et in fine enrayer la pandémie!

La Tribune de Genève, 2 février 2021

Une nouvelle stratégie nationale pour faire reculer le cancer

Doté de 1,74 milliard d'euros sur cinq ans, ce plan fixe l'objectif de prévenir et dépister davantage la maladie, qui cause 157 000 décès par an.

Emmanuel Macron devait officiellement lancer, jeudi 4 février, une stratégie nationale décennale (2021-2030) de lutte contre les cancers, financée à hauteur de 1,74 milliard d'euros sur 2021-2025. Soit 20% de plus que les trois précédents plans cancer. Fait notable, la moitié de ce budget sera allouée à la recherche.

Chaque année, plus de 157 000 personnes meurent d'un cancer en France. Au total, 3,8 millions de personnes vivent avec la maladie. Quatre nouveaux cancers sur dix seraient évitables. Soit 153 000 nouveaux cancers par an qui seraient prévenus, si la population adhérerait aux programmes de dépistage organisé, s'alimentait de façon équilibrée, pratiquait une activité physique régulière.

Améliorer les taux de survie

La nouvelle stratégie fixe trois objectifs chiffrés. Faire baisser de 60 000 cas par an le nombre de nouveaux cancers évitables d'ici à 2040. Réaliser 1 million de dépistages supplémentaires chaque année d'ici à 2025. Et faire passer de deux tiers à un tiers le taux de patients souffrant de séquelles cinq ans après le diagnostic. A cela s'ajoute un quatrième objectif non chiffré: améliorer les taux de survie à cinq ans des cancers de plus mauvais pronostic à l'horizon 2030 - ces taux sont inférieurs à 33% pour sept localisations de cancers (pancréas, œsophage, foie, poumon, système nerveux central, notamment).

Pour y parvenir, plusieurs axes sont privilégiés, qui convergent avec ceux du plan européen annoncé le 3 février par Ursula von der Leyen. La Commission européenne allouera 4 milliards d'euros à ce plan, avec un soutien important à la recherche et un effort contre les cancers des enfants, adolescents et jeunes adultes.

Premier axe de la stratégie nationale: améliorer la prévention. A charge ici, pour la recherche, d'identifier les mécanismes psychosociaux d'adhésion aux messages de prévention, en particulier chez les jeunes. Tabac et alcool sont en ligne de mire: ils sont respectivement responsables de 45 000 et 16 000 décès par cancer chaque année. La nécessité de «*miser sur tous les leviers*» est mise en avant. «*Priorité absolue*», la guerre contre le tabagisme affiche une ambition: parvenir à une «*première génération sans tabac*» d'ici à 2032.

Pour ce qui est de l'alcool, une expertise collective de l'Inserm sur la réduction des dommages liés à sa consommation est attendue au premier semestre 2021. Elle devrait permettre de «*définir un programme national de prévention du risque*» lié à l'excès d'alcool. Parmi les leviers mobilisables: une régulation de l'offre, une amélioration des messages de prévention. Toujours dans cet axe «*prévention*», la recherche sera mobilisée pour «*mieux appré-*

hender les expositions [aux facteurs de risque environnementaux] et leurs effets», notamment les effets «cocktail».

Les programmes de dépistage, par ailleurs, seront renforcés. Chaque année en France, 9 millions de personnes participent à l'un des trois programmes de dépistage organisé (sein, côlon et col de l'utérus). Le but est de porter ce nombre à 14 millions en 2025. La marge de progrès est importante: 7 personnes sur 10 concernées par le dépistage du cancer du côlon, par exemple, ne le font pas. Autre enjeu: accentuer les recherches pour trouver de nouveaux dépistages, notamment sur les cancers du poumon ou de la prostate.

Deuxième axe: limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie. Un dispositif d'évaluation des séquelles sera mis en place. Leur prise

en compte devrait devenir un critère de choix «de même rang que l'efficacité thérapeutique». Un effort particulier sera porté aux cancers de l'enfant et des jeunes, qui guérissent plus mais au prix, parfois, de troubles durables. En matière de qualité de vie, par ailleurs, une simplification des démarches administratives, une limitation du reste à charge et une extension du droit à l'oubli (sans plus de précision) sont annoncées.

Troisième axe: lutter contre les cancers dont le pronostic est mauvais. «Le diagnostic et l'orientation rapides doivent être les pierres angulaires» du parcours de soins; des réseaux d'excellence seront mis en place. Avec une «priorité forte»: les cancers de l'enfant, de l'adolescent et du jeune adulte. Pour améliorer les taux de guérison et la qualité de vie, les efforts porteront sur «les innovations thérapeutiques et la

structuration à long terme d'un suivi personnalisé». Dès 2021, les cancers pédiatriques feront l'objet d'un effort de recherche supplémentaire via des appels à projets de l'Institut national du cancer (INCA), auxquels s'ajouteront 5 millions d'euros sur ce thème reconduits par le ministère de la recherche.

Concernant l'effort de recherche, enfin, les investissements du plan France médecine génomique seront poursuivis. Deux autres «thèmes majeurs» seront financés: les biothérapies et la santé numérique. De nouveaux programmes de recherche «High Risk, High Gain» seront lancés par appels à projets, afin de favoriser les découvertes «disruptives». Le but est de favoriser une médecine de précision, plus personnalisée.

Le Monde, 5 février 2021

Screening is associated with lower mastectomy rates in eastern Switzerland beyond stage effects

Herrmann C, Morant R, Walser E, Mousavi M, and Thürlimann B.

Abstract

Background

A recent study found an influence of organized mammography screening programmes (MSPs) on geographical and temporal variation of mastectomy rates. We aimed to quantify the effect on the example of one of the cantonal programmes in Switzerland.

Methods

We used incidence data for the years 2010–2017 from the cancer registry of Eastern Switzerland. We included women with invasive-non-metastatic breast cancer (BC) in the screening age group 50–69-year-olds in the canton of St.Gallen. We compared mastectomy rates among cancer patients detected through the organised screening programme (MSP) vs. otherwise detected by stage.

Results

MSP-detected patients in St.Gallen presented with lower stages. 95% of MSP-detected had stages I-II vs 76% of Non-MSP-detected. Within all non-metastatic stage, tumour size and nodal status groups, MSP-detected patients had lower mastectomy rates, overall 10% vs 24% in 50–69-year-old non-participants. Their odds of receiving a mastectomy are about half of the Non-MSP-detected (OR = 0.48, p = 0.002).

Conclusions

Our study showed that MSPs have a positive effect on lowering mastectomy rates. Screening participants are significantly less likely to receive a mastectomy compared to non-participants, which must be attributed to additional factors than just lower stages. Lower mastectomy rates lead to a higher quality of life for many patients.

BMC Cancer 21: 229, 2021

Herausforderung Pandemie für Krebsbetroffene

Krebs und dessen Behandlung stellen für Betroffene eine immense Herausforderung dar – während der Coronapandemie ist für viele die psychische Belastung noch grösser. Die Krebsliga unterstützt Krebsbetroffene und ihre Angehörigen mit verschiedenen Beratungs- und Informationsangeboten. Wichtig ist aber auch der Einsatz für ihre Anliegen auf politischer Ebene.

Verschiedene Studien zeigen, dass Krebspatientinnen und -patienten bei einer Covid-19-Infektion ein höheres Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf haben. Zudem haben sie im Vergleich zu infizierten Menschen ohne Krebserkrankung eine höhere Sterbewahrscheinlichkeit. Nicht jede und jeder der Krebsbetroffenen ist aber gleich anfällig für eine Infektion mit dem Coronavirus und gleich gefährdet für die Entwicklung eines schweren Krankheitsverlaufs. Nebst der Art und dem Stand der Therapie hängt das individuelle Risiko von weiteren Faktoren ab, z.B. von der Art der Krebserkrankung, vom Alter und von allfälligen Begleiterkrankungen. Noch sind zu wenig Erfahrungen und Langzeitdaten zu Krebs- und Covid-19-Erkrankungen vorhanden. Im Sinne des Vorsorgeprinzips sollen Menschen mit oder nach einer Krebserkrankung grundsätzlich vorsichtig sein. Entsprechend zählt sie das Bundesamt für Gesundheit in Zusammenhang mit den Coronavirus-Massnahmen zu den sogenannten «besonders gefährdeten Personen». Krebsbetroffene sind daher darauf angewiesen, dass sich auch ihre Mitmenschen an die empfohlenen Schutzmassnahmen halten.

Die Ängste und Unsicherheiten von Krebsbetroffenen haben während der Pandemie zugenommen. Die meisten kantonalen und regionalen Krebsligen sowie die Beraterinnen des Krebstelefons spürten dies 2020 deutlich durch die höhere Inanspruchnahme der Beratungsangebote. Insbesondere der psychoonkologischen Beratung kommt zurzeit eine noch stärkere Bedeutung zu. Gerade im ersten Lockdown hatten sich viele Krebsbetroffene und Angehörige in die eigenen vier Wände zurückgezogen, was Isolationsgefühle, Einsamkeit oder auch familienin-

terne Spannungen zur Folge haben konnte. Um die aktuelle Situation der Betroffenen zu verbessern, setzt sich die Krebsliga unter anderem für folgende Anliegen ein:

- Rascher schweizweiter Zugang zum Impfstoff für Krebsbetroffene (gemäss Impfpflicht des Bundes gehören Personen mit einer Krebserkrankung unter aktiver Therapie oder mit einer bösartigen hämatologischen Erkrankung zur prioritären Impfgruppe) und ebenso für Angehörige und Personen die im gleichen Haushalt leben.
- Breitgefächerte und adäquate psychologische Beratungsangebote für Krebsbetroffene und Angehörige, ohne unnötige zeitliche Einschränkung sowie eine bessere Vergütungsregelung für ambulante telemedizinische psychologische Beratung.
- Sicherer Zugang zu allen notwendigen medizinischen Untersuchungen und Eingriffen und Sensibilisierung der Betroffenen für die Aufrechterhaltung ihrer Behandlung. Ebenso sicherer Zugang zu Untersuchungen im Rahmen der Früherkennung.
- Ermöglichung der Begleitung und Unterstützung von Angehörigen während der Behandlung und insbesondere in palliativen Situationen.
- Bessere spezifische Information und Entlastungsangebote für Krebsbetroffene und Angehörige.
- Kulanz der Arbeitgeber in individuellen unsicheren arbeitsrechtlichen Situationen von besonders gefährdeten Personen und ihren Angehörigen.

Die Folgen der aktuell herausfordernden Situation werden in allen Lebensbereichen und auch gesundheitspolitisch noch lange spürbar sein. Es ist zu wünschen, dass wir aus der Coronapandemie die richtigen Lehren ziehen für die künftige optimale Gesundheitsversorgung in der Schweiz.

Franziska Lenz
Leiterin Public Affairs, Krebsliga Schweiz
franziska.lenz@krebisliga.ch

Oncosuisse-Initiative: Zugang zu Krebsmedikamenten

Die Oncosuisse-Initiative wurde am 9. November 2019 offiziell lanciert und kann mittlerweile auf ein Netzwerk von fast 100 Experten rund um das Thema «Zugang zu Krebsmedikamenten» zählen. Im September 2020 haben die Mitglieder des Netzwerks im Rahmen eines Workshops nach der Methodik der Gouvernementalen Lernspirale insgesamt sechs Massnahmen identifiziert und spezifiziert, die den Zugang zu Krebsmedikamenten sicherstellen sollen. Sie werden diese Massnahmen nun mit der operativen Unterstützung von Oncosuisse bearbeiten und weiterführen. Eingebettet ist die Initiative in das neue Nationale Krebsnetzwerk Oncosuisse Forum.

«Off-Label-Use» im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit

Die Thematik der Medikamentenverordnung im Off-Label-Use ist hoch aktuell; entsprechend sind vier der sechs Massnahmen speziell diesem Thema gewidmet. Sie adressieren u.a. den administrativen Aufwand für Onkologen und Krankenversicherungen oder die Verbreitung von Informationen und Wissen. Letztlich tragen sie aber alle dazu bei, den Patientinnen und Patienten einen besseren und gleichberechtigten Zugang zur Behandlung zu ermöglichen. Hier die vier Massnahmen im Überblick:

- *«Erweitertes Antragsrecht»*
Bei dieser Massnahme geht es darum, den Kreis an Organisationen zu erweitern, welche berechtigt sind, Anpassungen der Spezialitätenliste (z.B. neue Indikation oder Indikationserweiterung) in Bezug auf bestimmte alte, patentabgelaufene Arzneimittel zu beantragen. Dies können beispielsweise Organisationen wie medizinische Fachgesellschaften, Patientenverbände oder Krankenkassen sein.
- *«Empfehlungsliste»*
Ziel dieses Projektes ist es, eine Liste von preiswerten Medikamenten zu erstellen, deren Patentschutz abgelaufen ist und die (fast) immer von den Krankenkassen erstattet werden, die aber dennoch eine Kostenübernahmegarantie durch die Krankenkassen nach Art. 71a-d KVG erfordern. Das Ziel dieses Projekts ist es, ein vereinfachtes und schnelles Antragsverfahren für diese speziellen Medikamente zu etablieren.

- *«Expertengremium für schwierige Fälle»*
Diese Massnahme konzentriert sich im Wesentlichen auf sehr spezifische Fälle von «Off-Label»-Behandlungen. Bei der immer grösser werdenden Komplexität der personalisierten Medizin geht es hier um die Einrichtung eines Expertengremiums, das zur Unterstützung bei der Bewertung des therapeutischen Nutzens einer Behandlung herangezogen werden kann. Es geht nicht darum, das aktuelle Verfahren zu ersetzen, sondern vielmehr darum, bei Bedarf eine Reihe von Expertenmeinungen zur Verfügung zu stellen.
- *«Kosten-Nutzen»*
Wir konzentrieren uns hier insbesondere auf die von Art. 71b FMedG betroffenen Fälle, d.h. Behandlungen, die in der Schweiz zugelassen sind, aber noch nicht auf der Spezialitätenliste stehen. In diesen Fällen ist der therapeutische Nutzen aufgrund fehlender klinischer Studien manchmal schwer zu beurteilen. Darüber hinaus ist die Erstattung auch vom Erfolg der Preisverhandlung zwischen der Krankenkasse und dem Pharmaunternehmen abhängig. Der fehlende Nachweis eines therapeutischen Nutzens kann daher ein Hindernis für die Erstattung der Behandlung und damit für den Zugang zu ihr sein. Das Ziel dieser Massnahme ist es, eine Plattform zu bieten, auf der das gesamte aktuelle Wissen über diese neuen Behandlungen zusammengeführt wird.

Bessere gemeinsame Nutzung von Informationen für mehr Effizienz

Die letzten beiden Massnahmen befassen sich mit der Frage des Zugangs zu Krebsmedikamenten im weiteren Sinne.

- *«Wissenstransfer gewährleisten»*
Ziel dieses Projektes ist der Aufbau eines zentralen Registers, in dem klinische und molekulare Daten zusammengeführt werden, um einen Wissenstransfer zu ermöglichen. Somit wäre es möglich, präzise Kosten-Nutzen-Analysen durchzuführen und eine höchstmögliche Versorgungsqualität zu gewährleisten, die auf Real World Data beruht.
- *«Internationale Zusammenarbeit»*
Diese Massnahme zielt darauf ab, den Austausch und die Schaffung von internationalen Netzwerken und Initiativen zu fördern. In der Tat ist es für die Staaten

aufgrund mangelnder Ressourcen zunehmend komplexer geworden, Aktivitäten wie Horizon Scanning, Health Technology Assessment oder Preisverhandlungen selbst durchzuführen. Diese Aktivitäten könnten wesentlich effizienter durchgeführt werden, wenn sie gemeinsam und koordiniert durchgeführt würden.

Wenn Sie sich an einer dieser Massnahmen beteiligen möchten oder Fragen zur Initiative haben, wenden Sie sich bitte an Dr. Dimitri Kohler (lernspirale@oncosuisse.ch), Projektkoordinator der Oncosuisse-Initiative.

Für Fragen zu Oncosuisse und zum neuen Nationalen Krebsnetzwerk Oncosuisse Forum steht Ihnen der Geschäftsführer Dr. Michael Röthlisberger (m.roethlisberger@oncosuisse.ch) gerne zur Verfügung.

*Dr. sc. oec. Dimitri Kohler
Projektleiter der Oncosuisse-Initiative, Oncosuisse Forum und
wissenschaftlicher Mitarbeiter Kosten & Vergütung
Krebsliga Schweiz, dimitri.kobler@krebsliga.ch*

Initiative Oncosuisse: Accès aux médicaments contre le cancer

L'Initiative Oncosuisse a été officiellement lancée le 9 novembre 2019 et peut maintenant compter sur un réseau composé de près d'une centaine d'experts qui couvrent l'ensemble des aspects liés au thème «accès aux médicaments contre le cancer». En septembre 2020, les membres du réseau ont identifié et précisé un total de six mesures lors d'un workshop d'après la méthode de la «Spirale d'apprentissage gouvernemental» dans le but d'assurer l'accès aux médicaments contre le cancer. Ces mesures sont maintenant portées et traitées avec le soutien opérationnel de Oncosuisse. L'initiative s'inscrit dans le cadre du nouveau réseau national consacré au cancer, le «Oncosuisse Forum».

«Off-label use» au centre des préoccupations

Les prescriptions «off-label use» sont un sujet au centre de l'actualité; par conséquent, quatre des six mesures sont spécifiquement dédiées à ce thème. Ces mesures abordent des thématiques variées, telles que la charge administrative pour les oncologues et les assurances maladies ou la circulation de l'information et des connaissances. In fine, elles contribuent cependant toutes à garantir une meilleure égalité d'accès aux traitements pour les patients. Les quatre mesures en un coup d'œil:

- *«Droit de demande élargi»*
Dans le cas de cette mesure il est question d'élargir la possibilité de demande d'adaptation de la Liste des Spécialités (p. ex. nouvelle indication ou extension d'indication) de certains vieux médicaments dont le brevet est échu à des organisations telles que les sociétés médicales, associations de patients ou assureurs maladie.
- *«Liste de recommandations»*
Ce projet vise à établir une liste de médicaments peu coûteux, dont le brevet est échu et qui sont (presque) toujours remboursés par les assurances maladie mais qui requièrent néanmoins une garantie de prise en charge par cette dernière selon l'Art. 71a-d OAMal. L'objectif de ce projet est d'établir un processus de demande simplifié et rapide pour ces médicaments spécifiques.
- *«Conseil d'experts pour les cas difficiles»*
Cette mesure est essentiellement focalisée sur des cas très spécifiques de traitements «off-label». Avec la complexité toujours plus importante de la médecine personnalisée, il est ici question de mettre en place un conseil d'experts pouvant être sollicité pour soutenir l'évaluation du bénéfice thérapeutique d'un traitement.

Il n'est donc pas question de se substituer à la procédure actuelle mais bien de mettre à disposition un ensemble d'expertises en cas de besoin.

- *«Coûts-bénéfices»*

Ici, on se concentre plus particulièrement sur les cas concernés par l'Art. 71b OAMal, soit des traitements qui ont été autorisés en Suisse mais qui ne sont pas encore sur la Liste des Spécialités. Dans ces cas, le bénéfice thérapeutique est parfois difficile à évaluer par manque d'études cliniques. De plus, le remboursement est également dépendant du succès de la négociation de prix entre l'assurance maladie et l'entreprise pharmaceutique. Le manque d'évidence quant au bénéfice thérapeutique peut donc ici être un obstacle au remboursement du traitement et par conséquent à son accès. L'objectif de cette mesure est de fournir une plateforme regroupant l'ensemble des connaissances actualisées sur ces nouveaux traitements.

Un meilleur partage de l'information pour plus d'efficience

Les deux dernières mesures abordent la thématique de l'accès aux médicaments contre le cancer de manière plus large.

- *«Garantir le transfert du savoir»*

L'objectif de ce projet est de mettre en place un registre central regroupant les données cliniques et moléculaire dans le but également d'assurer le transfert des connaissances. Il serait alors également possible d'effectuer des

analyses coûts-bénéfices précises et d'assurer des prestations de soins de la plus haute qualité qui soit en se basant notamment sur des données réelles (Real World Data).

- *«Collaboration internationale»*

Dans le cadre de cette mesure, il est question de stimuler les échanges et la création de réseaux et d'initiatives internationales. En effet, faute de ressources, il est devenu de plus en plus complexe pour les États de mener seuls des activités telles que Horizon Scanning, Health Technology Assessment ou les négociations de prix. Ces activités seraient exécutées de manière significativement plus efficaces si elles étaient menées de façon conjointes et coordonnées.

Si vous avez l'envie de vous engager dans l'une ou l'autre de ces mesures ou pour toute question concernant l'initiative, n'hésitez pas à contacter Dr. Dimitri Kohler (lernspirale@oncosuisse.ch), coordinateur des projets de l'Initiative Oncosuisse.

Pour toute question concernant Oncosuisse et le nouveau forum Oncosuisse du réseau national de lutte contre le cancer, veuillez contacter le directeur général, le Dr Michael Röthlisberger (m.roethlisberger@oncosuisse.ch).

*Dr. sc. oec. Dimitri Kohler
Chef de projet de l'Initiative Oncosuisse, Oncosuisse Forum et
collaborateur scientifique Coûts & Remboursements
Ligue suisse contre le cancer, dimitri.kobler@krebsliga.ch*

Ambulante onkologische Rehabilitation

Martina Schmocker

Durch Fortschritte der onkologischen Therapien und infolgedessen eines besseren Überlebens sowie der demographischen Entwicklung nimmt die Zahl der Krebsüberlebenden exponentiell zu [1]. Heute leben in der Schweiz etwa 370 000 Menschen mit oder nach einer Krebsdiagnose und es wird geschätzt, dass die Zahl bis ins Jahr 2030 auf 500 000 ansteigen wird. Weltweit wird es bis im Jahr 2040 über 30 Millionen Krebsüberlebende geben [2]. Der Bedarf an Rehabilitationsmassnahmen wächst stetig, da immer mehr Menschen mit den Folgeerscheinungen und Nebenwirkungen einer Krebserkrankung und -behandlung konfrontiert sind. Die onkologische Rehabilitation hat das Ziel, den Betroffenen durch einen multimodalen, koordinierten Therapieansatz eine optimale Teilhabe am Leben zu ermöglichen. Eine Rehabilitation kann sowohl stationär als auch ambulant oder in einer Kombination erfolgen [3]. Für viele Betroffene hat eine ambulante Rehabilitation Vorteile, da sie in ihrer gewohnten Umgebung bleiben können. Auch die Weiterführung der Bestrahlung, Chemotherapie oder sonstiger Therapien an ihrem Tumorzentrum kann so ohne Unterbruch gewährleistet werden. Ausserdem kann die Rehabilitation oft auch über einen längeren Zeitraum gemacht werden.

Indikationen für eine onkologische Rehabilitation

Es gibt viele mögliche Einschränkungen, Funktionsdefizite und Teilhabestörungen, die eine Zuweisung zu einer onkologischen Rehabilitation nötig machen können (Tab. 1).

Inhalte der onkologischen Rehabilitation

Je nach Ziel der Rehabilitation kommen verschiedene Therapien und Massnahmen zum Einsatz. Das Reha-Team besteht meistens aus Fachpersonen der Medizin, Pflege, Physiotherapie, Bewegungs- und Sporttherapie, Ergotherapie, Logopädie, Schlucktherapie, Ernährungstherapie, Psycho-Onkologie, Sozialberatung, Sexualberatung, Seelsorge, Kunst- und Musiktherapie und Komplementärmedizin [6].

Ambulante versus stationäre onkologische Rehabilitation

Zur Frage, wann eine onkologische Rehabilitation ambulant stattfinden soll, gibt es keine evidenzbasierten Empfehlungen. Die Entscheidung liegt bei der zuweisen-

den Person und muss individuell abgeschätzt werden. Es hängt von verschiedenen Faktoren ab. Folgende Fragen können bei der Entscheidung helfen, ob ein ambulantes Angebot in Frage kommt oder doch eine stationäre Reha nötig ist:

- Kann die Person nach einem stationären Spitalaufenthalt nach Hause austreten?
- Gibt es ein ambulantes Reha-Angebot, welches erreicht werden kann?
- Ist die Transportfähigkeit zum ambulanten Standort möglich und umsetzbar?
- Ist es eine komplexe Situation? Können ambulant alle nötigen Fachbereiche abgedeckt werden?

Tab. 1. Mögliche Einschränkungen und Reha-Indikationen vor, während oder nach einer Krebsbehandlung [4, 5].

<i>Psychologische Faktoren</i>
Angst & Depression
Schlafstörungen
Verändertes Körperbild
Antriebslosigkeit/Fatigue
<i>Soziale Faktoren</i>
Soziale Isolation
Arbeitslosigkeit
Finanzielle Schwierigkeiten
<i>Körperliche Faktoren</i>
Reduzierte körperliche Fitness (Kraft/Ausdauer/ Belastbarkeit)
Bewegungsstörungen (z.B. nach Operation/ Bestrahlung)
Mobilitätseinschränkungen
Kognitive Einschränkungen
Sexuelle Funktionsstörungen
Chemotherapie-induzierte Polyneuropathien
Schmerzen/Arthralgien
Fatigue
Mangelernährung/Übergewicht
Inkontinenz
Lymphödeme
Sprach-, Sprech- und Schluckbeschwerden

Wirksamkeit der ambulanten onkologischen Rehabilitation

In einem internationalen Review zur Wirksamkeit von multidisziplinären ambulanten Rehabilitationsprogrammen zeigten Kudre et al. [7], dass der körperliche und psychosoziale Gesundheitszustand verbessert werden kann. Es fehlen jedoch bisher Daten in Bezug auf Langzeiteffekte und Rückkehr zur Arbeit.

Qualitäts- und Leistungskriterien

Die onkologische Rehabilitation ist ein noch junges Gebiet in der Rehabilitationslandschaft der Schweiz. Der multiprofessionelle Verein oncoreha.ch hat Qualitäts- und Leistungskriterien erarbeitet, welche ab 2015 für die stationäre und ab 2016 für die ambulante internistische-onkologische Rehabilitation in Kraft getreten sind [8]. Es kann über die Vereinigung der führenden Rehabilitationskliniken der Schweiz eine SW!SS-REHA-Zertifizierung angestrebt werden. Aktuell sind neun stationäre Reha-Kliniken für die internistisch-onkologische Rehabilitation zertifiziert. Bei den ambulanten Standorten gibt es keine zertifizierten Programme, da die aktuellen Kriterien in der Praxis nicht oder nur sehr schwierig umsetzbar sind.

Ambulante Onko-Reha in der Schweiz

In den letzten Jahren ist die Anzahl von ambulanten Angeboten in allen Sprachregionen gewachsen. Waren es im Jahr 2018 erst insgesamt 18 ambulante Programme, so sind mittlerweile 30 Standorte auf der Onko-Reha-Landkarte der Krebsliga Schweiz [9*] gelistet. Davon sind 16 in der Deutschschweiz, acht in der Romandie und sechs im Tessin.

Es gibt Kliniken, die ein eigenes Programm anbieten, oder kantonale Krebsligen, die in Zusammenarbeit mit einer Klinik oder sonstigen externen Kooperationspartnern ein Angebot haben. Letzteres ist vor allem in den Kantonen Waadt, Tessin und im Wallis das vorherrschende Modell.

Publizierte Daten zur Nutzung der ambulanten Rehabilitation in der Schweiz fehlen bisher. Für die Nationale Studie der Krebsliga Schweiz (siehe unten) wurden alle Anbieter nach der durchschnittlichen Anzahl Reha-Teilnehmenden pro Jahr gefragt. Dort wurden im Jahr 2015 und 2016 von sechs Programmen 278 respektive 388 Personen angegeben, im Jahr 2017 meldeten 8 Programme, insgesamt 340 Teilnehmende betreut zu haben [10].

Finanzierung der ambulanten onkologischen Rehabilitation

Die Finanzierung ist nicht einheitlich geregelt. Die meisten Therapien können über die Grundversicherung abgerechnet werden. Bei manchen Reha-Anbietern werden einzelne Leistungen über die Zusatzversicherungen oder Stiftungsbeiträge finanziert. Die Sozialberatung ist beispielsweise ein Angebot, welches durch die kantonalen Krebsligen getragen wird. Auch die Reha-Koordination wird in den meisten Regionen noch über die kantonalen Krebsligen finanziert. Das Ziel ist allerdings, dass die Koordination als fester Bestandteil der multiprofessionellen onkologischen Rehabilitation etabliert ist und durch die Grundversicherung getragen wird. Bei der laufenden Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) gibt es Bestrebungen, eine Gesetzesanpassung vorzunehmen, wodurch die Koordinationstätigkeit zukünftig gedeckt werden kann [11, 12].



Gesprächsrunden und Vorträge sind an vielen Standorten ein Teil der ambulanten onkologischen Rehabilitation.



Ein Kraft- und Ausdauertraining ist bei den meisten ambulanten onkologischen Rehabilitationsprogrammen ein wichtiger Bestandteil.

Förderung der onkologischen Rehabilitation durch die Krebsliga Schweiz (KLS)

Die Krebsliga Schweiz hat sich im letzten Jahrzehnt dem Thema der onkologischen Rehabilitation im Allgemeinen und der ambulanten Reha im Speziellen angenommen. Eines der Ziele war der Aufbau des Netzwerks «Onkoreha», welches beispielsweise in der Romandie und im Tessin durch einen regelmässigen Austausch von verschiedenen Interessengruppen (Reha-Anbietern, medizinischen Fachpersonen, Betroffenen, Angehörigen) gefördert wird. Weiter wurde mit einer Gruppe von Programmleitenden der «Ratgeber zum Aufbau onkologischer Rehabilitation» erarbeitet und anschliessend im Jahr 2017 von der KLS publiziert [13*]. Im selben Jahr wurde eine Untersuchung zur ambulanten onkologischen Rehabilitation in der Schweiz bei der Universität Zürich in Auftrag gegeben. Im Jahr 2018 wurde unter Mitarbeit verschiedener Reha-Fachpersonen das Informationsangebot für Betroffene mit der Broschüre «Onkologische Rehabilitation» erweitert [6*].

Nationale Studie zur ambulanten onkologischen Rehabilitation in der Schweiz

Sabine Rohrmann vom Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention der Universität Zürich leitete von 2017-2019 eine von der KLS finanzierte Untersuchung und Literaturanalyse. Ziel war eine Analyse der internationalen Literatur zur ambulanten onkologischen Rehabilitation sowie zum Ist-Zustand der ambulanten onkologischen Rehabilitation in der Schweiz. Ein wichtiger Punkt dabei war die Untersuchung der bestehenden SW!SS-REHA-Kriterien [11*], welche von keinem der Anbieter bis dato vollständig erfüllt werden konnten [14]. Insbesondere die vorausgesetzten zehn Behandlungseinheiten pro Woche sorgen für Diskussionen bei den Fachpersonen.

Im November 2019 wurde unter der Leitung der Nationalen Strategie gegen Krebs (NSK) und der KLS ein Workshop organisiert. Eingeladen waren alle ambulanten Onko-Reha-Anbieter in der Schweiz. In einem ersten Teil wurden die bereits vorliegenden Resultate der Studie und Umfragen präsentiert [15*]. Im Anschluss daran wurde in einer Moderation durch Catherine Gasser (Co-Projektleitung NSK) Schlüsselfragen zur ambulanten Reha diskutiert, die mit einer Konsens-Einschätzung im Plenum abgeschlossen wurden [16*]. Für die Zukunft sollten die Qualitäts- & Leistungskriterien für die ambulante Reha angepasst werden, damit eine Zertifizierung von ambulanten Programmen möglich wird und eine entsprechende Qualität gewährleistet werden kann [15].

Herausforderungen und Blick in die Zukunft

Ein wichtiges Thema für die Zukunft der ambulanten onkologischen Rehabilitation ist sicher die Qualitätssicherung, wie oben beschrieben. Ausserdem spielt der Punkt

der Finanzierbarkeit eine zentrale Rolle. Einige Anbieter können nicht alle ihre Leistungen abrechnen und es ist für manche Standorte eine Herausforderung, ein kostendeckendes Programm anzubieten. Gerade für kleinere Spitäler scheint dies schwierig zu sein.

Weiter ist es wichtig, Rehabilitationsbedarf frühzeitig aufzudecken. Das Erkennen von Rehabilitationsbedarf bei onkologischen Patienten scheint schwierig zu sein [17]. Es gibt noch keine standardisierten und evidenzbasierten Methoden oder Screening-Instrumente. Hier gibt es wohl keine einfache Lösung für alle, weil die Krebsbetroffenen je nach Krebsentität sehr unterschiedliche Rehabilitationsbedürfnisse haben, die nicht mit einem einzigen, einfachen Instrument erhoben werden können. In diesem Bereich besteht ein grosser Bedarf an weiterer Forschung.

Ein zusätzliches wichtiges Ziel für die Zukunft ist die Integration der Rehabilitation als festen Bestandteil des Behandlungspfades von Patientinnen und Patienten mit einer Krebserkrankung.

Neue AG Ambulante Onko-Reha beim Verein oncoreha.ch

Bei seiner letzten Vorstandssitzung Anfang März 2021 hat der Verein oncoreha.ch die Arbeitsgruppe «Ambulante Onko-Reha» gegründet. Sie verfolgt das Ziel, die Anliegen der ambulanten onkologischen Rehabilitation zu bearbeiten. Wichtige Punkte sind hierbei die Qualitätssicherung und Finanzierung.

Informationen:

oncoreha.ch: bei Fragen oder Interesse zu einer Mitgliedschaft, Kontakt über info@oncoreha.ch

Krebsliga Schweiz:
Fachspezialisten Rehabilitation: Beate Schneider-Mörsch (Deutschschweiz), Nicolas Sperisen (Romandie, Tessin)
reha@krebsliga.ch

* die markierten Dokumente können über <https://www.oncoreha.ch/extras/skb/> oder den QR-Code abgerufen werden.



Literatur

1. Herrmann C, et al. Cancer survivors in Switzerland: a rapidly growing population to care for. BMC Cancer 13: 287, 2013.
2. Presseportal. Weltkrebstag - Krebsliga unterstützt Cancer Survivors in der Schweiz. [presseportal.ch https://www.presseportal.ch/de/pm/100003316/100864115](https://www.presseportal.ch/de/pm/100003316/100864115) (2021).
3. Verein oncoreha.ch. Onkologische Rehabilitation. <https://oncoreha.ch/>.
4. Rick O, Dauelsberg T & Kalusche-Bontemps E-M. Oncological Rehabilitation. Oncol Res Treat 40: 772-777, 2017.

5. Strasser F. [Cancer Rehabilitation: integrated in the care pathways of modern oncology]. Ther Umsch 76: 449–459, 2019.
6. Krebsliga Schweiz. Onkologische Rehabilitation - Eine Information der Krebsliga für Betroffene und Angehörige. 2018.
7. Kudre D, et al. Multidisciplinary Outpatient Cancer Rehabilitation Can Improve Cancer Patients' Physical and Psychosocial Status-a Systematic Review. Curr Oncol Rep 22: 122, 2020.
8. REHA, S. Kliniken - SW!SS REHA - die Vereinigung der führenden Rehabilitationskliniken. SW!SS REHA <http://www.swiss-reha.com/de/kliniken.html>.
9. Krebsliga Schweiz. Landkarte onkologische Rehabilitation. Krebsliga Schweiz - Rehabilitation <https://www.krebsliga.ch/ueber-krebs/rehabilitation/>.
10. Rohrman S, et al. Data analysis-results – Nationale Erfassung zur ambulanten onkologischen Rehabilitation in der Schweiz. Unpublierte Daten 2019.
11. Schweizer Forum für Integrierte Versorgung. Gesundheitspolitischer Anlass vom
13. November 2020. fmc <https://www.fmc.ch/de/aktuelles/aktuelles/gesundheitspolitischer-kompass-3-quartal-2019-2-1>.
12. BAG, B. für G. KVG-Änderung: Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/kvg-aenderung-massnahmen-zur-kostendaempfung-paket-2.html>.
13. Krebsliga Schweiz. Ratgeber zum Aufbau ambulanter onkologischer Rehabilitation 2017.
14. Dorey G, et al. National study for multidisciplinary outpatient oncological rehabilitation: online survey to support revised quality and performance criteria. Support Care Cancer 2020 Dec 8. doi:10.1007/s00520-020-05913-z. Online ahead of print.
15. Krebsliga Schweiz. EXECUTIVE SUMMARY: NATIONALE STUDIE ZUR AMBULANTEN ONKOLOGISCHEN REHABILITATION, 2019.
16. Krebsliga Schweiz. Ergebnisse des 2. Workshops im Rahmen der 'Nationalen Studie ambulante onkologische Rehabilitation' vom 25.11.2019 in Bern.
17. Cheville AL, Beck LA, Petersen TL, et al. The detection and treatment of cancer-related functional problems in an outpatient setting. Support Care Cancer 17: 61–67, 2009.

Korrespondenz:

Martina Schmocker
Physiotherapeutin MSc
Klinische Spezialistin Onkologie
Institut für Therapien und Rehabilitation
Kantonsspital Winterthur
martina.schmocker@oncoreha.ch



FOND'ACTION contre le cancer

EINGABE VON FORSCHUNGS-UND STIPENDIENGESUCHEN

Anträge können bis spätestens **15. September 2021** eingereicht werden

- Ausschreibung in der Höhe von 1 Million Franken zur Unterstützung der präklinischen und klinischen Forschung und des Gesundheitswesens.
- Die Bedeutung der zu erwartenden Resultate für die Krebsbekämpfung und für die Patienten muss dargelegt werden.
- Das Forschungsgesuch beinhaltet Forschungsplan, Lebenslauf, Publikationsliste und detaillierten Finanzbedarf.
- Die maximale Dauer des Stipendiums ist 3 Jahre.
- Die Sprache für die Gesucheingabe ist Englisch.
- Die formalen Gesuchbedingungen sind auf der Website: www.fondaction.ch.
- Die Gesuche werden von der Wissenschaftlichen Kommission unter Beiziehung von externen Experten begutachtet.
- Das Forschungsgesuch muss in Papierform an untenstehende Adresse geschickt werden:

Fond'Action contre le cancer, avenue de Rumine 55, 1005 Lausanne, info@fondaction.ch

Die Rolle der Pflege in der ambulanten onkologischen Rehabilitation Aargau

Interview mit Anita Gutiérrez

Irène Bachmann-Mettler

Obwohl die onkologische Rehabilitation einen multiprofessionellen Ansatz verfolgt, um den Bedürfnissen der betroffenen Personen gerecht zu werden, wird die Rolle der Pflege in vielen Programmen nur am Rande erwähnt. Irène Bachmann-Mettler hat bei der Leiterin des neuen ambulanten Onko-Reha Programms der Hirslanden Klinik Aarau und der Krebsliga Aargau, Anita Gutiérrez, Pflegefachfrau, nachgefragt, welche Rolle die Pflege in diesem Programm einnimmt.

Irène Bachmann-Mettler: Was ist das Besondere an diesem ambulanten Reha-Programm?

Anita Gutiérrez: Die Besonderheit des Programms liegt nicht am Inhalt, sondern wie es sich entwickelt hat: Beim regelmässig stattfindenden Fachaustausch der Pflegeexpertinnen in unserer Klinik haben sich die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten herauskristallisiert. Viele an Krebs erkrankte Personen benötigen während und nach medizinischen Behandlungen eine Begleitung und Beratung, – Coaching und Guidance¹. Dafür eignen sich die Pflegeexpertinnen mit ihren Kompetenzen auch im ambulanten Rehabilitationsprogramm sehr gut.

Welche Kompetenzen sind erforderlich?

Die Pflegeexpertinnen haben Weiterbildungen absolviert, wie etwa in Oncological Care, Wund Care, Breast Care, Supportiv- und Palliative Care sowie beispielsweise für Ohrakupunktur oder die Behandlung von Körperbildveränderungen. Die Sozialberatung wird durch eine Sozialarbeiterin der Krebsliga Aargau gewährleistet.

Personen im ambulanten Reha-Programm werden also gecoacht und erhalten eine spezifische Pflege? Wie läuft das konkret ab?

Die Fragen der Patientinnen und Patienten werden besprochen oder es wird geklärt, inwiefern gesetzte Rehabilitationsziele erreicht werden können und wo Motivation und Unterstützung notwendig sind. Die Gespräche finden im Rahmen der Pflegesprechstunde statt, die bereits früher während der Tumorthherapie stattgefunden hat. Nun wird diese auch im Rehabilitationsprogramm monatlich



Anita Gutiérrez
Pflegeexpertin mit
Masterabschluss Onkologie
Leitung Pflege, Radiotherapie
Hirslanden AG
Leitung Projekt & Onko-Reha
Programm.

angeboten. Zusätzlich können sich die betroffenen Personen jederzeit bei der Pflegeexpertin melden. Die Pflegeexpertin erfasst die Gesamtsituation einer Patientin und nicht nur die Auswirkungen einer einzelnen Therapie auf das tägliche Leben.

Wie wird der Pflegebedarf erfasst?

Wir richten uns nach den Aktivitäten des täglichen Lebens auf der Grundlage des Pflegemodells von Juchli, die sich gut mit den Zielsetzungen der Rehabilitation vereinbaren lassen. Zudem erfassen die Patientinnen und Patienten mit einem digitalen System den Verlauf ihres Befindens in «Echtzeit». Sie führen mit der App Tagebuch und machen selbständig, anhand von standardisierten Fragebogen, ein Assessment ihrer Symptome und Belastungen zuhanden der Therapeuten. Die Pflegeexpertin hat – mit Einverständnis der Personen – ebenfalls jederzeit Zugang zu diesen Daten und kann sich bereits vor der Pflegesprechstunde ein Bild über das Befinden der Personen machen. Somit kann gezielt und strukturiert auf die Bedürfnisse eingegangen werden. Bei Bedarf wird mit dem zuständigen Arzt die Anpassung der Rehabilitationsmassnahmen besprochen.

Wie werden die Pflegeexpertinnen den Patientinnen und Patienten im Reha-Programm zugeteilt?

Je nach Symptom und Zielsetzung der Rehabilitation werden die betroffenen Personen, wenn immer möglich,

1. Hamric AB, Hanson CM, Tracy MF & O'Grady ET. Advanced practice nursing: an integrative approach (5th ed.). St. Louis: Saunders Elsevier, 2014.

der Pflegeexpertin mit den entsprechenden Kompetenzen zugeteilt: Eine Patientin mit Schmerzen oder Fatigue wird durch die Expertin mit Weiterbildung in Supportiv- und Palliative Care begleitet. Es werden zwei Coaches zugeteilt, die sich gegenseitig vertreten können.

Wie wird das Rehabilitationsprogramm festgelegt? Ist dies für alle Personen gleich?

Der zuständige Arzt bespricht und verordnet das Basisprogramm der Rehabilitation (Tab. 1) und ergänzende Angebote (Tab. 2) auf der Basis von Screening und Assessment. Das Programm dauert 16 Wochen, mindestens jedoch 8 Wochen. Es wird von Mitarbeitenden der Hirslanden Klinik Aarau und der Krebsliga Aargau angeboten. Je nach Bedarf werden weitere Therapien empfohlen. Dazu wurden mit externen Anbietern Vereinbarungen getroffen.

Die Koordination der Termine und die interprofessionelle Zusammenarbeit der Fachpersonen sind Schlüsselemente in einem Reba-Programm. Wie habt Ihr das gelöst?

Für die Terminplanung wurde eine Koordinatorin angestellt. Sie ist die erste Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten und sorgt dafür, dass sie einen machbaren koordinierten Zeitplan erhalten.

Die Zusammenarbeit der Fachpersonen erfolgt im Rahmen einer monatlich stattfindenden Fallbesprechung. Jeder Patient im Programm wird besprochen, Fortschritte und Probleme werden diskutiert und das Programm allenfalls individuell angepasst. Der Outcome der Rehabi-

litation, also die Verbesserung der Lebensqualität, wird ergänzend zu den ärztlichen Konsultationen mit dem digitalen Assessment-Tool laufend ausgewertet.

Das Programm befindet sich in der Pilotphase. Was soll in dieser Phase geklärt werden?

Es wurden keine zusätzlichen Stellen, ausser die Koordinationsstelle, geschaffen. Es braucht in etwa 23 Evaluationen von abgeschlossenen Rehabilitationsdurchgängen mit denen der zusätzliche Zeitaufwand gemessen werden kann. Anhand dieser Daten können wir allenfalls zusätzlich benötigte Stellen budgetieren. Wir sind überzeugt, dass das digitale Assessment ermöglicht, Zeit einzusparen. Entsprechend steht für das Gespräch mit den betroffenen Personen, für die individuelle Planung, Therapien und Patientenedukation mehr Zeit zur Verfügung. Wir sind aber in einer Pilotphase und werden unsere Erfahrungen fortlaufend überprüfen und neue Ziele setzen.

Weitere Informationen

Ambulante onkologische Rehabilitation Aargau (ORA)
Partnerschaften & Kooperationen
Hirslanden Klinik Aarau – Radiotherapie Hirslanden – Krebsliga Aargau und diverse externe Anbieter

Leitung ORA: Dr. med. Christian von Briel,
Spezialarzt FMH für Radioonkologie/Strahlentherapie
Medizinische Leitung: Dr. med. Andreas Jakob,
Facharzt Allgemeine Innere Medizin für Hämatologie und medizinische Onkologie
Leitung Projekt, Onko-Reha Programm und Coach:
Anita Gutiérrez, BSN, MS,
Pflegeexpertin Onkologie & Palliative Care

<https://www.hirslanden.ch/del/hirslandenklinik-aarau/fachgebiete/onkologie/onkologische-rehabilitation.html>

Anfangs 2020 wurde an der Hirslanden Klinik Aarau gemeinsam mit der Krebsliga Aargau die ambulante onkologische Rehabilitation Aargau (ORA) ins Leben gerufen. Das Pilotprojekt konnte nach dem Covid-Lockdown im Frühling bis Ende Dezember 37 an Krebs erkrankte Personen in das Programm aufnehmen.

Tab.1. Basisprogramm

Physio- und Bewegungstherapie
Ernährungsberatung
Psycho-Onkologie
Sozialberatung
Komplementärmedizin
Spezialisierte Pflegeexpertise/Coaching

Tab. 2. Ergänzende Rehabilitationsangebote

Musiktherapie
Yoga
Achtsamkeitstherapie
Naturheilkunde und weitere
Sexualberatung

Korrespondenz:

Irène Bachmann-Mettler
Freudenbergstrasse 11, CH-8044 Zürich
irene.bachmann@gmx.net

Ambulante OnkoReha Erfahrungen aus dem Programm der Krebsliga Zürich

Dr. med. Magdalena Maria Berkhoff

Warum ambulante OnkoReha?

Dem onkologischen Fortschritt ist eine zunehmende Zahl sogenannter «cancer survivors» zu verdanken, in den letzten 20 Jahren hat sich ihre Zahl rund verdoppelt. In der Schweiz werden jedes Jahr 42 500 neue Krebsfälle registriert und 370 000 Menschen leben mit einer Krebsdiagnose (Nationales Institut für Krebs epidemiologie und –registrierung NICER, 2013-2017). Viele Betroffene leiden lange an den Auswirkungen der Krankheit oder an den Folgen der Behandlung. Verschiedene Lebensbereiche sind davon betroffen, Körper, Psyche und die soziale Integration [1, 2, 3]. Besonders einschränkend wird chronische Müdigkeit und Schwächegefühl (Cancer-Related-Fatigue Syndrom) erlebt. Körperliche Folgen sind z.B. beeinträchtigte Mobilität, Schmerzen, Neuropathien und Funktionseinschränkungen. Psychisch belastend ist die Angst vor dem Fortschreiten oder Wiederauftreten der Krankheit, also die Prozedienz- bzw. Rezidivangst, und Gefühle der Hilflosigkeit, Überforderung oder Hoffnungslosigkeit. Soziale Auswirkungen können finanzielle Folgen, Sorge um den Arbeitsplatz oder familiäre Veränderungen sein. Die Vielfalt und Komplexität der Auswirkungen bedingt ein interprofessionelles Vorgehen [1, 4, 5].

Ambulant oder stationär?

Anders als die Frage suggerieren könnte, sind ambulant oder stationär keine alternativen oder konkurrierenden Behandlungsoptionen [6]. Vielmehr sind beide Möglichkeiten notwendig, um eine angemessene Versorgung für Krebsbetroffene zu gewährleisten. Die stationäre Versorgung ermöglicht eine Entlastung vom Alltag bei zugleich intensiver Therapie, ausserdem kann nur sie somatisch schwerer Kranke nach einer stationären Akuttherapie ärztlich und pflegerisch ausreichend auffangen. Die ambulante onkologische Rehabilitation ermöglicht einen guten Übergang in den «normalen» Alltag. Sie wird von manchen Betroffenen bevorzugt, die Gründe angeben wie Versorgung von Kindern, das «eigene Bett», die vertraute Umgebung oder ein Haustier. Zudem ist sie kostengünstiger und wohnortsnah.

Ein mögliches Hindernis ist für entfernter wohnende Betroffene ein ungünstiges Verhältnis von Reisezeit zu Therapiezeit.

Strukturiert oder Modular?

In einem *strukturierten Modell* ist das Programm vorab definiert, ein Wochenplan mit feststehenden Elementen und eine bestimmte Rehadauer (meist 8-12 Wochen) sind vorgegeben.

Bei einem *modularen Modell* wird das Programm individuell aus Modulen kombiniert. In der Krebsliga Zürich gab es bis 2017 einen Pilotversuch einer ambulanten OnkoReha mit einem modularen Modell, nach einem Erstgespräch fanden die meisten Module an unterschiedlichen externen Orten statt. Aufgrund ungenügender Teilnehmerzahlen wurde dieses Modell aufgegeben. Eine Übersicht über die ambulanten Programme in der Deutschschweiz bei [7].

Das ambulante OnkoRehaprogramm der Krebsliga Zürich

Das ambulante OnkoRehaprogramm startete im April 2019 mit einem neuen Konzept und einer Kombination aus modularen und strukturierten Elementen. Das strukturierte Vorgehen ermöglicht eine gute Planbarkeit anhand eines definierten Wochenplans (Abb. 1), zugleich erlaubt der modulare, individuelle Aufbau eine gute Anpassung an die Bedürfnisse und Rehabilitationsziele der Betroffenen. Durch eine Kombination mehrerer Module in der gleichen Woche kann eine hohe Intensität erreicht werden. Geschwächte Betroffene können durch eine niedrige Frequenz mit wenigen Modulen pro Woche «sanft aber stetig» Fortschritte erreichen. Dafür kann die Behandlungsdauer verlängert werden, die benötigten Module werden dann nacheinander statt gleichzeitig besucht. Ausserdem ist eine gute Vereinbarkeit mit einem teils beruflichen Wiedereinstieg gegeben und damit ein angemessener Übergang von der Krankheitsphase zur Rückkehr in die Normalität.

SCHWERPUNKTTHEMA: ONKOLOGISCHE REHABILITATION

Das ambulante Rehabilitationsteam umfasst ähnlich wie bei der stationären OnkoReha die Sport/Bewegungstherapie, Physiotherapie, Ernährungsberatung, Sozialberatung, Ergotherapie, ÄrztInnen und Psychologen. Der psychologische Mitarbeiter unseres Teams hat zusätzlich eine psycho-sexologische Ausbildung, die Ergotherapeutin führt auch Energiemanagement-Gruppen. Durch Kooperationen können wir weitere Module gewährleisten, die Komplementärmedizin mit dem Institut für komplementäre und integrative Medizin des USZ, Sexualmedizin mit dem Brustzentrum und lymphologische Therapie durch die Klinik Susenberg.

Die Indikationsstellung und Anmeldung zu den Modulen erfolgt in einem ärztlichen Erstgespräch. Die Module werden unterschiedlich stark genutzt, Übersicht **Abbildung 2**.

Corona-Effekt 2020

Die Corona-Pandemie 2020 und die Massnahmen zu deren Bekämpfung hinterliessen deutliche Spuren (**Abb. 3**).

Während des Lockdowns kam es zur Schliessung des Alterszentrums, in dem sich unsere Therapieräume befinden, und dadurch zu einer ungewollten Pause von Mitte Februar bis April. Viele Betroffene erlebten diese Zeit als Rückschritt.

Evaluation

Die Evaluation unseres Programms wurde zusammen mit der Krebsliga Schweiz geplant. Die Auswertung erfolgte anonymisiert durch die Krebsliga Schweiz (KLS), Evaluationsbericht, ambulantes onkologisches Rehabilitationsprogramm Zürich 2019/20, verantwortlich J. Sonderegger und N. Sperisen. Alle Teilnehmenden, die bis zum Zeitpunkt der Evaluation am Programm teilgenommen hatten (n=116), wurden brieflich kontaktiert. Eine Teilnahme war schriftlich in Papierform oder Online möglich, es antworteten n=54 der Teilnehmenden. Zusätzlich wurden die am Programm beteiligten TherapeutInnen befragt, n=5.

Abb. 1. Wochenplan ambulante OnkoReha Krebsliga Zürich

Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	
08:00	Individuelle Planung*	Bewegung MTT	Individuelle Planung*	Physiotherapie	Bewegung MTT	
09:00		Bewegung MTT		Physiotherapie	Bewegung MTT	
10:00		Bewegung MTT		Physiotherapie	Bewegung MTT	
11:00		Bewegung MTT		Physiotherapie zur Entspannung (Gruppe)	Bewegung MTT	
12:00	Mittag	Mittag	Mittag	Mittag	Mittag	
13:00	Ärztliches Erstgespräch	Individuelle Planung*	Ergotherapie	Gruppentherapie Progredienzangst	Body-Mind-Programm**	Physiotherapie
14:00		Soziale Beratung	Ergotherapie	Ernährungsberatung		Physiotherapie
15:00	Ärztliches Erstgespräch	Soziale Beratung	Ergotherapie	Energie Management Gruppe		Physiotherapie
16:00		Soziale Beratung	Energie Management Gruppe			Physiotherapie zur Entspannung (Gruppe)

* **Individuelle Planung:** psychoonkologische Einzelgespräche
Ruhephase oder Wiedereinstieg in die berufliche Tätigkeit, Sexualtherapie, Sozialberatung

** **Das Body-Mind-Programm** ist ein Angebot des Instituts für komplementäre und integrative Medizin Universitätsspital Zürich, Leitung von Fr. Prof. C. Witt. Ort: Sonneggstrasse 6

SCHWERPUNKTTHEMA: ONKOLOGISCHE REHABILITATION

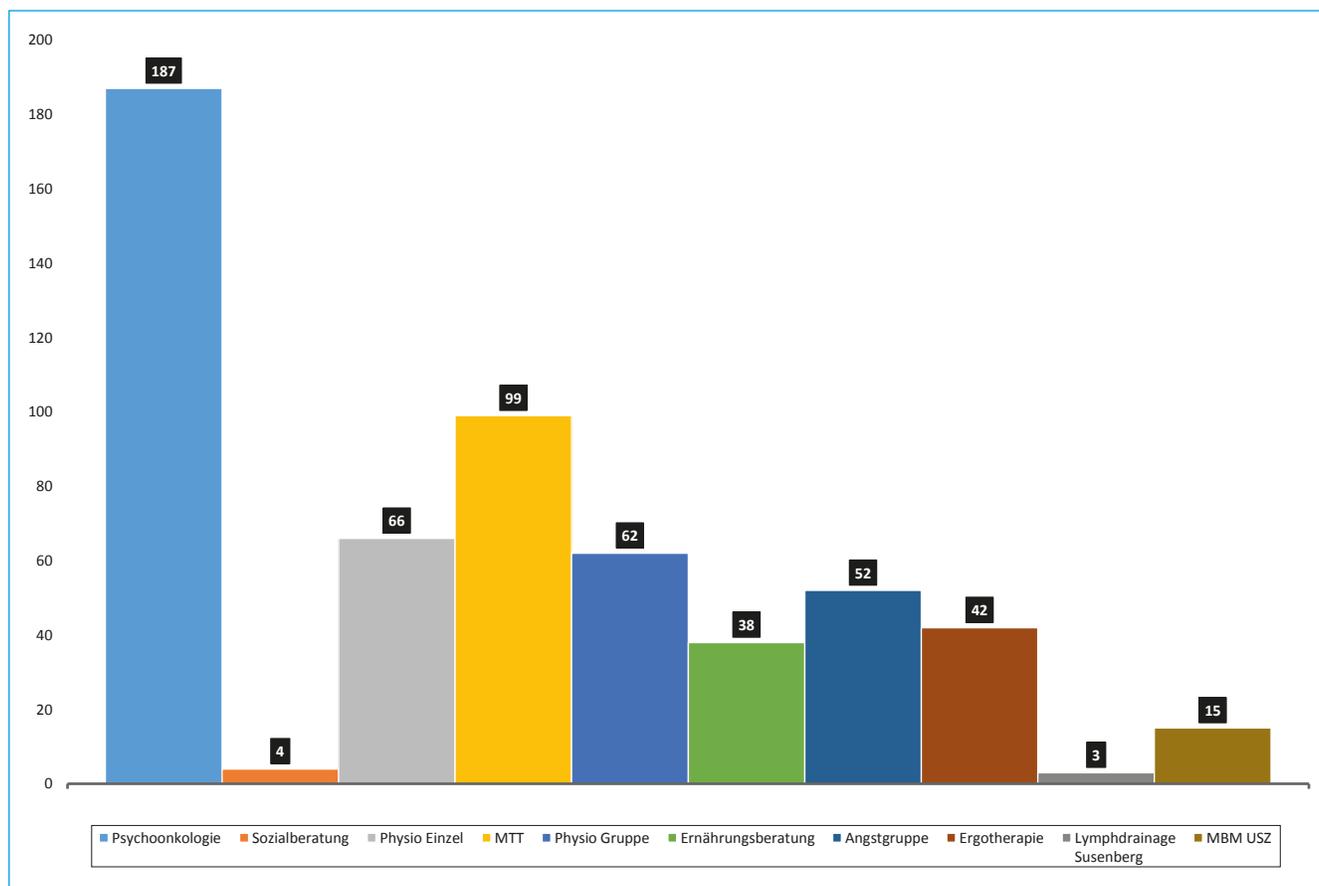


Abb. 2. Modulnutzung: Teilnehmende pro Modul pro Monat 2020

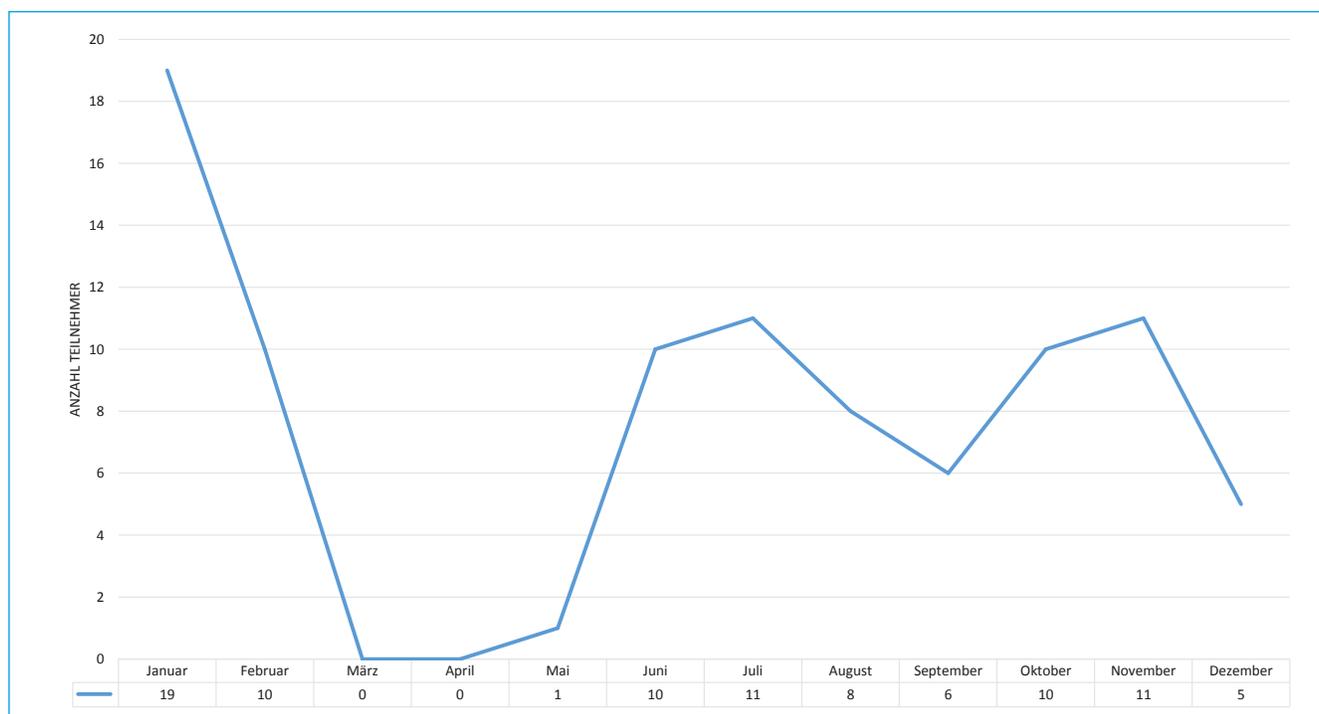


Abb. 3. Corona-Effekt: Teilnehmende pro Monat im ambulanten OnkoRehaprogramm 2020

Rehabilitationsprozess und Zufriedenheit

Die Teilnehmenden waren insgesamt mit dem Programm sehr zufrieden (Durchschnitt 8.4, Antwort auf Skala 1-bis 10 mit 1-sehr schlecht, 10-sehr gut), **Abbildung 4**.

Zielerreichung der ambulanten OnkoReha

Der Effekt der Rehabilitation bezüglich Verbesserung der Zielsymptome, also die Wirksamkeit, wurde von den Teilnehmenden der ambulanten OnkoReha mehrheitlich als gut bis sehr gut eingeschätzt, einen Überblick gibt **Abbildung 5**. Bezüglich der Schmerzen berichteten mehr als die Hälfte einen guten oder sehr guten Effekt, die relativ tiefste Zielerreichung. Bei der Verbesserung der beeinträchtigten Mobilität, dem Ziel mit der höchsten Zielerreichung, gaben sogar alle Betroffenen einen guten oder sehr guten Effekt an.

Einschätzung der Therapeutinnen

Die Rücklaufquote war sehr gut, alle befragten TherapeutInnen antworteten, die Auswertung erfolgte anonymisiert extern durch die KLS. Das ganze Programm (Durchschnitt 8.4) und die Zufriedenheit mit den eigenen Aufgaben wurde positiv beurteilt.

Ausblick

Wirksamkeit und Qualität

Die Wirksamkeit der onkologischen Rehabilitation ist belegt, dies gilt für gesamte Programme ebenso wie für die einzelnen Module eines Programmes, einen Überblick geben [1] und [2]. Weitere Studien sollten helfen, eine mögliche «best practice» zu identifizieren. Zu den

Qualitätskriterien, vor allem zur Strukturqualität, liegen Vorschläge vor [8]. Aussagekräftige Kennzahlen der Qualitätsentwicklung, die einfach zu erheben sind und durch Rehabilitationsmassnahmen positiv veränderbar sind, sollten definiert werden [8]. Gemäss neuem Artikel 58 im KVG sind Qualitätsmessungen verpflichtend, die Rahmenbedingungen sollen in nationalen Qualitätsverträgen geregelt werden (zur Genehmigung an den Bundesrat bis spätestens 1.4.2022). Eine einfache und klinisch relevante Messung wäre die subjektive Zielerreichung wie in **Abbildung 5**.

Finanzierung

Die Krebsliga Zürich ist eine non-profit Organisation, die für die Verbesserung der Situation von Krebsbetroffenen auf verschiedenen Ebenen engagiert ist. Die Krebsliga Zürich ermöglichte den Aufbau des Programmes, in dem sie personelle und räumliche Ressourcen dafür zur Verfügung stellte. Es bestanden Synergismen zu bereits bestehenden Angeboten wie Psychoonkologie und Sozialberatung. Die Teilnehmenden konnten von weiteren Angeboten ergänzend zum OnkoRehaprogramm profitieren, wie Rauchstoppkursen, anderen Kursen und Selbsthilfegruppen. Eine Stiftung unterstützte uns finanziell (Drittmittel, Peter Bockhoff Stiftung). Die Krebsliga Schweiz ermöglichte die Evaluation durch know-how und die Auswertung der erhobenen Daten im Rahmen ihrer vorhandenen Ressourcen. Die nach Tarmed verrechenbaren Einheiten des Programmes wurden nach KVG in Rechnung gestellt.

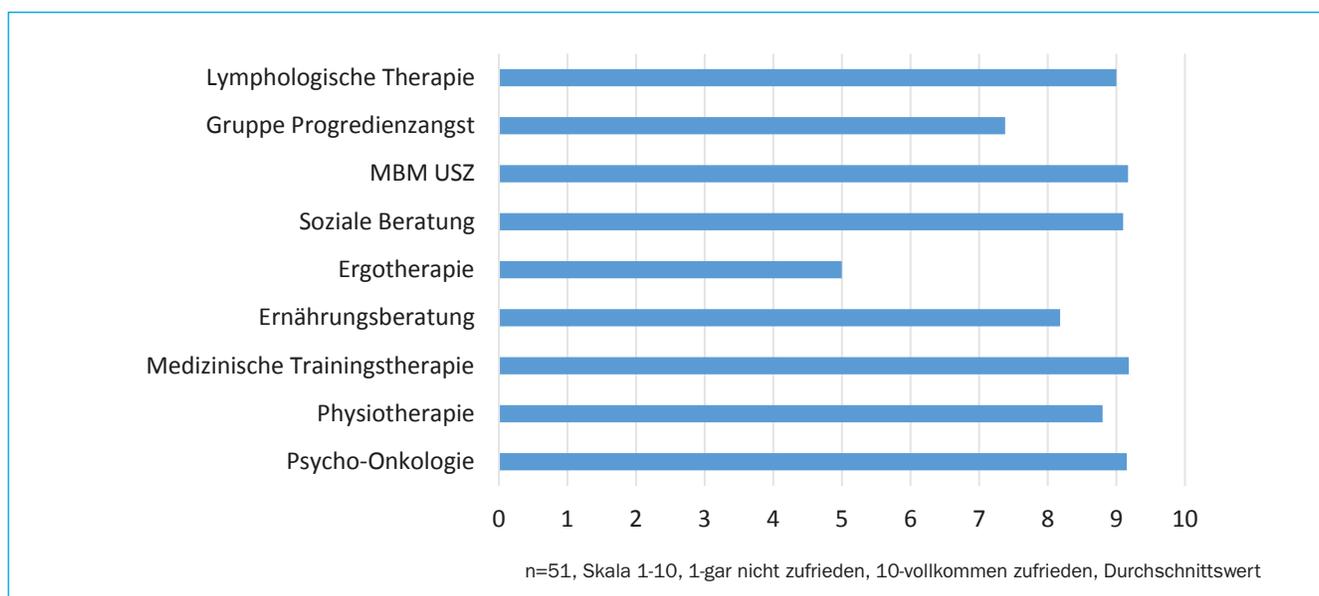


Abb. 4. Zufriedenheit mit den Therapien

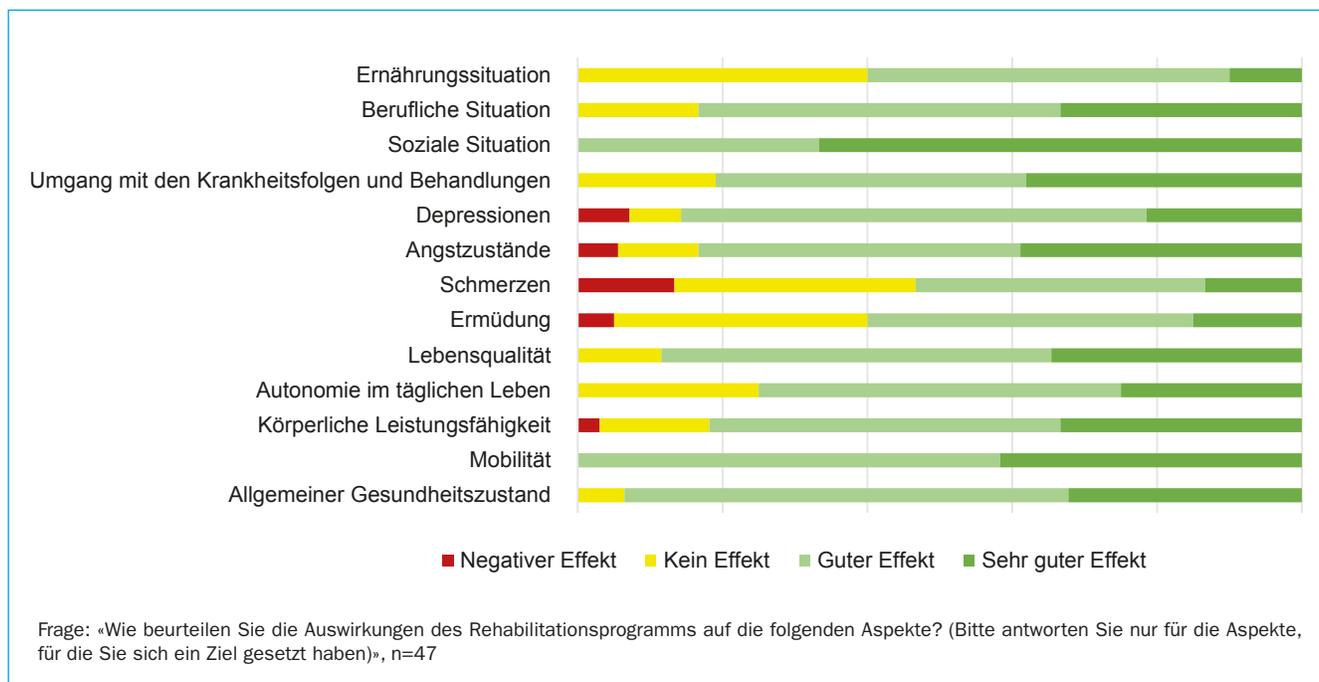


Abb. 5. Beurteilung der Wirksamkeit der ambulanten OnkoReha

Der erhebliche zusätzliche Aufwand für ein umfassendes Programm wird durch die Verrechnung einzelner Leistungen nach Tarmed nicht ausreichend finanziert. Vordringlich ist daher die Sicherung einer künftigen Finanzierung, um solche Programme nachhaltig und unabhängig von Drittmitteln finanzieren zu können.

Fazit

Die ambulante onkologische Rehabilitation ist ein wichtiges Element der onkologischen Behandlung. Kritisch sind die noch weitgehend fehlenden Angebote, vermutlich eine direkte Folge der bis anhin ungenügenden Finanzierung der ambulanten Rehabilitationsprogramme. Um die ambulante onkologische Rehabilitation für Krebsbetroffene nachhaltig anbieten zu können, wäre eine solide, kostendeckende Finanzierung notwendig. Ausserdem sollte eine verlässliche Integration der Rehabilitation in das onkologische Procedere gewährleistet werden.

Literatur

1. Strasser F. Onkologische Rehabilitation integriert in die Behandlungspfade der modernen Onkologie. *Therapeutische Umschau* 76: 449-459, 2019.
2. Stout N, Santa D, Lyons K, et al. A systematic review of rehabilitation and exercise recommendations in oncology guidelines. *CA Cancer J Clin* 00: 1-27, 2020.
3. Eberhard S and Buser K. Rehabilitation bei onkologischen Erkrankungen. *Schweizer Zeitschrift für Onkologie* 3: 45-51, 2007.
4. Heim M. Onkologische Rehabilitation: Wege zurück ins Leben. *LEADING OPINIONS Hämatologie & Onkologie* 1: 8-13, 2008.
5. Heim M, Schröter T, Wünnenberg E, et al. Ambulante integrative onkologische Rehabilitation: Ein Pilotprojekt in der Schweiz. *Schweizerische Zeitschrift für Ganzheitsmedizin* 24: 367-370, 2012.
6. Eberhard S. Onkologische Rehabilitation; wann, wo, und für wen? *Schweizer Krebsbulletin* 1: 17-20, 2015.
7. Schneider-Mörsch B. Onkologische Rehabilitation. Ambulante Programme in der Deutschweiz: Wo stehen wir heute? *Fachzeitschrift Onkologiepflege* 1: 5-8, 2016.
8. Zerkiebel N. Qualitätssicherung in der onkologischen Rehabilitation – Wo stehen wir heute? *Schweizer Krebsbulletin* 1: 23-25, 2015.

Korrespondenz:

Dr. med. Magdalena Maria Berkhoff, Ärztliche Leitung, Zentrum für Psychoonkologie und ambulante Onko-Reha Krebsliga Zürich, Freiestrasse 71, CH-8032 Zürich, magdalena.berkhoff@krebisligazuerich.ch

Die onkologische Rehabilitation zur Wiedereingliederung in den Alltag

Dr. med. Josef Perseus, Nadja Wyrsh, Irène Bachmann-Mettler

Eine gute onkologische Rehabilitation verbessert die Lebensqualität der Betroffenen und erleichtert die optimale Wiedereingliederung in den Alltag. Damit dieses Ziel erreicht werden kann, braucht es eine Sensibilisierung der Fachpersonen und einen leichteren Zugang zu den Angeboten.

Reintegration in den Arbeitsalltag: Welche Effekte kann eine onkologische Rehabilitation zur Arbeitsintegration bringen?

Eine Krebserkrankung ist ein gravierender Lebenschnitt und führt oft zu körperlichen Beeinträchtigungen und psychischen Belastungen mit gravierenden Auswirkungen auf die Lebensqualität und die Lebensplanung. Während und nach der Akutbehandlung kehren Betroffene in ihr soziales Umfeld zurück, häufig noch ohne über die früheren physischen und psychischen Kapazitäten zu verfügen. Dies kann für die Patienten und Patientinnen, wie auch für deren Angehörige eine grosse Belastung sein.

Krebs kann Menschen in allen Altersgruppen treffen. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 69 Jahren. Jedoch treten Tumoren bei Männern in 45%, bei Frauen in 57% der Fälle bereits vor dem 65. Lebensjahr auf [1]. Also zu einem Zeitpunkt, in dem die Betroffenen mitten im Berufsleben stehen. Neben den akuten Belastungen durch die Diagnose, die Therapie und die Prognose stellt sich von Beginn an die wichtige Frage nach der beruflichen Perspektive.

Patientinnen und Patienten leiden bei fortgesetzter oder auch nach Abschluss der Therapien neben körperlichen Einschränkungen zusätzlich an psychischen Belastungen und einer Cancer-related Fatigue [2-7], die sich negativ auf die familiäre, berufliche und finanzielle Situation auswirken kann [8]. Kurz nach der Chemo- oder Radiotherapie sind bis zu 95% der Patientinnen und Patienten davon betroffen [9, 10]. Oft dauern diese Zustände jedoch bis zu zehn Jahren nach Abschluss der Therapie an [11].

Es bedarf daher einer weiterführenden Behandlung zur Verbesserung der Lebensqualität, der Reintegration ins Privat- und ins Arbeitsleben [12]. Das Thema der Rückkehr an den Arbeitsplatz bekommt zunehmendes Gewicht vor dem Hintergrund, dass durch die Fortschritte in der Onkologie einerseits mit einer zunehmenden Zahl von Langzeit-Überlebenden zu rechnen ist und andererseits zahlreiche Fälle mit leistungsrelevanten Langzeitfolgen (z.B. Cancer-related Fatigue, Polyneuropathie oder Konzentrationsschwierigkeiten) auftreten [13].

Prognostisch günstige Faktoren sind jüngeres Alter, männliches Geschlecht, höherer Bildungsstand, Verlauf ohne ausgedehnten operativen Eingriff, Radio- oder Chemotherapie und geringe körperliche Symptome. Tumore wie Melanome, Hodgkin-Lymphome oder urologische Tumoren haben bessere Chancen als Leberkrebs, Bronchialkarzinome, hämatologische Tumoren, ZNS Tumoren, GI oder Pankreastumoren [1].

Wohingegen höheres Alter, fortgeschrittenes Tumorstadium, ausgedehnte Operationen, Chemo- oder Radiotherapie, weibliches Geschlecht, Leberkrebs, Bronchialkarzinome, hämatologische Tumoren, ZNS Tumoren, GI oder Pankreastumoren ungünstig sind [1]. In einer Studie mit Kopf-Hals Tumorpatienten mussten 48% ihr Pensum im Verlauf reduzieren und 32.8% konnten nicht zurück an den Arbeitsplatz [14]. Von 232 Überlebenden eines Lungenkarzinoms waren 51% der vorgängig berufstätigen Patienten und Patientinnen nicht mehr in der Lage, ihren Beruf wieder aufzunehmen. Anzunehmen ist, dass diese Zahlen in fortgeschrittenen Stadien bzw. bei ZNS Tumoren noch ungünstiger sind [1].

Zu dem Thema fand man in einer skandinavischen Langzeitstudie mit zum Diagnosezeitpunkt arbeitstätigen 30-50-jährigen Cancer-Survivors neun Jahre nach Diagnose immerhin noch 85-87% arbeitstätig, wobei Frauen weniger beruflich reintegriert waren und auch öfters in reduzierten Pensen arbeiteten [15].

Die Möglichkeiten und der Erfolg einer beruflichen Reintegration hängen neben dem Tumorstadium und den Behandlungsmethoden auch vom Sozialsystem der einzelnen Länder ab [1].

Erwähnenswert sind auch die auffälligen länderbezogenen Unterschiede. Können beispielsweise in Grossbritannien oder den USA gut 80% der Brustkrebspatientinnen beruflich reintegriert werden, lag der Anteil 2012 in Deutschland nur bei 59%. Norwegen und die Niederlande liegen mit gut 73% dazwischen [1]. Der Zugang zu den Angeboten, die Behandlungsoptionen und Möglichkeiten, die unterschiedlichen Sozialisierungssysteme wie auch das sensibilisierte Fachpersonal scheinen hier eine zentrale Rolle zu spielen [16].

Es ist frühzeitig im Krankheitsverlauf an die individuellen sozialen und beruflichen Auswirkungen und allfällige Probleme bei der beruflichen Reintegration zu denken. Im Rahmen des Rehabilitationsverlaufs muss es daher immer eine der zentralen Aufgaben sein, eine Einschätzung der individuellen beruflichen Perspektive anhand des Anforderungsprofils der bisherigen Tätigkeit, der Ausbildung der Patient/Innen und der aktuell bzw. zukünftig bestehenden bzw. zu erwartenden Funktions- und Partizipationsdefizite oder, positiv formuliert, der Funktions- und Partizipationsalternativen im beruflichen Sektor vorzunehmen. Obschon dies in der Frühphase der Krebstherapie bzw. der frühen stationären Rehabilitation oft noch nicht möglich ist, können dafür im Verlauf ergotherapeutische Abklärungen des Arbeitsplatzes durchgeführt und eine funktionelle Beurteilung der Leistungsfähigkeit zur Prüfung des Fähigkeitsprofils eingesetzt werden, damit auch ein gezieltes arbeitsbezogenes Training erfolgen kann (z.B. Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit EFL nach S. Isernhagen). Aus rehabilitativer Erfahrung scheint eine gestufte, leistungsadaptive Reintegration vorteilhaft und erfolgsversprechender, wenn auch viele Patienten und Patientinnen nach Therapieabschluss rasch auf 100% Reintegration drängen [17].

Studien weisen darauf hin, dass der rehabilitative, multidisziplinäre Ansatz, diesbezüglich erfolgreicher zu sein scheint [17, 18]. Nebst dem interdisziplinären Behandlungsteam gibt es verschiedenste Organisationen, welche gezielte Unterstützung in Form von Casemanagement anbieten (z.B. RAV, Krankenkassen). Auch hat die Krebsliga Schweiz ihr Angebot für Krebsbetroffene am Arbeitsplatz in den vergangenen Jahren weiter ausgebaut [13]. In allen Fällen ist an eine frühzeitige IV-Anmeldung zu denken, falls eine berufliche Reintegration unwahrscheinlich erscheint. Damit kann die Möglichkeiten einer Umschulung frühzeitig geklärt oder ge-

gebenenfalls eine notwendige Berentung rechtzeitig aufgegleist werden, um Betroffene nicht zusätzlich in finanzielle Not zu bringen.

Die Rolle der Pflege im interdisziplinären Team einer stationären Rehabilitation

Die stationäre onkologische Rehabilitation deckt ein breites Spektrum von Unterstützungsangeboten ab. Einerseits können Symptome und unerwünschte Wirkungen der Krebstherapie behandelt und gelindert werden. Sie lehrt Betroffene im Umgang mit langfristigen Beschwerden, unterstützt bei der Krankheitsverarbeitung und bei der Reintegration in den Alltag. Ebenso geht es um die Aufrechterhaltung der Lebensqualität, der Auseinandersetzung mit Leben und Tod und sich wieder Wohlfühlen im Hier und Jetzt. Unterstützt und begleitet werden die Personen in diesen Prozessen vom interdisziplinären Rehabilitationsteam. Qualifizierte Fachpersonen sind ein entscheidender Erfolgsfaktor, damit sich betroffene Personen nach oder mit der Krankheit wieder in ihr Lebensumfeld integrieren können. Die Fachpersonen werden dabei mit immer komplexeren Aufgaben konfrontiert [19].

In der Rehabilitationsphase haben die Betroffenen andere Bedürfnisse als in der Akutphase. Konkret geht es um die körperliche Rekonditionierung, die Behandlung somatischer Beschwerden, das Stärken der Selbstwirksamkeit und das Finden einer neuen Identität. Im Weiteren gilt es, psychische Belastungen zu eruieren sowie soziale und finanzielle Gegebenheiten zu klären, damit ein «Leben danach» wieder positiv und möglichst selbständig in Angriff genommen werden kann. Betroffene fühlen sich nach der Akutbehandlung oft alleingelassen und beschreiben, dass ihnen eine Ansprechperson in dieser vulnerablen Phase fehlt [20].

International findet sich zur onkologischen Rehabilitation nur wenig Fachliteratur, welche die Betroffenenperspektive und die Erwartungen an das interprofessionelle Behandlungsteam ermittelt hat [21-24].

Reigle et al. [19] beschreiben die Pflege in der stationären onkologischen Rehabilitation als eine Schlüsselrolle. Begründet wird dies mit der in den letzten Jahren entwickelten Expertise in diesem Fachbereich, als auch durch die Koordinations-, Management- und Advokatenfunktionen. Zudem hat die Pflege einen kontinuierlichen Bezug zu den Betroffenen im Rahmen des Klinikaufenthaltes [19]. Grundvoraussetzungen, um eine qualitativ hochstehende onkologische Rehabilitation anbieten zu können, sind ein Grundlagenwissen über Krebserkrankungen, deren Therapien, Komplikationen, Komorbiditäten wie

auch ein fundiertes Wissen über die notwendigen Rehabilitationsmassnahmen. Ausserdem sind Kompetenzen zur Durchführung spezifischer Assessments, das Beitragen zur Entscheidungsfindung, die Erstellung und Koordination eines interdisziplinären Rehabilitationsplans wichtig. Dazu gehören auch Kommunikationsfähigkeiten zur Vermittlung des Therapieplans und deren Ziele. Diese Erfordernisse gelten für jede interprofessionelle Disziplin, so auch für die Pflegefachpersonen [19].

Gemäss Reigle et al. [19] sind besonders auch Fähigkeiten zur Erfassung der psychosozialen Situation und der körperlichen Einschränkungen gefragt, wofür Pflegefachpersonen aufgrund ihrer intensiven Präsenz in der Betreuung der Betroffenen prädestiniert sind. Dabei sollten auch psychische, kognitive oder sprachliche Beeinträchtigungen sowie der psychische Leidensdruck erfasst werden (Tab. 1).

Tab. 1. Beispiele für die Erfassung von Auswirkungen der Krankheit und Therapie durch Pflegefachpersonen.

Einschränkungen in den ADL's (Activities of daily living)
Periphere Neuropathie
Lymphödem
Schluck- und Sprachschwierigkeiten
Herz-Kreislaufprobleme/Überwachung der Vitalwerte
Veränderte Blasen- und Darmtätigkeit
Fatigue
Sexuelle Funktionsstörungen
Schmerzen
Kognitive Einschränkungen
Dermatologische Probleme
Körperbildstörungen
Familiäre-, berufliche- und soziale Situationserfassung

In Anlehnung an Reigle et al. [19] & Yadav [25].

Unabhängig von der Diagnose und zu jedem Zeitpunkt des Erkrankungsverlaufs sind zusammenfassend folgende pflegerischen Aufgaben und Tätigkeiten als wesentlich für jede in der onkologischen Rehabilitation tätige Pflegefachperson zu nennen:

- Evidenzbasierte direkte Pflege
- Psychosoziale Unterstützung
- Schulung von Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen
- Koordination der Pflege und der Nachsorge
- Gesundheitsförderung [19].

Auch komplementäre Pflegeanwendungen wie zum Beispiel Wickel, Aromatherapie, Teetherapie oder Akupunktur gehören immer öfters zu einem fixen Bestandteil des pflegerischen Aufgabengebietes.

Momentan mangelt es immer noch an einer klaren Aufgaben- und Rollenbeschreibung der spezialisierten onkologischen Rehabilitationspflege sowie an spezifischer Fachliteratur für die Aus- und Weiterbildungen in diesem Sektor [26]. In der Pflegeweiterentwicklung und deren Spezialisierung liegt grosses Entwicklungspotential. Aufgrund der noch unklaren Rollendefinition der onkologischen Rehabilitationspflege erstellten die beiden US-amerikanischen Organisationen Oncologic Nursing Society (ONS) und die Association of Rehabilitation Nurses (ARN) ein White Paper zum Thema «Rolle der onkologischen Rehabilitationspflegenden» [19].

Interview mit einer Pflegeexpertin in der Onkologischen Rehabilitation

Die Onkologiepflege Schweiz ist daran interessiert, dass die Rolle der Pflege in der onkologischen Rehabilitation geklärt und gefördert wird. Aus diesem Anlass hat Irène Bachmann-Mettler, Expertin Onkologiepflege und Präsidentin Onkologiepflege Schweiz, Nadja Wyrsh in einem Interview entsprechende Fragen gestellt.

Nadja Wyrsh ist diplomierte Pflegefachfrau und Psychoonkologische Beraterin SPOG. Sie arbeitet seit vielen Jahren als Pflegeexpertin in der stationären onkologischen Rehabilitation. Aktuell setzt sie sich im Rahmen ihres Masterstudiums in Pflegewissenschaft mit der Entwicklung der Rolle von Pflegefachpersonen in der onkologischen Rehabilitation auseinander. Zudem entwickelt sie als Vorstandsmitglied von oncoreha.ch in einer gemeinsamen Arbeitsgruppe von oncoreha.ch und der Krebsliga Schweiz ein Curriculum für eine interprofessionelle Weiterbildung in onkologischer Rehabilitation.

Onkologiepflege: Weshalb ist es gerade heutzutage wichtig, die Rolle der Pflege in der stationären onkologischen Rehabilitation zu definieren und zu entwickeln?

Nadja Wyrsh: Die steigenden Überlebenschancen von Krebsbetroffenen durch die Verbesserung der Diagnostik und der Entwicklung neuer Therapieformen fordern zur Entwicklung neuer Versorgungssysteme auf. In diesem Zusammenhang gewinnt auch die multiprofessionelle onkologische Rehabilitation an Bedeutung. Das Wissen der Fachpersonen ist ein entscheidender Erfolgsfaktor einer Rehabilitation, damit sich Betroffene wieder in ihr

gewohntes Lebensumfeld integrieren können. Die Pflege nimmt dabei eine sehr zentrale, tragende, umfassende und koordinierende Funktion ein. Zurzeit ist das Rollen- und Aufgabenprofil der spezialisierten Rehabilitationspflege nicht geklärt. Zu deren Positionierung, Etablierung und Klärung der Verantwortlichkeiten in der integrierten Versorgung und im interprofessionellen Team ist dies jedoch eine Voraussetzung.

Welche Patientinnen und Patienten entscheiden sich für eine stationäre Rehabilitation?

Die Entscheidung für eine stationäre Rehabilitation wird aktuell meist durch die zuweisenden Ärzte der Akutspitäler getroffen, wenn nach akuten Therapien relevante Funktions- und Partizipationsstörungen vorhanden und eine Entlassung in ambulante Behandlungen nicht möglich sind. Hierfür benötigen Patienten und Patientinnen eine Kostengutsprache der Krankenkassen, die sich nach den formalen Kriterien der Rehabilitationsbedürftigkeit, Spitalbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und dem Rehabilitationspotential richtet.

In der Realität sind dies aktuell meistens Patienten und Patientinnen nach grossen viszeral-, thorax-chirurgischen oder HNO-Eingriffen, nach Bestrahlungen oder nach Chemotherapien. Ausnahmen sind Betroffene, die an Langzeitfolgen wie beispielsweise an Cancer-related Fatigue leiden. Ein standardisierter, ganzheitlicher Zuweisungsansatz, der über die Akutsymptomatik hinausgeht, ist nicht erkennbar.

In diesem Zusammenhang gäbe es aber spezifische Bedürfnisse der betroffenen Personen und deren Umfeld, die den Bedarf an spezifischer onkologischer Rehabilitation begründen würden. Nebst der physischen Stärkung stehen dabei die Krisenbewältigung, die Neuorientierung und Verhaltensänderungen nach einer Krebsdiagnose und -therapie im Vordergrund. Dieser umfassende Ansatz mit der Möglichkeit, spezifische individuelle Behandlungsprogramme anzubieten, ist die Stärke der stationären Rehabilitation. Ein Basisprogramm für alle Personen beinhaltet Sport, Physiotherapie, Ernährungsberatung, Gesundheitsvorträge, onkologische Pflegeberatung und punktuell psychoonkologische Beratung, Sozialberatung, Ergotherapie und/oder Logotherapie. Je nach Tumorart bzw. individueller Problemstellung gibt es spezialisierte Bausteine im Programm. Beispielsweise im Falle einer «Fatigue» oder für Betroffene mit Stoma.

Bei dieser Pflege stehen wohl kaum die Körper- und Behandlungspflege im Vordergrund? Welche Aufgaben haben die Pflegenden?

Die Pflegenden sind rund um die Uhr auf der Station und erhalten somit als einzige Profession in der Institu-

tion einen ganzheitlichen Eindruck von den Betroffenen. Sie können die allgemeine Befindlichkeit beobachten, erhalten einen breiten Eindruck der sozialen Situation und des psychischen und physischen Wohlbefindens. Sie sind beratend, motivierend und unterstützend tätig und erfassen kontinuierlich den spezifischen Lern- und Unterstützungsbedarf für Zuhause.

Weiter können sie direkt einschätzen, wie der Transfer des Erlernten aus den Therapien in die Aktivitäten des täglichen Lebens integriert wird. Sie sehen die Fortschritte im Tagesablauf, bei der Mobilität, bei der Ernährung, beim Umgang mit dem Stoma oder der Atemnot und im psychischen Wohlbefinden. Dabei ist es zentral, aktiv auf die Personen zuzugehen und Interesse für ihr Wohlbefinden zu signalisieren und sie kennenzulernen. Vieles kann im Verborgenen bleiben, wenn man die betroffenen Personen nicht darauf anspricht. Beispielsweise können Einschränkungen im täglichen Leben wegen einer Neuropathie oder einem Lymphödem erkannt werden. Betroffene sagen den Ärzten und Ärztinnen nicht alles. Die Pflegenden können dank der Nähe zu den betroffenen Personen eine wichtige Bezugsperson für sie und auch deren Angehörige werden. Umso wichtiger ist es, dass die Zusammenarbeit im interdisziplinären Team gut funktioniert. Entscheidender Erfolgsfaktor einer Rehabilitation ist, wenn alle an einem gemeinsam definierten Ziel arbeiten. Dieses Ziel wird wöchentlich überprüft und medizinische, therapeutische sowie pflegerische Interventionen werden aufeinander abgestimmt und entsprechend (der Zielerreichung) angepasst.

Welche Kompetenzen benötigen die Pflegenden?

Ein Grundwissen über onkologische Erkrankungen, deren Therapien sowie zum Symptommanagement sind wichtige Kompetenzen. Sie ermöglichen erst das Verständnis für die Personen in der onkologischen Rehabilitation. Mit diesem Wissen geht man anders auf die Menschen zu. Beispielsweise kann man besser nachvollziehen, was «Fatigue» für eine betroffene Person bedeuten kann, wenn nach einer langwierigen Tumortherapie Energie und Kraft fehlen und es schwierig wird, damit umzugehen. Diese umfassende Pflege setzt eine hohe Kommunikationskompetenz voraus, denn das Gespräch und der Beziehungsaufbau sind zentral. Voraussetzung ist auch ein Pflegeverständnis, welches die betroffenen Personen mit ihren individuellen Bedürfnissen und einzigartigen Lebensgeschichten ins Zentrum setzt. Erst mit dieser Haltung hört man von den Sorgen und Krisen der Menschen und wie belastend sie die Krankheit und Zukunft erleben.

Wenn Du freie Hand hättest, was würdest Du tun, um die Rolle der Pflege in der Rehabilitation zu fördern?

Das Pflegeverständnis der Pflegeleitung ist zentral, ebenso die Kultur der Zusammenarbeit und die Haltung der

Ärztenschaft gegenüber der Pflege. Es geht nicht darum, nur ärztliche Verordnungen auszuführen, sondern mitzudenken und sich aktiv am Genesungsprozess der Patientinnen und Patienten zu beteiligen. Das Verständnis und die Positionierung der Pflegerolle und deren umfassenden Aufgaben im interdisziplinären Team sind notwendig. Damit können eine gute Pflegequalität gewährleistet und junge Pflegenden für die Arbeit in der Rehabilitation motiviert werden.

Die Pflegefachpersonen im interdisziplinären Team spielen eine zentrale Rolle. Sie sollen Mitverantwortung zeigen und ihr Wissen in die Weiterentwicklung der onkologisch-rehabilitativen Therapieprogramme einbringen. Auch sind spezifische Weiterbildungen in diesem Bereich notwendig - diese sollten den Fokus sowohl auf den intras als auch auf den interdisziplinären Aspekt der onkologischen Rehabilitation legen.

Literatur

1. Rick O, et al. Reintegration von Krebspatienten ins Erwerbsleben. *Dtsch Arztebl* 109: 702–708, 2012.
2. DeFlorio ML, Massie MJ. Review of depression in cancer: Gender differences. *Depression* 3: 66-80, 1995
3. Härter M, Reuter K, Aschenbrenner A, et al. Psychiatric disorders and associated factors in cancer: results of an interview study with patients in inpatient, rehabilitation and outpatient treatment. *Eur J Cancer* 37: 1385-1393, 2001.
4. Honda K; Goodwin RD. Cancer and mental disorders in a national community sample: findings from the national comorbidity survey. *Psychother Psychosom* 73: 235-242, 2004.
5. Curt GA. Impact of Cancer-Related Fatigue on the Lives of Patients: New Findings From the Fatigue Coalition. *Oncologists* 5: 353-360, 2000.
6. Ahlber, K., Ekman, T., Gaston-Johansson, F., Mock, V. (2003). Assessment and management of cancer-related fatigue in adults. *The Lancet*, 640-650
7. Glaus A. Fatigue in patients with cancer. Analysis and assessment. *Recent Results Cancer Res* 145: I-XI, 1-172, 1998.
8. Schilling G, Stein A, Quidde J & Bokemeyer C. Survivorship-Programme. Ziele und Inhalte einer strukturierten Betreuung. *FORUM* 29: 202-205, 2014.
9. Witt CM, Horneber M, Rostock M. Komplementärmedizin bei der tumorassozierten Fatigue. *TumorDiagn u Ther* 35, 326-330, 2014.
10. Prue G, Rankin J, Allen J, et al. Cancer-related fatigue: a critical appraisal. *Eur J Cancer* 42: 846-863, 2006.
11. Cheville AL (). Cancer rehabilitation: Forging consensus. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 28: xv-xvi, 2017.
12. Perseus J, Catuogno S, Wyrsh N. Onkologische Rehabilitation in der Schweiz: Behandlungsschwerpunkte und Perspektiven. *Info Onkologie & Hämatologie* 2: 23-26, 2014.
13. Kramis K, Zulian G. Jahresbericht 2017. Krebsliga Schweiz www.krebsliga.ch/jahresbericht-krebsliga-schweiz-2017/jahres-rueckblick/cancer-survivorship. 2017.
14. Giuliani M, et al. The prevalence and determinants of return to work in head and neck cancer survivors. *Support Care Cancer* 27: 539–546, 2019.
15. Brusletto B, et al. Labor-force participation and working patterns among women and men who have survived cancer: A descriptive 9-year longitudinal cohort study. *Scand J Public Health* 49: 188-196, 2021.
16. Tikka C, et al. Rehabilitation and return to work after cancer – Literature review, European Risk Observatory, European Agency for Safety and Health at Work — EU-OSHA, 2017.
17. Campagna M, et al. Return to Work of Breast Cancer Survivors: Perspectives and Challenges for Occupational Physicians. *Cancers (Basel)* 12: 355, 2020.
18. de Boer AG, et al. Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev* (2): CD007569, 2011. doi: 10.1002/14651858.CD007569.pub2.
19. Reigle BS, Campbell GB, & Murphy KB; 2017. Cancer Rehabilitation and the Role of the Rehabilitation Nurse - A White Paper by the Association of Rehabilitation Nurses. Retrieved from https://rehabnurse.org/uploads/membership/FINAL_CANCER_REHAB_POSITION_PAPER.pdf
20. Sammarco A. Perceived Social Support, Uncertainty, and Quality of Life of Younger Breast Cancer Survivors. *Cancer Nurs* 24: 212-219, 2001.
21. Weis J. Support groups for cancer patients. *Support Care Cancer* 11. 763-768, 2003.
22. Merckaert I, Libert Y, Delvaux N, Razavi D. Breast cancer: communication with a breast cancer patient and a relative. *Ann Oncol* 16 Suppl 2: ii209-212, 2005.
23. Abrahamson K, Durham M, Fox R. Managing the unmet psychosocial and information need of patients with cancer. *Patient Intelligence* 2: 45-52, 2010.
24. Piil K, Jarden M, Jakobsen J, et al. A longitudinal, qualitative and quantitative exploration of daily life and need for rehabilitation among patients with high-grade gliomas and their caregivers. *BMJ Open* 3: e003183, 2013.
25. Yadav R. Rehabilitation of surgical cancer patients at University of Texas M. D. Anderson Cancer Center. *J Surg Oncol* 95: 361-369, 2007. doi:10.1002/jso.20775.
26. Hofer, Imanuel. Schnittstellenmanagement gewinnt an Bedeutung. Komplexität in der Rehabilitationspflege nimmt laufend zu. *NOVAcura* (3)13: 34, 2013.

Korrespondenz:

Nadja Wyrsh
Pflegeexpertin MScN in Ausbildung
Psychoonkologische Beraterin SPOG
Rehabilitationsklinik Davos Wolfgang
nadja.wyrsh@hgk.ch

Dr. med. Joseph Perseus
Facharzt Allgemeine Medizin und
Onkologische Rehabilitation
Klinik Adelheid AG
Rehazentrum Zentralschweiz
josef.perseus@klinik-adelheid.ch

Über den Qualitätsbegriff und Standards in der onkologischen Behandlungskette

Peter Lermen

Die Begriffe Qualität und Wirtschaftlichkeit bestimmen seit langem die gesundheitspolitische Diskussion. Doch wie definiert sich Qualität und welche Aspekte müssen in die Betrachtung zur Wirtschaftlichkeit mit einbezogen werden? Und wie können die Ansprüche der verschiedenen Stakeholder bedient werden?

Die Eidgenössischen Räte haben am 21. Juni 2019 die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit verabschiedet. In der ausserparlamentarischen eidgenössischen Qualitätskommission sind die Kantone, die Leistungserbringer, die Versicherer, die Versicherten, die Patientenorganisationen sowie Fachleute vertreten. Aufgabe der Qualitätskommission sind unter anderem die Koordination und Beratung der verschiedenen Akteure im Bereich der Qualitätsentwicklung, die Beratung des Bundesrates zur Festlegung von Massnahmen zur Qualitätsentwicklung sowie die Entwicklung von Qualitätsindikatoren zur statistischen Messung der Qualität. Hierauf basierend schliessen die Versicherer mit den Leistungserbringern gesamtschweizerisch geltende Qualitätsverträge ab, die auf Basis kontinuierlicher Messung der Qualität und Dokumentation der Qualitätsmassnahmen eine ständige Verbesserung der Behandlung zum Ziel haben [1, 2].

Die Rahmenvorgaben des Bundes sind also klar und die Aufträge an die einzelnen Stakeholder sind gegeben. Qualitätsmanagement-Systeme sind seit Jahren etabliert und haben enorm zur (internen) Verbesserung und Patientensicherheit beigetragen. Jedoch darf der Qualitätsbegriff nicht um seiner selbst ständig gemessen, diskutiert und argumentativ ausgeschlachtet werden, wenn er nicht letzten Endes dem Patienten direkt und dem Kollektiv der Versicherungsnehmer indirekt zugute kommt. Zumal der Begriff der Qualität vielschichtig und von der Stellung und Intention eines jeden im Behandlungsprozess abhängig ist. Dementsprechend liefern die Stakeholder verschiedene Definitionen von Qualität. Sei es Patientenzufriedenheit, die Verbesserung in objektiv

vergleichbaren Scores, das Erreichen von vorgängig (von wem auch immer) definierten Zielen, aber auch Kriterien wie die Wirtschaftlichkeit der Behandlung, Infrastrukturkriterien oder Prozess-Qualität gilt es zu berücksichtigen.

Die, nicht nur in der Schweiz, verhältnismässig junge Disziplin der onkologischen Rehabilitation steht hier vor mehreren **Herausforderungen**:

Die Heterogenität des Patientenkollektivs: Von hämatonkologischen Erkrankungen über solide Tumoren verschiedenster Lokalisation und Ausprägung findet sich in der onkologischen Rehabilitation das gesamte Spektrum der modernen Onkologie in allen Altersklassen.

Die erfreulichen **Fortschritte in der modernen Onkologie** führen, neben der verbesserten Früherkennung, durch zahlreiche neue Behandlungsmöglichkeiten dazu, dass immer mehr von einer Krebserkrankung Betroffene diese Erkrankung überleben oder eine deutliche Verlängerung der Überlebenszeit bei guter Lebensqualität erfahren. Mit diesem Fortschritt einher geht eine zunehmende Spezialisierung in der Onkologie, die es notwendig macht, dass ein Austausch zwischen Onkologen und Rehabilitationsmedizinerinnen stattfindet, um den onkologischen und rehabilitativen Behandlungsprozess koordinieren zu können. Zudem ist der Rehabilitationsmediziner vermehrt mit verhältnismässig seltenen Nebenwirkungen neuer Therapien konfrontiert, die bisweilen die Hauptindikation für die rehabilitative Massnahme darstellen können. Als Beispiel seien hier die neurologischen Nebenwirkungen der Therapie mit Immun-Checkpoint-Inhibitoren erwähnt [3].

Die **Studienlage** für die Effektivität einzelner Massnahmen oder einer koordinierten stationären oder ambulanten Rehabilitation ist aufgrund der eingeschränkten Vergleichbarkeit zwischen den international höchst unterschiedlichen Gesundheitssystemen sowie des heterogenen Patientenkollektivs noch unzureichend [4, 5]. Gleichwohl zeigen jedoch vermehrt Übersichtsarbeiten, dass eine onkologische Rehabilitation sehr wohl wirtschaftlich und zielführend ist [6].

Das aktuelle **Tarifsystem** sowie mancherorts noch angewandte Ausschlusskriterien diskriminieren Patienten unter laufender Therapie. Diese stammen noch aus Zeiten, als Operation, Bestrahlung und nebeneffektbehaftete intravenöse Chemotherapie den Grossteil der Behandlung darstellten. In der onkologischen Rehabilitation sind wir vermehrt mit Patienten konfrontiert, die zwischen Therapiezyklen oder gar während einer laufenden Chemotherapie von einer stationären Rehabilitationsmassnahme enorm profitieren können, da die modernen Oncologica deutlich nebenwirkungsärmer sind. Die Aufnahme und Betreuung dieser Patienten ist momentan mit einem enormen administrativen Aufwand, im Sinne des Einholens von Kostengutsprachen für die Behandlung, behaftet und häufig vom guten Willen des Versicherers abhängig. Auch im neuen Tarifsystem ST-Reha, das vermehrt auf ICD-ähnliche Diagnosen, Gewichtung der Patienten anhand CIRS und FIM etc. setzt, sind die onkologischen Patienten in ihrer Komplexität unzureichend abgebildet, so dass hier die Gefahr einer unverhältnismässig hohen Zugangsbarriere für relevante Patientengruppen besteht.

Die gleiche ICD-Diagnose kann individuell zu **äusserst verschiedenen Beeinträchtigungsmustern** führen. Dies speist sich nicht nur aus den gewählten Behandlungsoptionen oder der medizinischen Vorgeschichte des Patienten, sondern auch aus dem psycho-sozialen Kontext des jeweiligen Patienten heraus, so dass eine Diagnose nicht automatisch einen bestimmten Behandlungspfad auslöst. Dementsprechend anspruchsvoll gestaltet sich die Indikationsstellung, Zieldefinition sowie die Definition der Mittel, um diese Ziele zu erreichen, was im Verbund mit den dafür aufgewendeten Massnahmen und der für die Zielerreichung benötigten Zeit ein wichtiger Qualitätsindikator ist. Zur Indikationsstellung fehlt ein allgemein validierter und anerkannter Indikator. Stephan Eberhard schlägt hierfür jedoch folgende Fragen für ein erstes Screening vor [7]:

- Können Sie die Tätigkeiten, welche für Sie und Ihren Alltag notwendig und wichtig sind, so ausüben wie Sie es möchten?
- Können Sie Ihren Alltag ohne den Einsatz von Hilfsmitteln bewältigen?
- Können Sie alle für Sie bedeutsamen Tätigkeiten (Alltag, Beruf, Freizeit) heute so ausführen wie vor der Erkrankung?

Wenn eine dieser Fragen mit Ja beantwortet wird, empfiehlt sich eine tiefere Abklärung des Rehabilitationsbedarfs durch eine in onkologischer Rehabilitation geschulte Fachperson, wofür sich z.B. die verantwortlichen Ärzte der onkologischen Rehabilitationskliniken anbieten.

Die von der ANQ vorgeschlagenen **Messinstrumente** für bereichsspezifische Messungen gemäss des ANQ-Messplans sind hervorragend validiert und ermöglichen eine übergreifende Vergleichbarkeit [8], bilden aber gerade in der onkologischen Rehabilitation den Patienten in seiner Komplexität nur unzureichend ab.

Ähnlich verhält es sich mit den Anforderungen, wie sie z.B. die Spitalisten vorgeben [9] oder sie von Qualitätsvereinigungen wie SwissReha [10] definiert werden. Hier liegt der Focus auf Infrastruktur und Prozessfragen, die zweifelsohne einen wichtigen Beitrag zu einer besseren und sich stetig verbessernden Qualität liefern, jedoch per se keine Aussage über Behandlungsqualität an sich liefern, sondern dem Bestreben nach einer guten Behandlungsqualität Ausdruck verleihen.

Standardisierte Prozesse anhand von allgemein akzeptierten Behandlungsempfehlungen schaffen Transparenz und erhöhen die Behandlungsqualität

Wie muss nun die Cancer-Community auf diese Herausforderungen reagieren? Auch wenn wir in unserer täglichen Arbeit den positiven Effekt zielorientierter rehabilitativer Massnahmen erleben, verpflichtet uns die unbefriedigende Studienlage durch nationale Studien, die die Besonderheiten des Schweizer Gesundheits- und Sozialversicherungswesens berücksichtigen, den Nachweis für Effektivität und Wirtschaftlichkeit stationärer wie ambulanter Massnahmen zu erbringen. Als Vorbild kann hier die kardiologische Rehabilitation gelten, die erfolgreich strukturierte und evidenzbasierte ambulante wie auch stationäre Programme etabliert hat, die von den Versicherern anerkannt und so vergütet sind, dass diese wirtschaftlich und mit bestmöglicher Zugänglichkeit für alle Betroffenen betrieben werden können. Ein erster wichtiger Schritt war die nationale Studie zur ambulanten onkologischen Rehabilitation [11] der Krebsliga, in der gezeigt werden konnte, dass multidisziplinäre ambulante onkologische Rehabilitationsprogramme die Lebensqualität von Krebsbetroffenen verbessern und bei Erwerbstätigen den Wiedereinstieg in das Arbeitsleben erleichtern. Gleichwohl zeigte sich auf Niveau Schweiz eine starke Heterogenität sowohl in der regionalen Verteilung als auch im Aufbau der Rehabilitationsprogramme.

Ähnlich stellt es sich in der stationären Rehabilitation dar [12], bei der die Landkarte stationäre onkologische Rehabilitation noch zahlreiche weisse Flecken aufweist. Um allen Betroffenen die bestmögliche Versorgung und Zugänglichkeit auf hohem Qualitätsniveau zu ermöglichen, bedarf es eines Konsens bezüglich Indikationskriterien für stationäre oder ambulante onkologische Rehabilitation sowie die Verständigung auf Minimalstandards, die eine patienten- und zielorientierte onkologische Rehabilitation ausmachen, ohne dabei die kulturellen oder regionalen Unterschiede zu ignorieren.

Aus diesem Grund hat es sich oncoreha.ch zum Ziel gesetzt, Behandlungsempfehlungen für die im Rahmen einer Krebserkrankung oder ihrer Behandlung am häufigsten auftretenden Einschränkungen/Teilhabe-Störungen zu erarbeiten. Diese basieren zum einen auf der gängigen Literatur, zum anderen beziehen sie die Erfahrungen möglichst zahlreicher verschiedener Akteure in der onkologischen Rehabilitation mit ein.

Aktuell werden durch die Arbeitsgruppe Qualität **Behandlungsempfehlungen** im Sinne eines Konsenspapiers zu Polyneuropathie, Post-treatment Fatigue, körperlicher Dekonditionierung und verändertem Körperbild erarbeitet. Aufgrund Interdisziplinarität der onkologischen Rehabilitation werden auch gezielt nicht-ärztliche Akteure in die Erstellung mit einbezogen, wie z.B. Pflegenden, Ernährungsberater*innen, Physio- und Sporttherapeuten, Psychologen oder Mitarbeitende der Sozialberatung. Der 2020 initiierte Prozess für die Erstellung von Behandlungsempfehlungen schreitet zügig voran und die o.g. Behandlungsempfehlungen sollen noch in 2021 im Rahmen eines Konsensustages durch eine möglichst breite Basis aller Stakeholder (SGMO, SRO, KLS, NKS, SGPO, palliative.ch, Patientenvertreter, SW!SS-Reha, SGPMR, SAR, Vertreter der Krankenkassen, Gesundheitsdirektoren und Vertrauensärzte) diskutiert und verabschiedet werden. Ohne den restriktiven Charakter von Leitlinien bilden diese Behandlungsempfehlungen Grundlage und Rahmen der onkologischen Rehabilitation und schaffen damit automatisch Transparenz und Vergleichbarkeit der verschiedenen Angebote, was erfahrungsgemäss der Qualität zugute kommt.

Mittelfristiges Ziel ist natürlich auf Basis der gemeinsamen Behandlungsempfehlungen eine Anerkennung und entsprechende Vergütung der Behandlungsprogramme durch die Versicherer sowie die Schaffung eines Behandlungspfades für Patienten, der von der Diagnose über die Therapie bis zur Nachsorge einen reibungsarmen Behandlungsprozess mit der richtigen rehabilitativen Massnahme zum richtigen Zeitpunkt und ohne Informationsverlust an den immer wieder auftretenden Schnittstellen darstellt.

Die Schweiz bietet geradezu ideale Voraussetzungen, hier eine Vorreiterrolle zu spielen. Wir verfügen über ein sowohl geographisch wie auch auf persönlicher Ebene enges Netzwerk an Playern in einem der besten Gesundheitssysteme der Welt, das sich auch durch eine hohe Zugangsgerechtigkeit auszeichnet. Seit Jahren wird in der Medizin mehr und mehr die Interdisziplinarität gelebt und das partnerschaftliche Verhältnis zwischen den einzelnen Disziplinen und Akteuren ist nicht nur eine Worthülse. Und nicht zuletzt ist der Konsens eine der Schweizer Stärken, so dass es innert kurzer Zeit möglich sein sollte, mit Evidenz zu untermauern, was wir schon seit Jahren auf hohem Niveau praktizieren.

Fazit

Schweizer Anbieter onkologischer Rehabilitation bieten eine Behandlung auf hohem Niveau und versuchen, trotz wirtschaftlicher Zwänge und Einschränkungen möglichst allen Betroffenen die notwendige Behandlung zukommen zu lassen. Zukünftige Studien müssen den Nachweis erbringen, dass die onkologische Rehabilitation in allen Phasen der Krebserkrankung ihre Berechtigung hat und dementsprechend von den Versicherern vergütet werden muss, um allen Betroffenen einen diskriminationsfreien Zugang zu sinnvollen rehabilitativen Massnahmen, wie z.B. auch unter laufender Chemotherapie oder im Sinne einer Prehabilitation, zu gewährleisten. Die Cancer Community und oncoreha.ch übernehmen hierfür verstärkt Anstrengungen, um die wissenschaftliche Evidenz für onkologische Rehabilitationsprogramme im Sinne einer best practice auf ein solides Fundament zu stellen, und verpflichten sich, alles zu unternehmen, um eine durchgehend hohe Qualität zu gewährleisten. Alle Fachpersonen und Gruppen sind herzlich eingeladen, an diesem Prozess mitzuwirken.

Literatur

1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit), Änderung vom 21. Juni 2019, BBI 2019 4469.
2. Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit) vom 4. Dezember 2015, BBI 2015 257.
3. Heinzerling L, et al. Checkpoint-Inhibitoren – Diagnostik und Therapie von Nebenwirkungen. Dtsch Aerztebl Int 116: 119-126, 2019.
4. Annunziata MA, et al. Cancer Rehabilitation in Southern Europe: An overview. J Cancer Rehab 2: 1-5, 2019.
5. Goldzweig G, et al. Current Status of Cancer Rehabilitation in the Middle East. J Cancer Rehab 2: 6-9, 2019.
6. Scott DA, Mills M, Black A, et al. Multidimensional rehabilitation programmes for adult cancer survivors. Cochrane Database Syst Rev (3):CD007730, 2013.
7. Eberhard S. Onkologische Rehabilitation; wann, wo und für wen? Schweizer Krebsbulletin 1/2015; 16–20. <https://www.sakk.ch/de/schweizer-krebsbulletin>; Stand 21.09.2019.
8. <https://www.anq.ch/de/fachbereiche/rehabilitation/messinformation-rehabilitation/bereichsspezifische-messungen/>
9. Anforderungen und Erläuterungen SPLG Rehabilitation BE des Kanton Bern zu Händen der Listenspitäler zu den Leistungsaufträgen gemäss den Spitalplanungsleistungsgruppen; https://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/spitalaer/spitalliste.assetref/dam/documents/GEF/SPA/de/Spitalliste/Anforderungen_und_Erlaeuterungen_SPLG_Systematik_Rehabilitat.pdf
10. <https://www.swiss-reha.com/api/rm/Q8U6XT6R9M227Z5>
11. <https://www.krebsliga.ch/fachpersonen/informationssysteme/ambulante-onkologische-rehabilitation-zusammenfassung-der-nationalen-studie/>
12. <https://www.krebsliga.ch/ueber-krebs/rehabilitation/>

Korrespondenz:

Peter Lermen
Verantwortlicher Arzt und Co-Präsident oncoreha.ch
Internistisch-onkologische Rehabilitation
Berner Klinik Montana, peter.lermen@bernerklinik.ch

Cancer Navigation und Survivorship – individuelle, integrierte Versorgung

Krankheits- oder behandlungsbedingte Komplikationen können die Lebensqualität von Krebsbetroffenen beeinträchtigen. Welche Möglichkeiten einer unterstützenden Nachsorge gibt es, um Beeinträchtigungen und Konsequenzen zu begegnen?

Nicolas Sperisen¹, Dr. Regula Cardinaux-Fuchs², Beate Schneider-Mörsch³, Sarah Stoll⁴, Dr. Jörg Haslbeck⁵

¹ Fachspezialist Gesundheitsförderung und Rehabilitation, Krebsliga Schweiz, Bern, nicolas.sperisen@krebsliga.ch

² Projektleiterin Nachsorge, Krebsliga Schweiz, Bern

³ Fachspezialistin Rehabilitation und Themenverantwortliche Cancer Survivorship, Krebsliga Schweiz, Bern

⁴ Fachberaterin Cancer Survivorship, Krebsliga Ostschweiz, St. Gallen

⁵ Leiter Abteilung Nachsorge, Krebsliga Schweiz, Bern

Die Zahl der Menschen, die mit einer Krebserkrankung leben, nimmt stetig zu und darüber hinaus leben sie länger mit der Krankheit. Diese Aspekte sind zwar grundsätzlich erfreulich, aber sie werden von unerwünschten Nebenwirkungen und Spätfolgen von Krankheit, Diagnostik und Therapien relativiert. Die nachfolgenden Erfahrungen von Edith Saluz* illustrieren eindrücklich diese Problematik.

Leben mit und nach Krebs – Erfahrungen von Edith

Edith hat einen neuroendokrinen Tumor der Schilddrüse überlebt, obwohl er zweimal ins Gehirn metastasiert war. Die Behandlungen waren langwierig und mühsam, konnten aber eines Tages abgeschlossen werden. Allerdings war für Edith der Übergang von einer engmaschigen Begleitung in die Nachsorge herausfordernd, wo ärztliche Kontrollen seltener stattfinden. Sie musste ferner neuen Sinn in ihrem Leben finden und extreme Müdigkeit sowie Gedächtnisverlust wirken sich auf ihren Alltag aus. Was für Edith besonders gravierend ist: Die Strahlentherapie hat ihre Stimme beeinträchtigt, weswegen sie nicht mehr unterrichten und den Chor leiten kann, den sie Jahre zuvor gegründet hatte. In dieser komplexen Situation hat Ediths Onkologin den Kontakt zur Krebsliga hergestellt.

Ediths Krankheitserfahrung veranschaulicht, wie individuell die Auswirkungen einer Krebserkrankung sein können und dass standardisierte Leistungsangebote hier nicht ausreichen. Stattdessen sollten Betreuung und Unterstützung individualisiert, umfassend und im Sinne integrierter Versorgung aufeinander abgestimmt sein. Darüber hinaus sollte die Nachsorge langfristig konzipiert werden und die Bedürfnisse von Krebsbetroffenen wie Edith sind regelmässig neu einzuschätzen – dies ist anspruchsvoll zu implementieren und bringt Herausforderungen mit sich. Hier kann

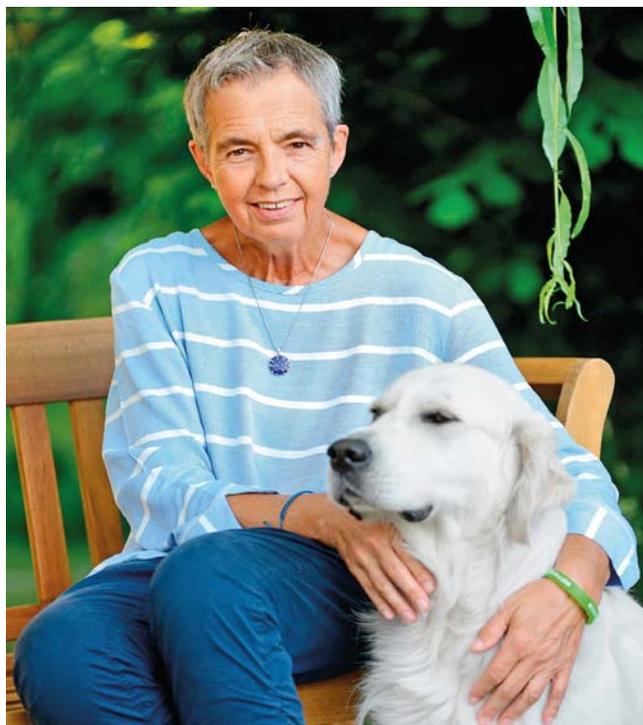


Foto: © Krebsliga Schweiz 2019

Edith Saluz – eine Cancer Survivorin

die Krebsliga als Kompetenzzentrum zur Optimierung der Nachsorge bei Krebs beitragen, insbesondere durch eine Reihe von Angeboten wie interdisziplinäre Rehabilitationsprogramme, spezifische Kurse sowie individuelle Beratung und Unterstützung der Betroffenen. So wurde Edith bspw. von einer Expertin in Onkologiepflege im Rahmen einer Fachberatung Cancer Survivorship begleitet**.

* Für den vollständigen Erfahrungsbericht von Edith Saluz siehe: <https://www.krebsliga.ch/fileadmin/downloads/helfen-sie/aspect-jan2019-edith-halskrebs.pdf> (abgerufen am 23.12.2020).

** Siehe hierzu Informationen der Krebsliga Ostschweiz: <https://ostschweiz.krebsliga.ch/dienstleistungen/cancer-survivorship/> (abgerufen am 23.12.2020).

Cancer Navigation als Chance und Herausforderung

Die Unterstützung, die Edith durch die Fachberatung der Krebsliga erhielt, ist einer der zentralen Aspekte einer individuell ausgerichteten Nachsorge. Allerdings können Barrieren den Zugang zu unterstützender Versorgung bei Krebs*** erschweren und deren Mehrwert sowie Outcome einschränken. Es ist daher relevant, von Krebs betroffene Personen auf ihrem Weg vollumfänglich unterstützen und begleiten zu können. Ein Weg kann hier «Cancer Navigation» sein, worunter ein proaktiver und zielgerichteter Prozess der Zusammenarbeit mit einer krebserkrankten Person und ihren Angehörigen verstanden wird, um ihnen Orientierung anzubieten und sie im Krankheitsverlauf durch das komplexe Spektrum an Behandlungsmöglichkeiten, Leistungsangeboten und Barrieren zu lotsen [2]. Eine Bezugsperson kann als Navigator die Beteiligten begleiten und dafür sorgen, dass Barrieren identifiziert und Hindernisse aus dem Weg geräumt werden. Darüber hinaus kann ein Navigator einen Rahmen schaffen, dass adäquate Unterstützung durch das Gesundheits- und Sozialwesen geleistet wird, verständliche sowie verlässliche Gesundheitsinformationen vermittelt werden und Krebsbetroffene in partizipative Entscheidungsprozesse zu ihrer Nachsorge einbezogen werden (Abb. 1).

Cancer Navigation Prozess

Konkret kann der Navigationsprozess in vier Schritte unterteilt werden. Die ersten beiden werden in der Schweiz in der Praxis bereits weitgehend umgesetzt und sie illustrieren das eingangs genannte Beispiel von Edith. Der erste Schritt beinhaltet, die Situation der erkrankten Person und ihres sozialen Umfelds zu verstehen (Kontext, Komorbiditäten usw.) und ihre Bedürfnisse auf der bio-psycho-sozialen Ebene zu ermitteln. Dann wird in Zusammenarbeit mit den Betroffenen ein langfristiger Plan erstellt, der sowohl auf unterstützende Therapien als auch auf die Umsetzung gesundheitsfördernder Verhaltensweisen (Gesundheitsförderung) ausgerichtet ist. Regelmässige Besprechungen ermöglichen es, die Fortschritte der Klientin zu evaluieren und die Massnahmen wenn nötig anzupassen.

Die nächsten beiden Schritte können vorteilhaft für die Versorgungspraxis sein, sind aber bislang eher sporadisch anzutreffen. Die Bezugsperson identifiziert Ressourcen und vor allem Barrieren, die den Zugang zu Versorgungsleistungen erschweren. Es kann sich dabei um finanzielle, technische (z. B. Transport) oder persönliche (z. B. Angst) Barrieren handeln [4, 5]. Indem geeignete Hilfsmittel implementiert werden, kann der Zugang zur Versorgung erleichtert und sichergestellt werden. Die erkrankte Person

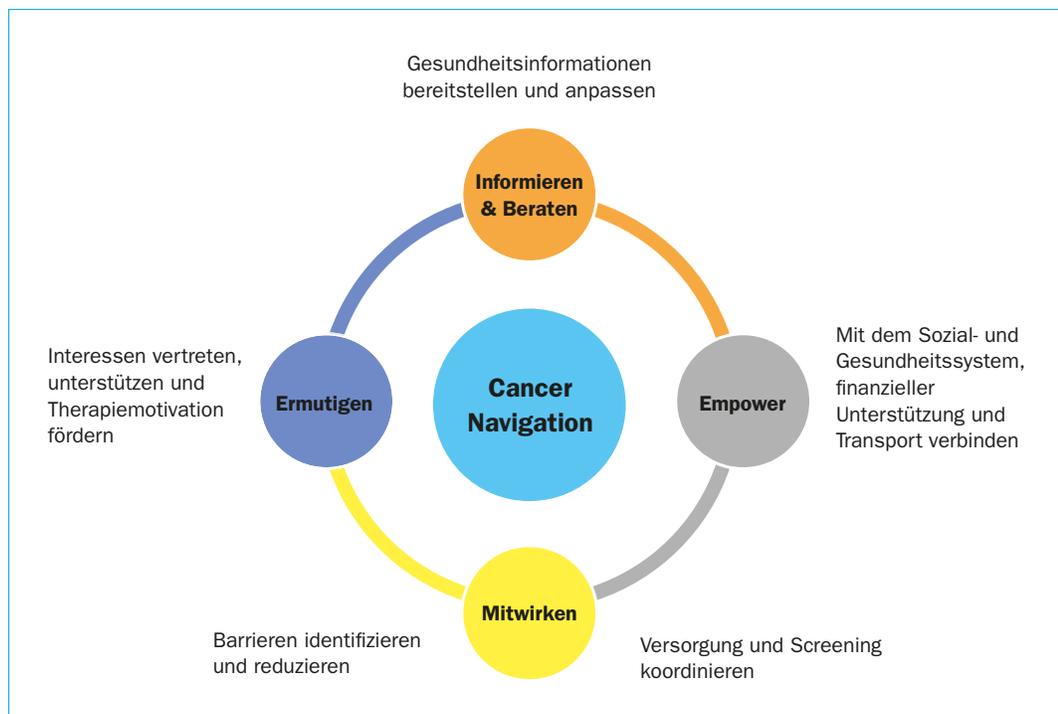


Abb. 1. Navigator-Rollen in Anlehnung an Oduyebo et al. [3].

*** Unterstützende Versorgung bei Krebs (supportive cancer care) beinhaltet alle Versorgungsangebote, die auf (Spät-)Folgen der Krankheit sowie der Behandlung ausgerichtet sind. Dieser Ansatz beinhaltet ein Portfolio an Betreuung und Unterstützung, die an Krebs erkrankte Menschen während des gesamten Krankheitsverlaufs in Verbindung mit spezifischen onkologischen oder onkohämatologischen Behandlungen benötigen, sofern diese verfügbar sind [1].

wird unterstützt, sich im komplexen Angebotsspektrum des Sozial- und Gesundheitswesens zurechtzufinden, um eine kontinuierliche und angemessene Nachsorge zu gewährleisten. Der Mehrwert von Cancer Navigation in der Beratung und Unterstützung von vulnerablen Gruppen wie Krebsbetroffenen mit komplexen Bedürfnissen ist im Grunde offensichtlich. Dennoch braucht es zu diesem Thema weitere Forschung, insbesondere zu Möglichkeiten der Umsetzung in der Schweiz. Dabei dürften die heutzutage begrenzten Ressourcen zur Finanzierung solcher Angebote eine Herausforderung sein und deren Implementierung erschweren.

Angesichts der Komplexität möglicher Spätfolgen, Langzeitnebenwirkungen oder sogar Komplikationen reicht es nicht aus, unterstützende Versorgungsangebote lediglich anzubieten – es ist erforderlich, sie gezielt miteinander zu verknüpfen, um im Versorgungsportfolio und unter den Leistungsanbietern Synergien zu schaffen, die der Klientin Zugang zum gesamten Spektrum der von ihr benötigten Versorgung ermöglicht [2]. Dergestalt kann eine ganzheitliche unterstützende Versorgung bei Krebs gewährleistet werden. Insofern spielt ein Navigator eine wichtige Rolle bei der Gesamtkoordination des Leistungsangebots, zugleich profitiert das therapeutische Team von einer gemeinsamen Zielsetzung und einem proaktiven Austausch von Informationen aller Art. Ferner kann ein konstruktiver Dialog aufgebaut werden, indem ein Koordinationsmodell geschaffen wird, das sich am Ansatz der Care Boards orientiert.

Herausforderungen, Hürden, Hindernisse

Allerdings existieren aktuell diverse Hürden und Hindernisse. Es fehlt an zeitlichen und finanziellen Ressourcen, da Koordinationsleistungen derzeit nur selten von Krankenkassen erstattet werden. Vom therapeutischen Team kann kaum verlangt werden, dass sie für diese koordinierenden Navigationsmassnahmen unbezahlte Zeit zur Verfügung stellen. Schlussendlich braucht es auch eine entsprechende Qualifikation der «Navigator*innen» sowie praxistaugliche technische Lösungen, um diese Herausforderungen zu bewältigen. Um eine integrierte unterstützende Versorgung bei Krebs im Gesundheits- und Sozialsystem zu verwirklichen, braucht es einen gleichberechtigten Zugang zu solchen Versorgungsangeboten in allen Regionen der Schweiz. Dazu sollten geeignete Finanzierungsmodelle entwickelt werden, die eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Leistungsanbietern ermöglichen. Die in der Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vorgeschlagenen Massnahmen gehen erfreulicherweise in diese Richtung.

Rolle und Beitrag der Krebsliga

Die Krebsliga bietet den Betroffenen bereits eine umfassende Unterstützung und Versorgung, die sie zukünftig

weiter ausbauen und verbessern kann. Denkbar ist, dass die Krebsliga sich ihre Rolle und Profil weiterentwickelt, um als ein zentraler Akteur in einem integrierten Nachsorgeangebot für Krebsbetroffene mitzuwirken. Mit ihrem umfangreichen Netzwerk an Partnern und ihrem Know-how zu Krebs kann die Krebsliga dazu beitragen, dass Krebsbetroffene wie Edith Saluz und ihre Angehörigen die eingangs genannten Herausforderungen besser bewältigen können. Der Fokus sollte daher zukünftig auf integrierten Versorgungsansätzen in der Nachsorge liegen, um von Krebs betroffene Menschen adäquat und bedürfniszentriert unterstützen zu können. Dazu sollten Supportive-Care-Netzwerke weiter ausgebaut und Prozesse sowie Tools implementiert werden, die einen Austausch und eine Vernetzung von Leistungsanbietern bzw. -angeboten fördern.

Wenn solche Massnahmen eingeleitet und nachhaltig implementiert werden, können Menschen wie Edith von einer individualisierten, ganzheitlichen und integrierten Versorgung profitieren. Für Edith hat der Fokus auf die Optimierung ihrer Lebensqualität dazu geführt, dass sie die Kontrolle über ihr Leben wiedererlangt hat und sich hier neue Perspektiven eröffnet haben.

Dieser Artikel erschien ursprünglich in Onkologiepflege 1: 12-14, 2021.

Bibliographie

1. Friedlander A, Blaser S, Luthy C, Pugliesi Rinaldi A. Soins de support en oncologie: un vrai changement pour le patient? *Rev Med Suisse* 13: 1049-1051, 2017.
2. Cancer Journey Portfolio. Navigation: A Guide to Implementing Best Practices in Person-Centred Care. Toronto, ON: Canadian Partnership Against Cancer 2012.
3. Oduyebo I, Malespin M, Ladd AM, et al. (2018). Underserved population and colorectal cancer screening: Patient perceptions of barriers to care and effective interventions. *GI & Hepatology News*. May 1, 2018. Abgerufen am 23.12.2020: <https://www.mdedge.com/gihepnews/article/164027/endoscopy/underserved-populations-and-colorectal-cancer-screening-patient>
4. Sharpe K, & Scheid K. The Benefits of Patient navigation. *J Oncol Navigation Survivorship*, 9: 2018.
5. Corbett CM, Somers TJ, Nuñez CM, et al. Evolution of a longitudinal, multidisciplinary, and scalable patient navigation matrix model. *Cancer Med* 9: 3202-3210, 2020.

Korrespondenz:

Nicolas Sperisen
Fachspezialist Gesundheitsförderung und
Rehabilitation
Krebsliga Schweiz
nicolas.sperisen@krebbsliga.ch

Cancer Navigation et Survivorship – des soins individuels et intégrés

Les complications dues à la maladie ou aux traitements peuvent péjorer la qualité de vie des personnes concernées. Quelles sont alors les offres de suivi et de prise en charge pour en li er les effets?

Nicolas Sperisen¹, Dr Regula Cardinaux-Fuchs², Beate Schneider-Mörsch³, Sarah Stoll⁴, Dr Jörg Haslbeck⁵

¹ Spécialiste Promotion de la santé et réadaptation, Ligue suisse contre le cancer, Bern, nicolas.sperisen@krebsliga.ch

² Cheffe de projet Division Suivi, Ligue suisse contre le cancer, Bern

³ Spécialiste Réadaptation et responsable thématique Cancer Survivorship, Ligue suisse contre le cancer, Bern

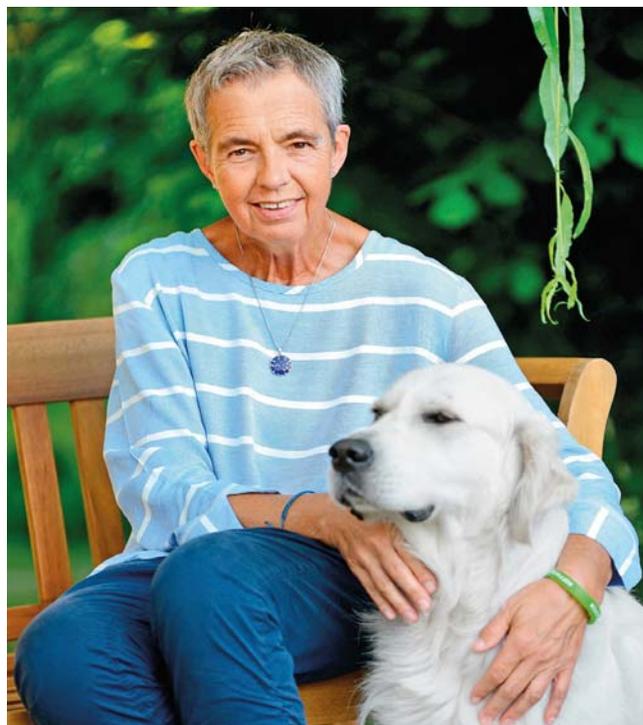
⁴ Conseillère spécialisée Cancer Survivorship, Ligue suisse orientale contre le cancer, St. Gallen

⁵ Responsable Division Suivi, Ligue suisse contre le cancer, Bern

Le nombre de personnes survivant au cancer est en constante augmentation. Ces dernières vivent également plus longtemps. Si ces aspects sont réjouissants, ils sont cependant contrebalancés par l'apparition marquée d'effets secondaires et d'effets à long terme. L'exemple d'Edith Saluz* illustre bien cette problématique.

Edith a survécu à sa tumeur neuroendocrine de la thyroïde, et ce, malgré des métastases découvertes à deux reprises dans le cerveau. Les traitements sont longs et fastidieux. Pourtant un jour, tout s'arrête. C'était prévu et attendu, mais la sortie de l'hôpital n'est pas évidente. Edith doit désormais retrouver un sens à sa vie. La fatigue extrême ressentie ainsi que des pertes de mémoire compliquent fortement sa tâche. Le pire reste cependant à venir. En raison des dommages causés par la radiothérapie, elle n'a plus assez de voix pour enseigner et pour diriger la chorale qu'elle avait fondée des années auparavant. En pleine détresse, elle décide alors de pousser la porte de la Ligue contre le cancer.

Le parcours d'Edith illustre à quel point la maladie cancéreuse peut être individuelle et qu'une prise en charge standard ne saurait suffire. Celle-ci devrait être au contraire individualisée, holistique et intégrée. Elle devrait, de plus, se concevoir sur le long terme avec une réévaluation régulière des besoins. Ce n'est cependant pas aisé à mettre en œuvre et de nombreux défis apparaissent. En tant que centre de compétences, la Ligue peut contribuer à l'optimisation du suivi et de la prise en charge, notamment par le biais d'un éventail d'offres telles que des programmes interdisciplinaires de réadaptation ou des formations spécifiques ainsi qu'un conseil et un support direct. Edith a



(Photo : © Ligue suisse contre le cancer 2019)

Edith Saluz – une survivante du cancer

pour sa part été prise en charge par une experte en soins oncologiques dans le cadre du conseil spécialisé Cancer Survivorship**.

La navigation: chances et défis

Le soutien dont a bénéficié Edith est l'un des aspects centraux d'une prise en charge *individualisée*. Néanmoins, des

* Le témoignage complet d'Edith Saluz est disponible ici : <https://www.liguecancer.ch/fileadmin/downloads/helfen-sie/aspect-janvier-2019-edith.pdf>

** Pour plus d'informations se référer à la Ligue de Suisse orientale <https://ostschweiz.krebsliga.ch/dienstleistungen/cancer-survivorship/> (consulté le 23.12.2020)

barrières d'accès aux soins de support*** peuvent en limiter la plus-value et les outcomes. Il est dès lors pertinent de pouvoir soutenir et accompagner plus fondamentalement la personne dans son parcours. Ainsi, une solution pourrait être la «navigation», qui est définie comme «un processus proactif et intentionnel de collaboration avec une personne et sa famille afin de guider ceux-ci au moment de manoeuvrer à travers l'éventail des traitements, des services et des obstacles, et ce, tout au long de l'expérience globale du cancer» [2]. Une personne de référence, le navigateur, pourrait guider les personnes concernées et s'assurer que les barrières identifiées ne constituent plus d'obstacles. De surcroît, en établissant un cadre de soutien approprié et en favorisant la transmission d'informations claires, le navigateur peut favoriser l'implication des personnes et encourager ainsi la prise de décision partagée (Fig. 1).

Le processus de la navigation

Concrètement, le processus de navigation peut se diviser en quatre étapes. Les deux premières, qui sont en grande partie déjà implémentées dans la pratique en Suisse, sont évoquées au travers de l'exemple d'Edith. Il s'agit premièrement de comprendre la situation initiale (cadre de vie, comorbidités, etc.) de la personne et d'identifier ses

besoins au niveau bio psycho-social. Puis, en partenariat avec les personnes concernées, il s'agit d'établir un plan à long terme. Celui-ci se focalisera tant sur les thérapies de support que sur la mise en place de comportements favorables à la santé (promotion de la santé). Des rencontres régulières permettront de suivre l'évolution du patient et d'adapter les mesures si besoin. Les deux étapes suivantes amènent un réel gain. Elles ne sont toutefois que sporadiquement mises en œuvre. La personne référente identifie les ressources et, surtout, les barrières d'accès aux soins. Ces dernières peuvent être financières, techniques (ex. transport) ou encore personnelles (ex. peur) [4, 5]. Par la mise en œuvre de moyens adéquats, l'accès aux soins pourrait alors être facilité et garanti. Ensuite, intervient le pilotage de la personne dans le système de santé pour s'assurer de la continuité et de l'adéquation des soins. Finalement, malgré une plus-value évidente de la navigation sur la prise en charge des groupes vulnérables et/ou des personnes présentant des besoins complexes, il est nécessaire de mener des recherches complémentaires à ce sujet, notamment sur son application dans le contexte suisse. En effet, à ce jour, les ressources limitées, en particulier le financement, constituent un défi de taille et rendent la mise en œuvre d'un tel système peu aisée.

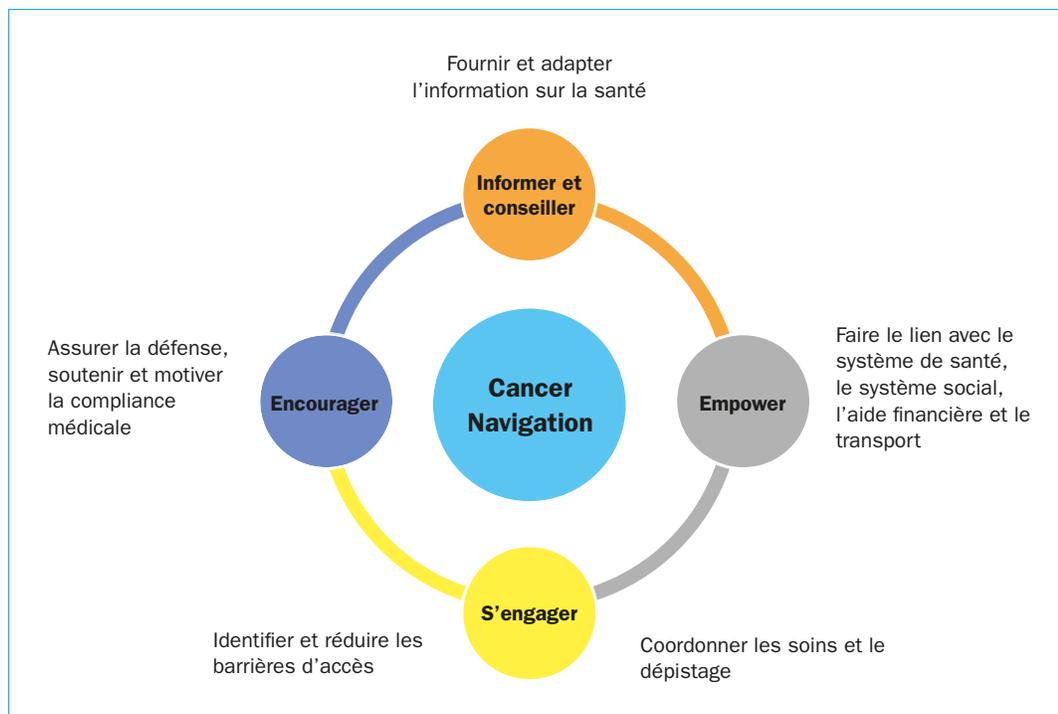


Fig. 1. Rôles du navigateur selon Oduyebo et al. [3].

*** Les soins de support concernent tous les soins qui prennent en charge les conséquences de la maladie et des traitements. Ils sont définis comme «l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements oncologiques ou onco-hématologiques spécifiques lorsqu'il y en a» [1].

Au vu de la complexité des potentielles complications, proposer une série de soins de support n'est toutefois pas suffisant en soi. Il est important de les relier les uns aux autres, non seulement pour favoriser la création de synergies mais aussi pour améliorer la probabilité qu'un patient reçoive l'ensemble des soins nécessaires [2]. Dès lors, une prise en charge holistique peut être garantie. Si le navigateur a un rôle majeur à jouer dans la coordination générale, les thérapeutes gagnent d'avoir une vision commune et d'être proactifs dans l'échange des informations, quelle que soit leur nature. Un dialogue constructif peut alors être établi. La création d'un modèle de coordination similaire aux care boards pourrait le favoriser.

Défis et obstacles

Les écueils sont malheureusement à ce jour encore nombreux. Le principal est celui des ressources, tant temporelles que financières. À l'heure actuelle, les prestations de coordination ne sont que rarement remboursées par l'assurance-maladie. Il est dès lors difficile et non éthique de demander aux thérapeutes de dégager du temps non rémunéré pour le faire. D'autre part, même si certaines solutions existent déjà, les aspects techniques pour s'attaquer à ces challenges font encore défaut. Finalement, pour assurer une prise en charge intégrée au niveau du système de santé, il est nécessaire d'une part, de garantir un accès équitable aux soins de support dans toutes les régions de Suisse. Et, d'autre part, il est important d'élaborer des modèles de financement adaptés et permettant la transversalité entre les différents acteurs. Les mesures proposées lors de la révision de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie vont heureusement dans ce sens.

Le rôle et l'apport de la Ligue contre le cancer

La Ligue contre le cancer offre déjà un soutien de qualité aux personnes concernées. Mais pour aller plus loin et pour améliorer la prise en charge, son rôle devrait toutefois évoluer.

Elle pourrait ainsi se positionner en tant qu'actrice centrale d'une offre de base intégrée. Son réseau important de partenaires mais aussi son savoir-faire et sa connaissance du terrain en ferait un acteur incontournable pour relever les défis évoqués ci-dessus. Le focus devrait donc désor-

mais être mis sur les parcours de soins intégrés et sur la manière d'accompagner les personnes concernées. À cela, s'ajouteraient la création et l'optimisation de réseaux de soins de support et, par conséquent, la mise en place de processus et d'outils favorisant les échanges.

Pour conclure, ces actions étant tributaires d'aspects indépendants du cadre décisionnel de la Ligue contre le cancer (modèle de financement par exemple), il lui est alors inéluctable de clarifier sa marge de manœuvre et de savoir jusqu'où elle peut intervenir. Ceci permettra de pérenniser le fruit des réflexions menées et des mesures mises en place. Ainsi, des personnes comme Edith pourront bénéficier d'une prise en charge individualisée, holistique et intégrée. Pour cette dernière, le focus mis sur l'optimisation de sa qualité de vie, lui a permis de reprendre sa vie en main et de la considérer sous un angle nouveau.

Cet article a été publié à l'origine dans Soins en Oncologie 1: 12-14, 2021.

Bibliographie

1. Friedlander A, Blaser S, Luthy C, Pugliesi Rinaldi A. Soins de support en oncologie: un vrai changement pour le patient? Rev Med Suisse 13: 1049-1051, 2017.
2. Cancer Journey Portfolio. Navigation: A Guide to Implementing Best Practices in Person-Centred Care. Toronto, ON: Canadian Partnership Against Cancer 2012.
3. Oduyebo I, Malespin M, Ladd AM, et al. (2018). Underserved population and colorectal cancer screening: Patient perceptions of barriers to care and effective interventions. GI & Hepatology News. May 1, 2018. Abgerufen am 23.12.2020: <https://www.mdedge.com/gihepnews/article/164027/endoscopy/underserved-populations-and-colorectal-cancer-screening-patient>
4. Sharpe K, & Scheid K. The Benefits of Patient navigation. J Oncol Navigation Survivorship, 9: 2018.
5. Corbett CM, Somers TJ, Nuñez CM, et al. Evolution of a longitudinal, multidisciplinary, and scalable patient navigation matrix model. Cancer Med 9: 3202-3210, 2020.

Correspondance:

Nicolas Sperisen
Spécialiste Promotion de la santé et réadaptation
Ligue suisse contre le cancer
nicolas.sperisen@krebsliga.ch

«In der Schweiz leben mehr als 370'000 Cancer-Survivors»

Interview mit Sarah Stoll

Sara Häusermann

Sarah Stoll beschäftigt sich seit ihrem Master-Studium mit den Problemen und Bedürfnissen von Cancer-Survivors. Inzwischen hat sie bei der Krebsliga Ostschweiz eine Fachberatung für Survivors aufgebaut. Was dazu nötig war und warum sie sich mit Begeisterung für dieses Thema engagiert, erzählt sie im Interview.

Sara Häusermann: Sarah, du hast die erste Cancer-Survivorship-Fachberatung der Krebsliga bei der Krebsliga Ostschweiz aufgebaut. Wie kam es dazu?

Sarah Stoll: In das Thema Survivorship vertiefte ich mich erstmals während des Studiums zum MAS in Onkologischer Pflege. In der Onkologie gibt es immer mehr Survivors, denn die Behandlungen werden immer besser. Viele Betroffene werden als geheilt und krebsfrei entlassen, fühlen sich aber nicht gesund. Sie leben mit chronischen Gesundheitsproblemen, die teilweise unbehandelt bleiben. Als ich dann 2014 die Stelle bei der Krebsliga Ostschweiz antrat, wurde ich sehr aktiv. Vorbilder für eine solche Fachberatung gab es keine, also musste ich mir in den ersten zwei Jahren des Projekts viel Spezialwissen aneignen, zum Beispiel zu anderen Krebserkrankungen als Brustkrebs oder zu den Herausforderungen in der Zeit nach Abschluss einer Behandlung. Das war anspruchsvoll, hat meinen Horizont aber sehr erweitert. Mit der Zeit wurde ich zur Survivor-Expertin. Nach zwei Jahren konnte die Krebsliga Ostschweiz das Projekt in den ordentlichen Betrieb übernehmen.

Wie gross ist die Survivorship-Fachberatung heute?

Es stehen 100 Stellenprozent zur Verfügung, aufgeteilt auf eine 70- und eine 30-Prozent-Stelle. In der Schweiz leben aber schätzungsweise mehr als 370'000 Survivors – deshalb sind diese 100 Stellenprozent sehr ausbaufähig...

Welche Faktoren waren am Anfang für den Erfolg besonders wichtig?

Der Aufbau eines Netzwerks. Survivors haben diverse spezialisierte Bedürfnisse, die in der Fachberatung erhoben werden. Man braucht weiterführende Angebote und Partner wie Reha-Expertinnen und -experten, Experten für krebsbedingte Müdigkeit, Sportphysiotherapeuten,

spezialisierte Ernährungsberaterinnen, Psychoonkologinnen, Neuropsychologinnen, Sozialversicherungsexperten, Spezialisten in den Bereichen Integrative Medizin und Mind-Body-Medizin etc. Ich traf jeden einzelnen Teamplayer persönlich und besprach die Zusammenarbeit. Die 35 Jahre im Netzwerk Onkologie im Kanton St. Gallen kamen mir dabei sehr zugute, denn wenn man sich kennt, ist das ein Schlüssel für gute Zusammenarbeit. Zudem musste ich das Angebot bekanntmachen, so dass es weiterempfohlen wird.

Gab es auch Schwierigkeiten?

Eine Herausforderung war, die immer grösser werdende Sprechstunde mit entsprechenden Personalressourcen versehen zu können. Das war ein langer Weg! Ich erlebte – und erlebe immer noch – auch Fachexpertinnen und -experten, die denken, ein solches Angebot sei nicht nötig. Die Flyer werden nicht weitergegeben oder man empfiehlt unsere Sprechstunde nicht, weil es einfach vergessen geht. Und dann gibt es fachfremde Beratende, die denken, sie können die medizinisch ausgerichtete Fachberatung durchführen. Ohne spezialisierte Ausbildung in Onkologie empfehle ich dies aber nicht.

Was fasziniert dich an deiner Aufgabe?

Es ist möglich, die Lebensqualität von Cancer Survivors und ihren Angehörigen massgeblich zu verbessern, wenn sie genug früh in die Beratung kommen und sie umfassende und persönliche Unterstützung erhalten. Und ich bin begeistert von der hohen Qualität, die wir im Netzwerk zusammen erbringen können. Ich fühle mich beflügelt, wenn wieder neue Angebote entstehen: eine Interessengruppe für Betroffene der Cancer Related Fatigue, eine Spezialabteilung in der Onko-Rehabilitation, eine neue Selbsthilfegruppe oder – ganz aktuell – digitale Sprechstunden. Und ich freue mich, wenn wir mit dem Thema an die Öffentlichkeit treten, wenn wir publizieren können, wenn wir uns mit weiteren Spitälern vernetzen und ich Experten treffe, die dasselbe Ziel haben wie die Krebsliga: Jedem Cancer Survivor eine angemessene Beratung zu bieten und Zugang zu entsprechenden Angeboten zu gewährleisten.

Wann kamst du zum ersten Mal mit dem Thema «Cancer Survivorship» in Berührung?

Mit dem Thema war ich immer konfrontiert, den Inhalt dieser Lebensphase verstand ich aber nicht wirklich. Als ich noch im Akutspital arbeitete, hatte ich ja auch einen anderen Auftrag. Damals standen die Nachsorge und die Bedürfnisse der Patientinnen im Setting der Brustkrebsbehandlung im Vordergrund. Ein Verband von Pflegeexpertinnen, den ich mitbegründete (Breast Care Nurses), engagierte sich stark in diesen Bereichen. Erst dadurch wurde ich richtig mit Survivorship konfrontiert und fokussierte mich dann auf dieses Thema.

Wie war damals deine Einstellung zur Survivorship?

Ich fand, dass diesen teilweise schwerwiegenden Langzeit-Auswirkungen von Krankheit und Therapie viel zu wenig nachgegangen wurde. Ein Projekt zum Thema am Kantonsspital scheiterte. Im ambulanten Betrieb hatten wir kaum Zeit für Gespräche zu Fragen der Survivorship, denn ich war hauptsächlich mit dem Verabreichen von onkologischen Therapien beschäftigt. Rückblickend tut es mir leid, dass ich damals so wenig wusste. So hörte ich meistens nicht genauer hin, wenn mir eine Frau sagte, sie sei so ausserordentlich müde oder hätte Probleme beim Denken oder mit der Arbeit. Werden solche Symptome früh erfasst und richtig behandelt, kann dies den Betroffenen viel Leid ersparen und wirtschaftliche Katastrophen abwenden. Die Stichworte sind hier Unterstützung bei

der Reintegration und beim Job, hilfreiche Gutachten und zielführende Therapien.

Bist du mit dem Stellenwert zufrieden, den Survivorship heute innerhalb der onkologischen Versorgung hat?

Leider nein. Für erwachsene Personen gibt es keine Survivorship-Care-Pläne und es gibt keine standardisierten Prozesse, die in die Phase der Survivorship überleiten. Einige unserer Ratsuchenden finden zufällig in die Sprechstunde, wenn sie nicht von motivierten Personen im Netzwerk zugewiesen werden. Aber viele bleiben allein mit ihren Fragen. Diesen Zustand im Versorgungssystem finde ich bedenklich. Es gibt viele Survivors, viel Leidensdruck, wenig Angebote, unklare Zuständigkeiten, nichts Einheitliches. Dennoch fordere ich dazu auf, hinzuschauen, sich zu kümmern, sich verantwortlich zu fühlen. Einige Anlaufstellen gibt es. Wir bilden fortlaufend weitere Teams aus.

Was können Onkologiepflegende beitragen, damit Survivors besser betreut werden?

Die Sensibilisierung auf das Thema ist ein guter Anfang. Onkologiepflegende können ihr Wissen spezifisch erweitern, sie haben Kompetenzen und können Einfluss nehmen. Vorausgesetzt sie haben den Mut dazu und sind in eine Struktur eingebunden, in der eine Veränderung möglich ist. In meinem Fall hat mich das Masterstudium dazu befähigt, grosse Schritte machen zu können.

Zur Person: Sarah Stoll

Dipl. Pflegefachfrau AKP/HF, HöFa Onkologie, MAS in Onkologischer Pflege, psychoonkologische Beraterin SGPO
Fachberatung Cancer Survivorship, Krebsliga Ostschweiz

«Ich arbeitete schon während der Grundausbildung in onkologischen Abteilungen und fühlte mich sofort berufen, auf diesem Gebiet mehr zu lernen. Mich hat die Onkologie nie belastet. Nach dem Diplom 1994 konnte ich parallel zu meiner Stelle auf der gynäkologischen Onkologie ein Ambulatorium mitaufbauen, aus dem das heutige Brustzentrum am Kantonsspital St. Gallen wurde. Ich absolvierte damals berufsbegleitend die Höhere Fachausbildung in Krankenpflege Stufe I, Schwerpunkt Onkologie (1998-2000). Im Brustzentrum arbeitete ich lange als Onkologie-Pflegefachfrau, als stellvertretende Stationsleiterin und als Fachleitung. Von 2009 bis 2012 absolvierte ich das Studium zum MAS in Onkologischer Pflege an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. 2014, nach über 20 Jahren am Kantonsspital St. Gallen, orientierte ich mich neu. Bei der Krebsliga Ostschweiz baute ich eine Fachberatung für Langzeitüberlebende nach Krebs auf. Daraus entstand die heutige Fachberatung für Cancer Survivorship. In Zusammenarbeit mit der Krebsliga Schweiz, weiteren kantonalen Ligen, onkologischen Praxen, Rehabilitationszentren und Grundversorgern wird das Angebot erweitert. Ein grosses Netzwerk ist entstanden. 2018 erwarb ich den Titel Psychoonkologische Beraterin. Mein Wissen gebe ich weiter als freischaffende Dozentin an der Fachhochschule Ost in diversen Studiengängen, im Nachdiplomstudiengang Onkologie, im Rahmen der Höheren Fachprüfung Onkologie und bei Supportive Care-Kursen der Onkologiepflege Schweiz.»



Die ambulante Nachsorge ist eine erste Möglichkeit, wo Onkologiepflegende ansetzen und genauer anhören können, was die Patientinnen und Patienten belastet und herausfordert. Onkologiepflegende können lernen, die richtigen Fragen zu stellen, um dann themenspezifische Programme oder entsprechende Experten weiterzuempfehlen. Es geht nur zusammen, inter- und multidisziplinär und in den speziellen Programmen multimodal. Und in meiner Vision könnten Onkologiepflegende gleich selbst ein Beratungsangebot auf die Beine stellen (schmunzelt).

Wie wird das Thema an der Hochschule vertieft?

Wenn ich unterrichte, fällt mir immer wieder auf, wie betroffen die Studierenden sind, wenn ich die Praxis in den Unterricht bringe. Sie haben zwar schon davon gehört, dass «geheilt» nicht «vorbei» heisst. Oder dass manche Betroffenen nicht geheilt werden und mit chronischen Beschwerden leben müssen. Aber wie gravierend und vielfältig die Beschwerden der Survivors sind, ist den Teilnehmenden oft nicht bewusst. Ich nehme Klienten und Angehörige in die Kurse mit, zeige Infovideos und berichte aus meinem Alltag. Die Studierenden lernen, welche Angebote es gibt, zum Beispiel die Krebsliga.

Wie motivierst du dich immer wieder neu, dich für Survivors einzusetzen?

Ich merke, dass auch andere sich in diesem Bereich stark engagieren, teilweise arbeite ich aktiv in diesen Teams mit. Auf der nationalen Ebene wurden beispielsweise bei der Krebsliga Schweiz Plattformen und Websites zum Thema Survivors erarbeitet. Das motiviert mich sehr zum Weitermachen. Mich begeistert und erfüllt, dass ich eine Chance bekommen habe, mein ganzes Wissen und Herzblut ins Thema zu investieren.

Korrespondenz:

Sara Häusermann, BScN, MSc Palliative Care
MAS in Onkologischer Pflege, Berufsschullehrerin
Dozentin Zürcher Hochschule für
Angewandte Wissenschaften
Departement Gesundheit, CH-8401 Winterthur
posa@zhaw.ch

Integration, Rehabilitation und Onkologie

PD Dr. med. Florian Strasser

Eine zunehmende Anzahl krebsbetroffener Menschen könn(t)en von onkologischer Rehabilitation profitieren. Für die erfolgreiche Integration von rehabilitativen und onkologischen Behandlungen entlang den onkologischen Behandlungspfaden spielen verschiedene Kriterien eine Rolle (ähnliche Kriterien wurden für Onkologie und Palliativmedizin beschrieben [1]): Struktur der klinischen Angebote (ambulant, stationär, Reha zuhause, Konsiliardienste, u.a.), Prozesse der klinischen Angebote (individualisierbare Reha-Therapie-Pakete, Krebstherapie gleichzeitig mit Reha, Früherkennung [Screening] von Patient*Innen mit Reha-Bedarf und strukturierte Zuweisung, Behandlungsempfehlungen Onkologie und Reha, u.a.), Weiter- und Fortbildung (Core Curriculum Onkologie, Onko-Kompetenz Rehaspezialist*Innen, Rotationen, u.a.), Forschung und Administration (Qualitätskriterien klinische Angebote, Finanzierung, Netzwerke, u.a.). Dieser Artikel fokussiert auf einige ausgewählte Aspekte.

Doppelkompetenz Onkologie und Rehabilitation

Die moderne Onkologie entwickelt sich rasch mit multimodalen, oft sequentiellen und kombinierten operativen, radioonkologischen und medikamentösen Krebstherapien [2], ergänzt durch supportive, palliative, psychoonkologische und rehabilitative Behandlungen [3]. Die Anzahl krebsbetroffener Menschen (sog. Survivors) steigt stetig und substantiell an [4]. Viele dieser Menschen erleben während der aktiven Behandlungen Jahre bis Dekaden danach deutliche Einschränkungen der Teilhabe (sog. Funktionsdefizite) im Alltag und Arbeit [5]: Krebs-Therapie und/oder Krebs-Krankheit-assoziierte Behinderungen [6]. Zur Vorbeugung (Prävention) oder Behandlung dieser Behinderungen kann Onkologische Rehabilitation beitragen: Indikationen für Onkologische Rehabilitation bestehen in Situationen vor, während, zwischen und nach Krebstherapien in kurativer und nicht-kurativer Intention [7]. Die ESMO (European Society Medical Oncology) unterstützt klar das Konzept, dass Rehabilitation sowohl in kurativen wie in «palliativen» Situationen eingesetzt wird [8]. Eine wichtige Realität in der modernen Onkologie sind Erhaltungstherapien oder (neo-)adjuvante Behandlungen [9], dies bedeutet, dass viele krebsbetroffene Menschen sowohl eine klare Indikation für systemische Krebstherapien als auch gleichzeitig eine klare Indikation für onkologische Rehabilitation aufweisen. Das

wiederum bedeutet, dass Fachpersonen und Institutionen beide Kompetenzen (Doppel-Kompetenz) aufweisen müssen, um gleichzeitig beide Behandlungen (onkologische und rehabilitative) anbieten zu können. Viele systemische Krebstherapien können gleichzeitig mit einer multimodalen onkologischen Rehabilitationsbehandlung eingesetzt werden [10], vorausgesetzt die Intensität der Reha-Behandlung wird an die Toxizität und Wirkung der Krebstherapie dynamisch angepasst. Im Gegensatz zu den vier wichtigsten anderen Reha-Formen (Muskuloskelettal [MSK], Neurologie, Pneumologie, Kardiologie), wird keine Fachkompetenz in Onkologie gefordert für die Leitung einer onkologischen Rehabilitation [11]. Diese Doppelkompetenz kann wichtig sein für die Durchführung von systemischen Krebstherapien während der Reha-Behandlung (s.o.), aber auch für viele Aspekte der Steuerung der Reha-Behandlung, Behandlung von krebspezifischen Symptomen oder Edukationsbedarf der krebsbetroffenen Menschen, die bei anderen Reha-Formen (MSK, Neuro, Kardio, Pneumo, u.a.) selbstverständlich durch eine krankheitsspezifische Fachperson verantwortet wird zusammen mit dem transprofessionellen Team.

Kernelemente der Doppelkompetenz Onkologie und Rehabilitationsmedizin

- Steuerung des OnkoReha-Programms** bei laufenden Krebstherapien (mit relevantem Einfluss auf die Reha-Behandlungen) und **dynamische Anpassung an spezifisch onkologische Funktionsdefizite** (z.B. CINP, Malnutrition, Fear of Recurrence)
- Management von Toxizität** (= supportive care) von Onkologika inkl. Blutprodukten und G-CSF sowie state-of-the-art integrativmedizinischen Behandlungen
- Komplexe Symptomkontrolle** bei Krebspatienten (z.B. Fatigue, Schmerzsyndrome, Colitis nach Immuntherapie, Arthralgien bei endokriner Therapie, schwere Mukositis, FOR, reaktive mittelschwere-schwere Depression)
- Onkologie-spezifische **Patienten-Edukation** und Selbstwirksamkeitsschulung
- Die **Vernetzung** in der lokalen und überregionalen Onkologie Community zur nahtlosen Koordination der Patientenpfade

OnkoReha-Behandlungen, Funktionsdefizite, und Finanzierung

Rehabilitation ist ein therapeutischer Prozess getragen von verschiedenen, transprofessionell [12] zusammenarbeitenden Berufsleuten, der darauf abzielt, dass Menschen mit Funktionseinschränkungen/Behinderungen ihre optimalen physischen, sensorischen, intellektuellen, psychologischen und sozialen Fähigkeiten und Funktionen wieder erreichen und aufrechterhalten können [13]. Typisch für die onkologische Rehabilitation ist, dass für krebsbetroffene Menschen sehr häufig auch existentielle und spirituelle Aspekte in der Zielformulierung (ein wesentliches Element jeder Rehabilitationsform [14]) eine Rolle spielen [15]. Ebenso ist typisch, dass viele krebsbetroffene Menschen eine Veränderung ihrer Lebensziele, ihrer Wahrnehmung des Sinns des Lebens oder der bedeutenden Beziehungen erleben [16]. In der onkologischen Rehabilitation ist daher oft eine Neu-Formulierung der Fähigkeiten und Funktionen notwendig, nicht nur das «wieder» erreichen wie früher, sondern neu, im (gegenüber früher oft substantiell verändertem) *hier-und-jetzt*: dieses Konzept kann als sog. «Pro-Habilitation» umschrieben werden. Dieses erneuerte und ganzheitliche Verständnis der Funktion im Leben jetzt hat auch Implikationen auf die Definition von Funktionsdefiziten. Im Funktionsdefizit-Katalog, dem ICF-Verzeichnis sind einige der in der onkologischen Rehabilitation wesentlichen Funktionsdefizite Verzeichnis (noch?) nicht abbildbar [17]. Ein möglicher Grund dafür ist, dass sich die «Rehabilitationswelt» primär auf den vier wichtigsten anderen Reha-Formen (s.o.) entwickelt hat: Die onkologische Rehabilitation wird in der Schweiz (z.B. im Gegensatz zu Deutschland) vorwiegend kombiniert mit der internistischen Rehabilitation angeboten [18]. Auch das (neue) Tarifsystem für stationäre Reha, ST Reha, basiert auf zusammengeführten Daten (Patientencharakteristika, Kosten) von internistischen und onkologischen Patient*Innen der Reha-Kliniken. Die für die integrierte Onkologische Rehabilitation typischen Patientencharakteristika¹ und Kosten werden so durch das Volumen der internistischen Patient*Innen und der oft limitierten Indikationen der OnkoReha (z.B. v.a. postoperative Indikationen) verwässert. Notwendig wäre ein Tarifsystem, welches die (in Struktur, Prozess und Ergebnis qualitativ hochstehenden) Leistungen adäquat abbildet, dazu sind spezifisch onkologische Daten essentiell. Im ambulanten Bereich sind spezifisch onkologische Qualitätskriterien erst in Erarbeitung (oncoreha.ch), die aktuell vorgeschlagenen Kriterien [19] wurden von anderen Rehaformen extrapoliert.

Screening, Assessment und Zuweisung von Patient*Innen mit Reha-Bedarf

Im onkologischen Alltag werden bei vielen Patient*Innen relevante Einschränkungen der Teilhabe nicht erkannt: Onkolog*Innen, onkologische Pflegefachpersonen und Hausarzt*Innen fokussieren primär auf die sichere und effektive Behandlung der Krebs- und der Begleiterkrankungen. Dies ist gut so, aber wesentliche Bedürfnisse von krebsbetroffenen Menschen werden so zu wenig erkannt und behandelt. In einer Studie von 200 krebsbetroffenen Patient*Innen erkannten Onkolog*Innen 49% der Symptome von Patient*innen, die 72% Symptome mitteilten, bei Funktionsdefiziten betrug die Differenz 6% versus 66% [20]. Dies bedeutet, dass zusätzlich zum (zunehmend als notwendig erkannten und evidenzbasierten) Symptom[21]- und Toxizitäts-Monitoring [22] auch ein Funktionsdefizits-Monitoring ein Teil der Routine-Onkologie werden sollte. Daraus könn(t)en Assessment-Tools entwickelt werden, um die professionelle Vernetzung und den Zuweisungsprozess zu unterstützen, solche Modelle werden aktuell in der Palliative Care entwickelt [23].

Integration Onkologie und Rehabilitation: mögliche Modelle und Entwicklungen

Vergleichbar mit der Integration von Onkologie und Palliativmedizin [24] sind verschiedene Modelle der Integration möglich, um Versorgungslücken zu verbessern: Reha-zentriertes Modell (ReZ), Onkologie-zentriertes Modell (OnZ), oder gemischte Modelle (GeM). Für die onkologische Rehabilitation, mit einer zentralen Rolle der Onkologie-Fachpersonen in den Behandlungspfaden, scheint ein «oncologist-centered model» am passendsten [25]. Aus der Versorgung in den USA ist ein vorausschauendes, strukturiertes Programm an einigen Zentren für spezifische Funktionsdefizite (z.B. Lymphödem) implementiert worden, das «Prospective Surveillance Modell» [26] bei Survivors.

Zur Reduktion der Versorgungslücke der ambulanten und stationären onkologischen Rehabilitation gibt es einige Hindernisse [27] zu berücksichtigen:

- Wissen: Ungenügendes Wissen über die Inhalte, die Wirksamkeit, die Angebote und die Zuweisungswege zu OnkoReha, u.a.
- Angebote: Ungenügende Verfügbarkeit von qualitativ adäquaten und Onkologie-kompetenten OnkoReha-Angeboten resp. doppelkompetenten (Rehamedizin und Onkologie) Fachpersonen. Ungenügende Finanzierung von Onkologie-spezifischer Rehabilitation, u.a.
- Screening: Ungenügende Zeitressourcen von onkologischen Fachpersonen, ein Screening bezüglich Funktionsdefiziten durchzuführen, u.a.

1. Alle Indikationen: vor, während, zwischen, nach Krebstherapien in kurativer und nicht kurativer Intention.

Adhärenz: Zu wenig zugängliche ambulante Onko-Reha-Angebote, zu wenig Unterstützung von Patient*Innen im Selbstmanagement, zu wenig peer-groups und spezialisierte Survivorship Berater*Innen, u.a.

Es sind daher Initiativen nötig, um die Integration von Onkologie-spezifischer, qualitativ adäquater onkologischer Rehabilitation in die Behandlungspfade der modernen Onkologie zu fördern. oncoreha.ch engagiert sich als multiprofessioneller Verein, Behandlungsempfehlungen auszuarbeiten, Qualitätskriterien weiterzuentwickeln, Edukation anzubieten, u.v.a.

Für die Weiterentwicklung der OnkoReha werden verschiedene Initiativen diskutiert [28]:

- Stärkung der OnkoReha im häuslichen Umfeld, ergänzend zu ambulanten Reha-Angeboten
- Integration von Assessment von Funktionsdefiziten in die Routineonkologie und standardisierte Sprechstunden des Reha-Teams
- Ergänzung der Qualitätskriterien für onkologische Zentren durch onkologische Rehabilitation
- Angebot eines Basiskurses Onkologische Rehabilitation in die Ausbildung von onkologischen Fachpersonen
- u.v.a.

Der Bedarf für qualitativ adäquate und doppelkompetent (Onkologie, Rehabilitation) getragene ambulante, häusliche und stationäre Onko-Reha-Angebote, vernetzt und eingebettet in die Behandlungspfade der modernen Onkologie steigt, insbesondere auch bei Langzeit-Überlebenden (Survivors). Verschiedene Initiativen verdienen Engagement und Unterstützung, um diese Versorgungslücken zu verkleinern und die Lebensqualität, Funktion und allenfalls das Überleben von krebsbetroffenen Menschen nachhaltig zu verbessern.

Literatur

1. Hui D, Kim YJ, Park JC, et al. Integration of oncology and palliative care: a systematic review. *Oncologist* 20: 77-83, 2015.
2. Berman R, Davies A, Cooksley T, et al. Supportive Care: An Indispensable Component of Modern Oncology. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 32: 781-788, 2020.
3. Dittrich C, Kosty M, Jezdic S, et al. ESMO/ASCO Recommendations for a Global Curriculum in Medical Oncology Edition 2016. *ESMO Open* 1: e000097, 2016.
4. Cancer Facts & Figures 2021. <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2021.html>
5. Bijker R, Duijts SFA, Smith SN, et al. Functional Impairments and Work-Related Outcomes in Breast Cancer Survivors: A Systematic Review. *J Occup Rehabil* 28: 429-451, 2018.
6. Lisy K, Campbell JM, Tufanaru C, et al. The prevalence of disability among people with cancer, cardiovascular disease, chronic respiratory disease and/or diabetes: a systematic review. *Int J Evid Based Healthc* 16: 154-166, 2018.
7. Strasser F. Onkologische Rehabilitation integriert in die Behandlungspfade der modernen Onkologie. *Ther Umsch* 76: 449-459, 2019.
8. Jordan K, Aapro M, Kaasa S, et al. European Society for Medical Oncology (ESMO) position paper on supportive and palliative care. *Ann Oncol* 29: 36-43, 2018.
9. Huo X, Li J, Zhao F, et al. The role of capecitabine-based neoadjuvant and adjuvant chemotherapy in early-stage triple-negative breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer* 21: 78, 2021.
10. Strasser F, Rick O. Systemische Krebstherapien während der onkologischen Rehabilitation. *Im Fokus Onkologie* 5: 15-19, 2020.
11. <https://www.swiss-reha.com/api/rm/Q8U6XT6R9M227Z5>
12. Kaltner M, Murtagh D, Bennetts M, et al. Randomised controlled trial of a transprofessional healthcare role intervention in an acute medical setting. *J Interprof Care* 31: 190-198, 2017.
13. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>
14. Levack WM, Weatherall M, Hay-Smith EJ, et al. Goal setting and strategies to enhance goal pursuit for adults with acquired disability participating in rehabilitation. *Cochrane Database Syst Rev* (7): CD009727, 2015
15. <https://shop.krebsliga.ch/files/klsw/shop/PDFs/deutsch/onkologische-rehabilitation-011231013111.pdf>
16. Park CL, Pustejovsky JE, Trevino K, et al. Effects of psychosocial interventions on meaning and purpose in adults with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Cancer* 125: 2383-2393, 2019.
17. Bornbaum CC, Doyle PC, Skarakis-Doyle E, Theurer JA. A critical exploration of the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) framework from the perspective of oncology: recommendations for revision. *J Multidiscip Healthc* 6: 75-86, 2013.
18. <https://www.krebsliga.ch/ueber-krebs/rehabilitation/>
19. <https://www.swiss-reha.com/api/rm/Q8U6XT6R9M227Z5>
20. Cheville AL, Beck LA, Petersen TL, et al. The detection and treatment of cancer-related functional problems in an outpatient setting. *Support Care Cancer* 17: 61-67, 2009.
21. Strasser F, Blum D, von Moos R, et al. The effect of real-time electronic monitoring of patient-reported symptoms and clinical syndromes in outpatient workflow of medical oncologists: E-MOSAIC, a multicenter cluster-randomized phase III study (SAKK 95/06). *Ann Oncol* 27: 324-332, 2016.
22. Di Maio M, Basch E, Bryce J, Perrone F. Patient-reported outcomes in the evaluation of toxicity of anticancer treatments. *Nat Rev Clin Oncol* 13: 319-325, 2016.
23. Paiva CE, Paiva BSR, Menezes D, et al. Development of a screening tool to improve the referral of patients with breast and gynecological cancer to outpatient palliative care. *Gynecol Oncol* 158: 153-157, 2020.
24. Hui D, Bruera E. Models of Palliative Care Delivery for Patients With Cancer. *J Clin Oncol* 2020.20;38:852-865
25. Stout NL, Silver JK, Raj VS, et al. Toward a National Initiative in Cancer Rehabilitation: Recommendations From a Subject Matter Expert Group. *Arch Phys Med Rehabil* 97: 2006-2015, 2016.
26. Gerber LH, Stout NL, Schmitz KH, Stricker CT. Integrating a prospective surveillance model for rehabilitation into breast cancer survivorship care. *Cancer* 118(8 Suppl): 2201-2206, 2012.
27. Catho H, Guigard S, Toffart AC, et al. What are the barriers to the completion of a home-based rehabilitation programme for patients awaiting surgery for lung cancer: a prospective observational study. *BMJ Open* 11: e041907, 2021.
28. <https://www.youtube.com/watch?v=95vDE0AhHvQ>

Korrespondenz:

PD Dr. med. Florian Strasser
 FMH Innere Medizin und Medizinische Onkologie
 idS Palliativmedizin, FAW del. Psychotherapie
 Cancer Fatigue Clinic, cancerfatigueclinic@hin.ch
 flo.strasser@bluewin.ch

Département d'Oncologie Réseau Hospitalier Neuchâtelois

PD Dr. med. Alix Stern, PD Dr. med. Berardino De Bari

In response to decisions taken by the political authorities, the public hospitals of the canton of Neuchâtel restructured to form the Réseau Hospitalier Neuchâtelois (RHNe) in 2019, thus implementing the 2017 popular vote «Pour deux hôpitaux sûrs, autonomes et complémentaires». The RHNe is an autonomous institution under the governance of a Board of Directors in conjunc-

tion with the Executive Management Board, while the canton of Neuchâtel guides hospital policy and the resources it devotes to hospital activities. The network spans two acute care sites in Neuchâtel and La Chaux-de-Fonds (CDF) and four peripheral antennas situated in the Val-de-Travers (VDT), Val-de-Ruz, Le Locle and CDF- La Chrysalide.



Fig. 1. The three outpatient clinics for cancer and haematological diseases: Neuchâtel-Portalès, La Chaux-de-Fonds (CDF) and Val-de-Travers (VDT).

The Oncology Department (lead: **PD Dr. med. Alix Stern**) is one of the 10 medical departments at RHNe (Medical director: Dr. med. Olivier Plachta) and comprises a Haematology/Oncology unit and a Radio-oncology unit (lead: **PD Dr. med. Berardino De Bari**). Non-surgical treatment for cancer and haematological diseases is administered at three outpatient clinics in Neuchâtel-Pourtalès, CDF and VDT (**Fig. 1**) offering 16 infusion treatment places. In 2020, we enumerated more than 330'000 passages in the oncology-haematology units. In the same year, 617 simulation scans were realized and more than 9000 fractions of external radiotherapy delivered. We provide specialized consultancy in oncology, haematology and radio-oncology for hospitalized patients as well.

As of 2019, great effort has been invested in health service modernization, a major milestone being the upgrade to electronic patient records. Tumor board procedures were revisited with finalized standard procedures for both visceral and thoracic tumor boards. Undergoing Swiss Cancer Network accreditation in 2020 fostered further process-oriented revision of our interprofessional framework in order to guarantee evidence-based treatment recommendations in our interdisciplinary approach.

Oncology unit

The oncology unit offers clinical management of patients at the various stages of their disease and over the full range of solid tumors. For specific entities, principally neuro-oncology, sarcoma and domains attributed to highly specialized medicine, we collaborate with the CHUV, HUG and Inselspital. Sub-specialization in medical oncology has been further refined over the last 2 years as follows:

- Digestive lead: Dr. med. Leila Ahtari Jeanneret, Dr. med. Marion Allart
- Thoracic lead: Dr. med. Amina Chouiter Djebaili, Dr. med. Sakher Aladen
- Senology lead: Dr. med. Agnès Auteri, Dr. med. Amina Chouiter Djebaili
- Urogenital lead: Dr. med. Sakher Aladen
- Head and neck lead: Dr. med. Agnès Auteri

We hold weekly multidisciplinary tumor boards by videoconference between the two acute sites for the designated disciplines of senology, gynecology, thoracic, head and neck, visceral and urogenital surgery. This offer has recently been completed by a dermato-oncology tumor board every second week.



PD. Dr. med. Alix Stern



PD. Dr. med. Berardino De Bari

Specialized oncological consultancy to inpatient hospital services is an integral part of our clinical routine with designated timeslots for patients hospitalized in the department of internal medicine (lead: Prof. Dr. med. Jacques Donzé). Cancer patients further benefit from specialized oncological nursing consultations (lead: Marie-Laure Jacquot-Pegeot/Christine Saraiva, Nathalie Janssens). The oncology unit at RHNe is recognized as a category B post-graduate training site in medical oncology, and currently hosts three doctors in training.

Haematology unit

The haematology unit offers clinical management ranging from initial investigation to follow-up in all malignant and non-malignant haematological diseases, except for stem cell transplant, intensifying treatment for acute leukaemia and care of patients with haemophilia. In these areas, we interact with the surrounding university hospitals, the CHUV, HUG and Inselspital. Sub-specialization in haematology has been further refined over the last 2 years as follows:

- Lymphoma and myeloma lead: PD Dr. med. Alix Stern, Dr. med. Ekaterina Rebmann
- Myeloproliferative neoplasms/leukaemia: Dr. med. Daniel-Eric Robert, Dr. med. Anna Petropoulou
- Coagulation: Dr. med. Ekaterina Rebmann, Dr. med. Daniel-Eric Robert, Dr. med. Anna Petropoulou

Automated and manual diagnostics of peripheral blood specimens and bone marrow aspirates are performed in collaboration with ADMED laboratories as redefined per convention in 2020. Close collaboration with transfusion services (SRNJTS, lead: Dr. med. A. Sarraj) is assured. Specialized haematological analyses (flow cytometry, molecular and cytogenetic diagnostics) are outsourced to the CHUV, Inselspital and the University Hospital of Basel.

As of 2021, a bimonthly haemato-oncological tumor board has been established, with interdisciplinary case discussion by videoconference between a main seat in the pathology department of ADMED (lead: Prof. Dr. med. Alex Soltermann) and the two acute sites. ADMED acquired Flow cytometry (DxFLEX Beckman Coulter) in 2021. While currently under validation, its use in haematological routine will be elaborated in the course of 2021.

Radio-oncology unit

The Radio-oncology unit of the RHNe is devoted to the ambulatory and in house treatment of patients. Curative and palliative treatments are delivered on a daily basis, in a proportion of 70% and 30%, respectively. In the department, the full range of solid tumors is treated, with the exception of ophthalmic and paediatric tumors. For very specific clinical situations, we collaborate with the CHUV, HUG, Inselspital and PSI Center for Proton Therapy. Stereotactic intracranial and extracranial radiotherapy are part of the therapeutic

offer, as well as gynecological high-dose rate brachytherapy. Our department is specialized in the treatment of benign diseases with a dedicated orthovoltage machine. We are currently in preparation for the installation of new and innovative linear accelerators in 2021-2022 in order to renew and enlarge the onsite treatment range. Moreover, surface guided radiotherapy, adaptive radiotherapy and tracking will be implemented in 2021. Radiation oncologists are part of the Oncology Department and work in network with medical oncologists and surgeons of the RHNe, as well as with all other specialists practicing in a private activity. Systemic treatments concomitant to radiotherapy are delivered in close collaboration between radio-oncology and medical oncology. Sub-specialization in radiation oncology has been refined over the last 2 years as follows:

- Digestive lead: PD Dr. med. De Bari Bernardino, Dr. med. Dragusanu Daniela
- Thoracic lead: Dr. med. Santa Cruz Olalla, PD Dr. med. De Bari Bernardino
- Senology lead: Dr. med. Dragusanu Daniela, Dr. med. Yanes Bashar
- Urogenital lead: PD Dr. med. De Bari Bernardino, Dr. med. Yanes Bashar
- Head and neck lead: Dr. med. Yanes Bashar
- Gynecology lead: Dr. med. Santa Cruz Olalla
- Dermatology lead: Dr. med. Yanes Bashar, Dr. med. Dragusanu Daniela
- Neuro-oncology lead: Dr. med. Santa Cruz Olalla, Dr. med. Dragusanu Daniela
- Onco-haematology lead: Dr. med. Santa Cruz Olalla, Dr. med. Dragusanu Daniela

Radiation oncologists participate in the weekly institutional multidisciplinary tumor boards and realize specialized oncological consultancy to inpatient hospital services. Patients further benefit from specialized medical technician consultations (lead: Jonathan Abel), as well of the technical support of three medical physicians SSRPM (lead: PD Dr. Patrick Weber). The radio-oncology unit at RHNe is recognized as a category B post-graduate training, and currently counts one doctor in training.

Institutional partners and collaborations

Key partners in the multidisciplinary care of cancer patients can be found in the medical disciplines of surgery (lead: Prof. Dr. med. Marc Worreth/Orthopaedics and traumatology co-lead: Dr. med. Jean-Damien Nicodème and Dr. med. Guillaume Racloz) and gynecology (lead: Dr. med. Yves Brünisholz). Swiss Cancer League and the Swiss Senological Society first certified our Breast Centre in 2018. Based at CDF, the Breast Center under the direction of Dr. med. Marie-José Chevènement regroups approximately twenty doctors plus para-medical disciplines specializing in all complementary fields, including genetic counseling.

A designated cardio-oncology consultation (Dr. med. Cyril Pellaton) constitutes an integral part of our practice in properly balancing oncologic treatment efficacy with adverse cardiovascular effects. Where desired, fertility management is provided by our fertility unit (Dr. med. Patrick Chabloz in collaboration with CMPA and Fertas laboratories). We benefit from a complete radiological modality panel (lead: Dr. med. Emilie Nicodème-Paulin) including nuclear medicine and interventional radiology modalities. Palliative care services are provided by the department of geriatrics, rehabilitation and palliative medicine (lead: Dr. med. Yolanda Espolio Desbaillet) offering amongst others, mobile palliative support teams as well as onco-geriatric consultancy and in-house supportive care by the multidisciplinary team situated at CDF- la Chrysalide.

Designated nutritionists are defined for oncological and haematological patients. Specialized psycho-oncological support by a psychologist and a psychiatrist is integrated in the oncology-haematology units at Neuchâtel and CDF. Close contact with the support program proposed by AVAC «Apprendre à vivre avec le cancer» is maintained, an association whose president Barbara Poggioli Guignard is a RHNe collaborator. Further patient support can be found in close interactions with the Ligue neuchâteloise contre le cancer (President: Dr med. Amina Chouiter Djebaili) with a key ongoing project of implementing an ambulatory rehabilitation program for oncological patients.

2020, the year of disruptions

2020 has been a challenging year, mainly due to the COVID-19 pandemic and the dramatic impact it has had on the healthcare system. In face of the crisis, we identified the potential risks of disorder, team disengagement and negative health outcome for our patients and personnel. We formulated as our goals effective prioritization, swift organization and unity amongst diverging opinions and interests.

Reinforcing sanitary barriers, e.g. patient flow redirection to avoid COVID and non-COVID patient intersection or patient streamlining in the case of possible COVID symptoms were put into place. At the height of the second wave, we offered screening procedures for patients at the highest risk for negative outcome of an eventual infection with SARS-CoV2. Remote care platforms either in the form of video consultation possibilities for all patients or telephonic follow-up for patients with SARS-CoV2 infection at home were implemented.

In order to meet ever-changing conditions, we created specific work groups concentrating on best practice measures, continuous education, research and data as well as patient and personnel wellbeing. With cases of SARS-CoV2 infection in the personnel at the height of the second wave, we devised a joker system for agile planning and assurance

of patient care. Later on, vulnerable patient streamlining was coordinated with the cantonal vaccination platforms. As an institution dedicated to specific sub-specialty care, we foster clinical research activities. In 2020, 6 clinical trials were open to inclusion at RHNe (SAKK 96/12, 95/17, 23/16 and 21/18 as well as the RIBELLE and HD21 studies). Due to financial difficulties encountered at SAKK, this number diminished, compelling us to redirect our strategy. Currently, five supplementary trials are awaiting official opening (Genoa, EORTC 1811, PRE-COVID, VeRve as well as an internal investigator-initiated study) in order to continue offering clinical trial participation to our patients. Pre-existing ties to university level education exist through our doctors (PD Dr. med. Alix Stern, PD Dr. med. Berardino de Bari, PD Dr. Patrick Weber, Dr. med. Olalla Santa Cruz, Dr. med. Ekaterina Rebmann) but had to be rethought and often put on line.

Outlooks

The Department of Oncology at RHNe has redefined its clinical strategy along the lines of LRHNe bylaws. We wish to put the patient at the center of our clinical strategy, by designing an offer that enables any patient suffering from an oncological or haematological disease to benefit from easy to access, organized and high-quality care both on a medical and human level.

Infrastructure and technical platform renewals represent the highest stakes for our department over the next years. The project of creating an integrated cancer care center at the site of La Chaux-de-Fonds (also named «le grand projet») aims to center the offer around the patient by constructing a common portal for diagnosis, treatment and oncological monitoring. This model aims to make the patient's itinerary more pleasant, simple and reassuring in his or her encounter with a multidisciplinary team with close and visible ties. From a logistical point of view, this restructuration will open up opportunities for the pooling of support and spaces as well as for fluidifying processes. At the institutional level, this project represents an expression of the institutional commitment to a cantonal health policy according to the LRHNe and to a sustainable development strategy for the CDF site.

Finally, it is our privilege to be able to accompany patients suffering from oncological or haematological diseases. We hope to continue to build a common future for our department offering qualified care at a local level for our patients while being an attractive employer in touch with the community.

Correspondence:

PD Dr. med. Alix Stern, Head, Oncology Department
Réseau Hospitalier Neuchâtelois (RHNe)
CH-2000 Neuchâtel, alix.stern@rhne.ch



Chicago in the Mountains

We quote the message of the ASCO Annual Meeting 2021:

The world is full of uncertainty these days, but one thing remains certain: the 2021 ASCO Annual Meeting will take place June 4-8, 2021.

And so will also the well established Chicago in the Mountains Meeting being held June 10-12, 2021. We will bring you the practice-changing science and education you have come to expect from ASCO, no matter the format. Mark your calendar for the meeting dates and look out for additional e-mails with important updates.

For more information, please visit www.sakk.ch/events or send an e-mail to tanja.brauen@sakk.ch.



Sign up now for the 15th Swiss PostASCO

SAKK organizes an annual event in Switzerland to enable easy access to scientific news and state of the art interpretation of new data. We are looking forward to meeting you for high-level scientific discussions of interesting topics.

Date:	June 24, 2021
Place:	Wankdorfstadion, Bern
Language:	English
Course fee:	CHF 100.00

More information: www.sakk.ch/events or tanja.brauen@sakk.ch

Main sponsors: Janssen-Cilag AG
Merck (Schweiz) AG
Novartis Pharma Schweiz AG
Sanofi-Aventis (Schweiz) AG



SAKK Training Course for CRC's and CTN's

Date:	August 26, 2021
Place:	Bern

This training is aimed at everyone who has recently taken on the duties of a clinical research coordinator or clinical trial nurse within the SAKK or SPOG research network, or is planning to do so.

Sign up now on www.sakk.ch. Please be aware that the course is limited to 20 participants.

For more information please visit www.sakk.ch/events.



SAKK Grants

Every year we offer research grants in collaboration with our industry and research partners. This year we collaborate with six partners so you have the possibility to participate in six different grants. Do not miss out on these great opportunities! For more information about the SAKK grants please visit <https://www.sakk.ch/en/researchers/grants-and-fellowships>.

The call for proposals is open on all grants with an application deadline on September 30, 2021.



SAKK Investigators' Education

SAKK Investigators' Education is taking place on October 21 and 28, 2021.

This two days training is mainly aimed at everyone who has recently taken on the duties of a clinical investigator within the SAKK or SPOG research network, or is planning to do so.

The course will be held in Bern.

Language: English

For more information please visit www.sakk.ch/events.



Translational Urogenital Cancer Network Meeting & Award 2021

Date: September 9-10, 2021

Young investigators, both in clinical and in translational research, are the key audience for this meeting. A collaboration between institutions and researchers will be facilitated and supported.

Find more information as well as the registration on www.sakk.ch/events.

30 Jahre Stiftung Krebsforschung Schweiz (KFS)

Stiftung Krebsforschung Schweiz hat über 1000 Forschungsprojekte gefördert

In den letzten drei Jahrzehnten förderte die Stiftung Krebsforschung Schweiz (KFS) die Krebsforschung mit 305 Mio. Franken und unterstützte über 1000 unabhängige Forschungsprojekte. Anlässlich ihres 30-jährigen Jubiläums gibt die KFS Einblick in die Forschungsförderung und führt in einer Podcastreihe Krebsbetroffene und Forschende zusammen.

Obwohl immer mehr Menschen an Krebs erkranken, sterben immer weniger daran, leben länger und mit besserer Lebensqualität. Diese Entwicklung ist ein Ergebnis jahrelanger, intensiver Forschung. Seit 30 Jahren unterstützt die Stiftung Krebsforschung Schweiz den stetigen Fortschritt der Krebsforschung – mit über 1000 geförderten Forschungsprojekten, zahlreichen Stipendien für angehende Forscher und einem Betrag von insgesamt 305 Millionen Schweizer Franken. Sie gilt damit hierzulande als eine der wichtigsten Förderorganisationen in diesem Bereich.

Umfassende Forschungsförderung

Die KFS unterstützt die akademische Forschung in ihrer ganzen Breite: von der Grundlagenforschung über die klinische Forschung bis hin zur Versorgungsforschung. «Darunter fördern wir auch zahlreiche Projekte, an der die Pharmaindustrie kaum Interesse hat. Etwa Untersuchungen zur Frage, ob sich ein Medikament bei gleicher Wirksamkeit tiefer dosieren und weniger lang anwenden lässt, um Nebenwirkungen zu minimieren. Oder die Forschung von Krebs bei Kindern, die kein kommerzielles Interesse findet», erklärt Professor Thomas Cerny, Präsident der KFS.

Eine unabhängige wissenschaftliche Kommission (WiKo) beurteilt jedes Projekt nach strengen Kriterien. Heute gehen rund 200 Forschungsgesuche pro Jahr bei der Stiftung Krebsforschung Schweiz und ihrer Partner-

organisation Krebsliga Schweiz ein, mehr als doppelt so viele wie noch vor 30 Jahren. Darunter seien auch viele qualitativ hochstehende Gesuche, für die das Geld leider nicht reiche, meint Professor Nancy Hynes, die Präsidentin der Wissenschaftlichen Kommission (WiKo): «Oft ist es so, dass wir ein Gesuch für gut befinden, aber es nicht finanzieren können, weil wir die begrenzten Geldmittel an die besten Projekte vergeben. Deshalb müssen wir viele Projekte, die es nicht bis an die Spitze schaffen, leider zurückweisen.»

Für Dr. Rolf Marti, Leiter der Geschäftsstelle KFS ist deshalb klar: «Wir werden uns auch in Zukunft für patientennahe Forschung engagieren. Um dies möglich zu machen, werden wir als spendenfinanzierte Organisation auch im Jubiläumsjahr alles daran setzen, möglichst viele Mittel für die Forschungsförderung zu beschaffen.»

Der neue Podcast der Stiftung Krebsforschung Schweiz

Hinter jeder Erkrankung steckt eine ganz persönliche, bewegende Geschichte, hinter jedem Forschungsprojekt ein engagierter Mensch. In der neuen Podcast-Serie «Wissen gegen Krebs» bringt die Journalistin Rebekka Haefeli diese beiden Pole zusammen: Eine krebsbetroffene Person oder ein Angehöriger und eine Person aus der Forschung erzählen. Die ersten drei Folgen sind bereits erschienen und widmen sich den Themen Psychoonkologie, CAR-T-Zell-Therapie und Fertilität.

Die neuen Podcasts werden monatlich unter www.krebsforschung.ch/podcasts und auf Spotify und Deezer aufgeschaltet.

La fondation Recherche suisse contre le cancer (RSC) a 30 ans

La fondation Recherche suisse contre le cancer a soutenu plus de 1000 projets de recherche

Au cours des trois dernières décennies, la fondation Recherche suisse contre le cancer (RSC) a financé la recherche oncologique à hauteur de 305 millions de francs et soutenu plus de 1000 projets de recherche indépendants. A l'occasion de son 30^e anniversaire, la RSC donne un aperçu de la promotion de la recherche.

Le cancer touche de plus en plus de personnes, mais fait de moins en moins de victimes, vivant plus longtemps et avec une meilleure qualité de vie. Cette évolution est le résultat d'années de recherche intensive. Depuis trente ans maintenant, la fondation Recherche suisse contre le cancer œuvre à promouvoir sans relâche la recherche oncologique: elle a soutenu plus de 1000 projets de recherche et de nombreuses bourses pour les jeunes chercheurs pour une enveloppe totale de 305 millions de francs. A ce titre, elle est considérée comme l'une des principales organisations de promotion de la recherche sur le cancer en Suisse.

Promotion globale de la recherche

La RSC soutient tout l'éventail de la recherche académique: de la recherche fondamentale à la recherche sur les services de santé, en passant par la recherche clinique. «Nous encourageons de nombreux projets auxquels l'industrie pharmaceutique ne s'intéresse guère, en finançant par exemple des études visant à déterminer si le dosage d'un médicament et sa durée de prise pourraient être revus à la baisse avec une efficacité comparable afin de minimi-

ser les effets secondaires. Un autre exemple est la recherche sur le cancer chez les enfants, qui n'a pas d'intérêt commercial», explique le professeur Thomas Cerny, président de RSC.

Une commission scientifique indépendante (WiKo) évalue chaque projet selon des critères clairement définis. Actuellement, environ 200 requêtes de recherche sont soumises chaque année à la fondation Recherche suisse contre le cancer et à son organisation partenaire, la Ligue suisse contre le cancer, soit environ plus de deux fois plus qu'il y a 30 ans. Mais les fonds ne suffisent hélas pas à soutenir toutes celles qui sont de haute qualité, dit la professeur Nancy Hynes, présidente de la Commission scientifique (WiKo). «Souvent, nous trouvons une requête bonne, mais ne puissions pas la financer parce que nous attribuons les fonds limités aux meilleurs projets. Nous sommes donc malheureusement obligés de refuser beaucoup de projets qui n'arrivent pas tout en haut du palmarès».

Pour Dr Rolf Marti, directeur de la fondation Recherche suisse contre le cancer (RSC), cela ne fait aucun doute: «Nous continuerons à l'avenir à nous mobiliser en faveur d'une recherche orientée vers les patientes et patients. Pour que cela soit possible, en tant qu'organisation financée par des donateurs, nous continuerons à faire tout notre possible au cours de l'année de notre anniversaire pour collecter le plus de fonds possible pour le financement de la recherche».

Dialog für eine umweltbewusste Krebsprävention

Dr. Florian Suter

Umweltfaktoren beeinflussen unsere Gesundheit – sowohl positiv als auch negativ. Welche Chancen und Herausforderungen ergeben sich daraus für die Krebsprävention? Das Forum Umwelt und Krebs, das am 24. November 2020 in Bern stattfand, lieferte Antworten auf diese Frage. Verschiedenste Expertinnen und Experten beleuchteten unterschiedliche Facetten der vielfältigen Beziehung zwischen Umwelt und Krebs.

Die Ursache für eine Krebserkrankung ist häufig vielfältig und im Einzelfall selten klar nachvollziehbar. Manche bekannten Risikofaktoren für Krebs sind nicht direkt beeinflussbar. Dazu gehört beispielsweise das Alter, das Geschlecht oder die genetische Veranlagung. Andere Risikofaktoren, insbesondere mit Bezug zu Umwelt- und Lebensstilbedingungen, lassen sich hingegen beeinflussen. Die Kenntnis über solche Risikofaktoren ist zentral für wirksame Präventionsmassnahmen. Allerdings ist nur bei knapp der Hälfte aller Krebsfälle die Ursache bekannt. Bei etwa 10 Prozent der Krebsfälle lässt sich die Ursache nach heutigem Wissensstand auf Umwelteinflüsse zurückführen. Eine umweltbewusste Krebsprävention ist somit wichtig, um solche Krebsfälle möglichst zu vermeiden.

Weitere Datengrundlagen sind essentiell

Aufgrund der komplexen Zusammenhänge ist der Nachweis von Kausalitäten zwischen einzelnen Umweltfaktoren und Krebsfällen eine Herausforderung. Mögliche Effekte im Niedrigdosisbereich, Wechselwirkungen (Cocktail-Effekte) oder Langzeiteffekte verkomplizieren die Arbeit zusätzlich. Manche Umweltfaktoren können mit dem heutigen Wissen trotzdem klar als krebserregend oder nicht krebserregend eingestuft werden. Für viele Umweltfaktoren ist dies aber nach wie vor nicht möglich, sie sind somit potentiell krebserregend. Gerade in solchen Fällen sind u.a. weitere Datengrundlagen, z.B. aus der geplanten Schweizer Gesundheitsstudie (derzeit in der Pilotphase) und dem lancierten Krebsregister zentral. Erkenntnisse daraus können auch beim Entscheid helfen, wo und wie regulatorische Anforderungen für Grenzwerte, Inhaltsstoffe etc. allenfalls überarbeitet und/oder weiter präzisiert werden müssen.

Risikowahrnehmung als gesellschaftliche Frage

Basierend auf den bestehenden Erkenntnissen, kann die Wissenschaft Abschätzungen zum Krebsrisiko verschiedener Umweltfaktoren machen. Ob und inwiefern diese Risiken tragbar sind, ist allerdings eine gesellschaftliche Frage. Für den Umgang mit (potentiellen) Risiken aus der Umwelt braucht es deshalb neben weiteren wissenschaftlichen Anstrengungen insbesondere auch einen starken Fokus auf die Risikowahrnehmung in der Bevölkerung. Sie sollte im Idealfall den Umgang mit Risikofaktoren aus der Umwelt immer wieder neu verhandeln. Deshalb muss die Kommunikation von bestehendem Wissen weiter verbessert, sowie die Auseinandersetzung mit der Risikobereitschaft und dem Vorsorgeprinzip breiter lanciert werden.

Erweiterung und Wechsel der Perspektive

Werden Massnahmen zur weiteren Risikoreduktion ergriffen, sollte im Sinne der Nachhaltigkeit verstärkt auf mögliche Co-Benefits für Umwelt UND Gesundheit hingewiesen werden. Dabei kann manchmal auch ein Perspektivenwechsel helfen: Die Umwelt besteht nicht nur aus Risikofaktoren, die es zu vermeiden gilt, sondern auch aus Schutzfaktoren, die präventiv einen gesunden Lebensstil fördern und unterstützen können. Dies kann auch der Krebsprävention zu Gute kommen.

Eine umweltbewusste Krebsprävention ist möglich und nötig, bedingt aber eine hohe Bereitschaft zum Dialog über bestehende Grenzen hinweg.

Das Forum Umwelt und Krebs war eine Veranstaltung der Krebsliga im Rahmen der Nationalen Strategie gegen Krebs (NSK) und wurde vom Bundesamt für Umwelt (BAFU) und vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) unterstützt.

Weitere Informationen zum Forum (inkl. Schlussbericht und Präsentationen): www.krebsliga.ch/forumumweltkrebs

Weitere Informationen zum Thema Umwelteinflüsse und Krebs der Krebsliga: www.krebsliga.ch/umwelt

Korrespondenz:

Krebsliga Schweiz
info@krebsliga.ch

Dialogue pour une prévention du cancer consciente de l'environnement

Dr Florian Suter

Différents facteurs environnementaux influencent notre santé, aussi bien positivement que négativement. Quelles sont chances et défis pour la prévention du cancer? Le Forum Environnement et cancer qui s'est tenu le 24 novembre 2020 à Berne, a apporté des réponses à cette question. De nombreux experts ont mis en lumière les différentes facettes de la relation multi-dimensionnelle entre l'environnement et le cancer.

La cause du cancer est souvent multiple et rarement clairement compréhensible dans les cas individuels. Certains facteurs de risque connus du cancer ne peuvent être influencés directement. Il s'agit, par exemple, de l'âge, du sexe ou de la prédisposition génétique. Cependant, d'autres facteurs de risque, notamment ceux liés aux conditions environnementales et au mode de vie, peuvent être influencés. La connaissance de ces facteurs est essentielle à l'efficacité des mesures de prévention. Cependant, la cause n'est connue que pour un peu moins de la moitié des cas de cancer. En l'état actuel des connaissances, il est possible d'affirmer qu'environ 10 % des cancers sont dus à des facteurs environnementaux. Une prévention du cancer consciente de l'environnement est donc importante afin d'éviter autant que possible de tels cas de cancer.

Des bases de données supplémentaires sont essentielles

En raison de la complexité des relations, prouver des liens de causalité entre les facteurs environnementaux individuels et les cas de cancer est un défi. Des effets possibles dans le domaine des faibles doses, des interactions (effets de cocktail) ou des effets à long terme compliquent encore le travail. Néanmoins, certains facteurs environnementaux peuvent être clairement classés comme cancérigènes ou non cancérigènes dans l'état actuel des connaissances. Cependant, pour de nombreux facteurs environnementaux, cela n'est pas encore possible et ils sont donc potentiellement cancérigènes. C'est précisément dans de tels cas que d'autres données, par exemple celles de l'Étude suisse sur la santé (actuellement en phase pilote) et du Registre des tumeurs, sont d'une importance capitale. Les conclusions de ces études peuvent également aider à décider où et comment les exigences réglementaires relatives aux valeurs limites, aux ingrédients, etc. doivent être révisées et/ou précisées.

La perception du risque en tant que question sociale

Sur la base des connaissances existantes, la science peut faire des estimations du risque de cancer de divers facteurs environnementaux. La question de savoir si et dans quelle mesure ces risques sont acceptables est cependant une question sociale. Pour faire face aux risques (potentiels) liés à l'environnement, il est donc nécessaire, en plus des efforts scientifiques supplémentaires, de mettre l'accent sur la perception des risques dans la population. Idéalement, le public devrait continuellement renégocier la manière de traiter les facteurs de risque environnementaux. Par conséquent, la communication des connaissances existantes doit être encore améliorée, et le débat sur la propension au risque et le principe de précaution doit être lancé plus largement.

Élargir et changer la perspective

Si des mesures sont prises pour réduire davantage les risques, il convient d'accorder une plus grande attention aux éventuels avantages connexes pour l'environnement ET la santé dans l'intérêt de la durabilité. Parfois, un changement de perspective peut aider: L'environnement est constitué non seulement de facteurs de risque à éviter, mais aussi de facteurs de protection qui peuvent promouvoir et soutenir de manière préventive un mode de vie sain. Cela peut également contribuer à la prévention du cancer.

Une prévention du cancer respectueuse de l'environnement est possible et nécessaire, mais elle exige une grande volonté d'engager un dialogue au-delà des frontières existantes.

Le Forum Environnement et cancer était une manifestation organisée par la Ligue contre le cancer dans le cadre de la Stratégie nationale contre le cancer (SNC), avec le soutien de l'Office fédéral de l'environnement (OFEV) et de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Plus d'information sur le forum (avec rapport final et présentations): <https://www.liguecancer.ch/landingpages/forum-environnement-et-cancer/>

Plus d'informations au sujet facteurs environnementaux et cancer: www.liguecancer.ch/environnement

Correspondance:

Ligue suisse contre le cancer
info@krebsliga.ch



Eingabe von Forschungs- und Stipendiengesuchen

Wissenschaftlich gut begründete Anträge können
bis spätestens 31. Juli 2021, 18:00 Uhr eingereicht werden.

Die Gesuche werden von der Wissenschaftlichen Kommission (Mitglieder siehe: www.swisscancer.ch/research) unter Beiziehung von externen Expertinnen und Experten begutachtet. Der abschliessende Entscheid, welche Gesuche unterstützt werden, liegt beim zuständigen Vorstand der Krebsliga Schweiz bzw. der Stiftung Krebsforschung Schweiz.

Damit ein Forschungsgesuch von der Wissenschaftlichen Kommission beurteilt werden kann, sind die formalen Gesuchsbedingungen einzuhalten:

- Offizielles Grant Application Portal benutzen: <https://gap.swisscancer.ch>.
- Berechtigt sind Gesuchstellende schweizerischer Nationalität oder in schweizerischen Krebsforschungsinstituten arbeitende ausländische Kolleginnen und Kollegen.
- Die maximale Projektdauer ist 4 Jahre.
- Der maximale Gesuchsbetrag beträgt CHF 375 000.–.
- Die Sprache für die Gesuchseingabe ist Englisch.
- Die Bedeutung der zu erwartenden Resultate für die Krebsbekämpfung muss dargelegt werden.
- Das Forschungsgesuch beinhaltet Forschungsplan, Lebenslauf, Publikationsliste und detaillierten Finanzbedarf.

Auskünfte: Forschungsförderung, Krebsliga Schweiz, Effingerstrasse 40, Postfach, 3001 Bern
Tel. +41 (0)31 389 91 09, scientific-office@swisscancer.ch

Dépôt des demandes de subsides et de bourses

Les demandes dûment motivées scientifiquement peuvent être présentées
au plus tard jusqu'au 31 juillet 2021 à 18.00 heures

Les demandes sont expertisées par la Commission scientifique (membres voir: www.swisscancer.ch/research) qui s'adjoit des experts externes. La décision finale quant au choix des demandes bénéficiant d'un soutien relève de la compétence des comités respectifs de la Ligue suisse contre le cancer ou de la fondation Recherche suisse contre le cancer.

Pour qu'une demande puisse être examinée par la Commission scientifique, veuillez suivre la procédure suivante:

- Utiliser le site Grant Application Portal: <https://gap.swisscancer.ch>.
- Les subsides sont destinés à des requérant(e)s de nationalité suisse ou à des chercheurs étrangers travaillant dans des instituts suisse de recherche sur le cancer.
- La durée du projet n'excède pas 4 ans.
- Le montant de la demande ne dépasse pas CHF 375 000.–.
- La demande est adressée en anglais.
- La demande doit exposer l'importance des résultats attendus pour la lutte contre le cancer.
- La demande de recherche comprend un plan de recherche, un curriculum vitae, la liste des publications et le détail des besoins financiers.

Adresse postale et renseignements: Promotion de la recherche, Ligue suisse contre le cancer, Effingerstrasse 40, case postale, 3001 Berne – Tél. +41 (0)31 389 91 09, scientific-office@swisscancer.ch

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

Melden Sie sich jetzt für folgende Weiterbildungen an:
Inscrivez-vous dès maintenant aux formations suivantes :

- Kommunikationstraining / *Formation Mieux communiquer / Migliorare la comunicazione*
- Kommunikationstraining für pädiatrische Onkologen und Onkologiepflegende
- CAS in Grundlagen der Psychoonkologie (Workshops aus dem CAS können auch einzeln besucht werden)



Prestigious professorship awarded at the Institute of Oncology Research in Bellinzona

Stiftung Experimentelle Biomedizin has awarded Dr Arianna Calcinotto, Group Leader at the Institute of Oncology Research (IOR, affiliated to USI Università della Svizzera italiana) the Peter Hans Hofschneider Professorship 2020/2021. This is the third time the Zurich-based foundation has conferred the award in Switzerland.



Arianna Calcinotto, who since 2019 heads the Cancer Immunotherapy research group at the IOR, has distinguished herself nationally and internationally for her work and related major publications – including Nature – on an innovative methodology capable of counteracting the progression of prostate cancer. *«Recently, immunotherapy has achieved excellent clinical results in several tumour types. However, while most immunotherapies currently aim to reactivate the immune system blocked by the tumour, our studies focus on a different way of conceiving immunotherapy, namely blocking factors produced by the immune system cells that act as nutrients for the tumour. We have recently discovered that one type of immune system cell, myeloid cells, confers a strong resistance to therapy in prostate cancer patients. We are currently conducting a promising clinical trial in patients with this tumour. Very similar mechanisms seem to be shared by other tumour types, such as breast cancer. The funding we received will allow us to study the role of these immune cells in contributing to response to therapy and relapse in breast cancer patients with the aim of identifying new therapeutic possibilities,»* says Arianna Calcinotto.

The Peter Hans Hofschneider Professorship is awarded in honour of the work of Prof. Dr. Peter Hans Hofschneider (1929 – 2004), who made a significant

contribution to research in the field of molecular medicine, and is intended to promote young scientists who are active in this field and who distinguish themselves through outstanding scientific achievements. The competition is open to candidates working in Germany, Austria and Switzerland. The prize has been awarded every two years since 2008, in all fields of medicine, and guarantees the winning candidate a professorship salary for three years, funding for a doctoral student, and CHF 50,000 in material resources.

«We are very pleased that in awarding this prestigious Professorship in Switzerland for the third time, the Foundation has chosen our youngest Group Leader, a position she assumed less than two years ago, from among the many candidates,» says Prof. Franco Cavalli, President of the Foundation for the IOR. *«This is a remarkable recognition not only of the importance of the research conducted by Dr Calcinotto in the field of breast cancer, but also of the quality of the entire research programme of the IOR. It is our intention to open the competition for the recruitment of at least two more Group leaders, as soon as we have better logistical conditions when we move into the new research building in Via Chiesa this autumn.»*

The Stiftung Experimentelle Biomedizin is a Swiss non-profit foundation based in Zurich, operating under the supervision of the Federal Department of Home Affairs. The aim of the Foundation is to promote research projects in the fields of molecular biology of cardiovascular diseases, molecular hepatogastroenterology and molecular dermatology. It is also involved in the promotion of scientific outreach. The Foundation's field of activity extends to Switzerland, Germany and Austria. More information: www.experimentelle-biomedizin.ch

Inpatient Oncologic Rehabilitation for Children, Adolescents and Young Adults in Switzerland

Maria Otth^{1,2}, Sibylle Denzler¹, Sibylle Schmid³, Birgitta Setz⁴, Katrin Scheinemann^{1,5,6}

¹ Division of Oncology-Hematology, Department of Pediatrics, Kantonsspital Aarau AG, Aarau, Switzerland

² Division of Pediatric Hematology and Oncology, University Children's Hospital Zurich, Zurich, Switzerland

³ Swiss Child Cancer Association, Olten, Switzerland

⁴ Childhood Cancer Switzerland, Basel, Switzerland

⁵ University of Basel, Basel, Switzerland

⁶ Department of Pediatrics, McMaster Children's Hospital and McMaster University, Hamilton, Canada

Childhood cancer in Switzerland

Around 350 children and adolescents under the age of 18 years are diagnosed with cancer each year in Switzerland. The most common type of cancer is leukemia (33%), followed by tumors of the central nervous system (22%), lymphomas (11%), neuroblastoma, and soft tissue sarcomas (7% each) [1]. Improvement in cancer diagnosis and biology, risk-stratified treatment approaches, and supportive care led to substantial improvement in long-term survival in recent decades [2]. In Switzerland, the 10-year survival rate now exceeds 87% for all cancers combined [1]. This results in increasing numbers of long-term childhood cancer survivors (CCS) – currently around 7,000 in Switzerland.

Despite the risk-stratified treatment approaches and efforts to reduce toxicity, a large proportion of CCS suffer from chronic medical condition years to decades after completion of treatment. The cumulative incidence of any chronic health condition 30 years after diagnosis reached 73% in a US cohort [3]. In a more recent publication, the cumulative incidence of any chronic health condition at age 50 was even 99.9% [4]. Already at the very beginning, the diagnosis and the treatment is physically and psychologically intense – for the patient and the family. Rehabilitation plays an important role in improving physical and psychological performance in childhood cancer patients and their family members after the end of intensive treatment and in reintegration into «normal» life. Rehabilitation may additionally help to prevent chronic medical conditions.

Rehabilitation programs in pediatric oncology

Worldwide different rehabilitation programs exist for childhood, adolescent, and young adult (CAYA) cancer patients and their families including outpatient or inpatient settings or camps [5-7]. The type of rehabilitation program differs across countries, where camps are a common option in Canada and the US, but less frequent in Europe. Outpatient programs are often tailored to specific needs, such

as regular physiotherapy sessions after large orthopaedic surgeries or psychotherapy sessions at stressful crises. It is difficult to provide a holistic approach in the outpatient setting. However, the patients and their families often need support in different areas, which are linked together. Rehabilitation with this holistic approach is almost exclusively possible in the inpatient setting. In Germany, inpatient rehabilitation is well-established and provided in four specialized institutions (Katharinenhöhe, Bad Oexen, Tannheim, Sylt) [8-12]. They offer two different rehabilitation approaches: Family-oriented rehabilitation (FOR) and peer-oriented rehabilitation (POR). FOR is a concept for patients up to 15 years of age. To maximize its success, FOR integrates parents and siblings into the rehabilitation process [7]. FOR was developed in Germany in 1985 for children with cancer. Later other chronic diseases, including cardiac diseases or cystic fibrosis were included. The multi-modal concept comprises physical and psychosocial treatments, educational elements and schooling, but also leisure programs. The rehabilitation program is adapted to each family's specific needs and individualized for each family member [7]. POR is a special rehabilitation concept for adolescents and young adults, where the patients participate in rehabilitation in small peer groups. The peer-group approach was chosen because adolescents face age-specific challenges, which do not fit into typical pediatric or adult needs. As in FOR the rehabilitation offer is multimodal and individualized. For FOR and POR, the rehabilitation stay begins at regular intervals and on the same day for all participating families and adolescents. Before the rehabilitation stay starts, participants commit themselves to participate in this 28-day inpatient program – this includes the whole peer group with the same disease background. Inpatient rehabilitation is offered to all patients and families in Germany. In most recent years the rehabilitation of German participants is completely covered by health insurance or the German pension insurance. The German social system provides coverage for the working parents while attending the FOR. The logistics

behind such a holistic rehabilitation approach and the individualized and multi-modal rehabilitation programs for all family member is immense (Tab. 1).

Today no specialized institution in Switzerland offers inpatient rehabilitation for CAYA cancer patients the way it is provided in Germany. Since 2018 the «Hochgebirgsklinik Davos» offers FOR for children and adolescents with cancer and their families [13]. To the authors' knowledge, the expertise in pediatric oncology on site is not available as it is the case in Germany and therefore rehabilitation during active treatment would not be possible. Another limitation is the missing peer group with the same disease background up to now.

So far, several Swiss patients and families from the German-speaking part have participated in rehabilitation programs in Germany. Regardless of whether the rehabilitation stay takes place in Switzerland or Germany, a cost coverage is needed. When pediatric oncologists approach the health insurances for cost coverage of a rehabilitation stay in Germany, they simultaneously apply to the Swiss Child Can-

cer Association (SCCA, Kinderkrebshilfe Schweiz) or other local associations. This simultaneous application is done because patients must have a definitive coverage before they can be registered for the German programs. In case the health insurance does finally not cover the costs, the SCCA usually guarantees cost coverage including all family members. The mission of the SCCA is to help families with a child who suffers from cancer in most parts of German-speaking Switzerland. Besides financial support, the SCCA mainly helps organizing parent groups at each pediatric oncology centre and leisure activities for patients and their families.

Benefits of rehabilitation in pediatric oncology

Studies assessing the impact of FOR on CAYA cancer patients, healthy siblings, and the parents show an overall benefit. The 4-week inpatient rehabilitation stay had a positive effect on physical activity in childhood cancer patients, even 12 months after the stay. The same applied for an immediate and sustainable positive effect on global

Discipline	Example
Location	Apartments for families, adolescents or young adults
	Hotel services, housekeeping, and building services
Physicians	Pediatric oncologists
	Pediatrician
	Other pediatric subspecialties
	Other adult subspecialties
Nurses	Pediatric social medicine
Psychosocial support (separate for families and adolescents/ young adults)	Psychologists
	Social education worker
	Social worker
Rehabilitation therapy	Physiotherapist
	Sport therapist
	Occupational therapy
	Speech therapy
	Art therapist
Education	Music therapist
	Teacher (different degrees)
	Remedial teacher

Tab.1. Experts and infrastructure needed to provide multi-modal family and peer-group oriented rehabilitation (list not exhaustive).

scores of health-related quality of life [14]. Daggelman et al. assessed motor performance, quality of life and fatigue at start and end of the rehabilitation stay and 6 months after completion [15]. All three aspects improved markedly during the rehabilitation stay in childhood cancer patients and their siblings. In addition, the test results after 6 months were better compared to those performed before the stay for all three aspects. In siblings, FOR had a positive impact on mental health, assessed by the strength and difficulties questionnaire, after completion of rehabilitation and at 6-months follow-up [16]. West et al. could show that also parents' quality of life increased markedly during a FOR stay and was still higher six months after the stay compared to the first assessment at entry in the rehabilitation [17]. These findings are congruent with the self-reported opinions from Swiss CAYA cancer patients and their families, who participated in FOR or POR in Germany. Participants appreciated their rehabilitation stay and stated that the personal benefits were high [18]. This study is described in the next section.

Perception of Inpatient Rehabilitation in Swiss CAYA cancer patients

In 2019, we performed a questionnaire-based, cross-sectional study to explore how Swiss participants (families, adolescents, young adults) experienced the rehabilitation stay in Germany [18]. The rehabilitation stays took place between May 2012 and March 2019. Thirty-eight participants (67%) answered the questionnaire, which was sent

by the SCCA to 57 CAYA cancer patients/families. Most participants attended one rehabilitation stay (92%) in a family oriented rehabilitation (68%) after completion of treatment (79%) (Tab. 2). The costs of half of the rehabilitation stays were covered by the SCCA alone and one fifth (19%) by the health insurance or the disability insurance alone (Fig. 1). Overall, the participants expressed very positive opinions about the rehabilitation stay. Most (92%) reported that the exchange with other participants was excellent or good. Despite the structured rehabilitation program, 97% had enough time for themselves, and 82% received enough valuable inputs to cope with everyday life after rehabilitation. Additional indicators, which support the value of these programs are, that 74% were still in contact with other participants when answering the questionnaire, 90% would participate again, and 97% would recommend this 4-week rehabilitation stay to other CAYA cancer patients/families [18].

Inpatient rehabilitation in pediatric oncology - further considerations for Swiss patients and their families

The following section is intended to give a critical impetus to inpatient rehabilitation of CAYA cancer patients and their families in Switzerland. It is therefore not the aim to have a definitive solution or the «correct» way.

The available literature highlights the positive impacts of inpatient rehabilitation for patients, siblings, and parents and the results from the survey by Otth et al. confirm that

	N (%)
Person who responded	
Adolescent or young adult	15 (39%)
One or both parents	21 (56%)
Missing	2 (5%)
Rehabilitation type	
Family oriented rehabilitation	26 (68%)
Adolescent and young adult rehabilitation	12 (32%)
Number of rehabilitation stays	
Once	35 (92%)
More than once	3 (8%)
Time point of rehabilitation	
During treatment	8 (21%)
After completion of treatment	30 (79%)

Tab. 2. Characteristics of the study population (n=38), adapted from Otth et al. [18].

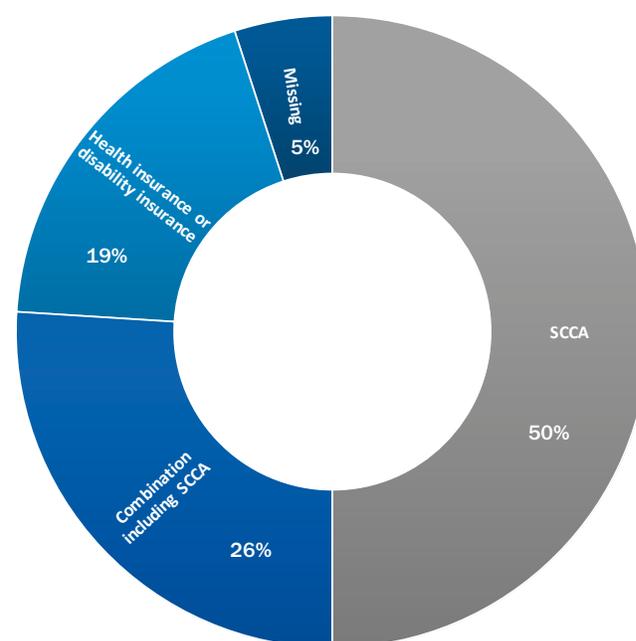


Fig. 1. Distribution of funding of the rehabilitation stay (n=38), adapted from Otth et al. [18].

Swiss patients and their families very much appreciated the stays in one of the four specialized in clinics in Germany [18]. From a holistic point of view, the authors would like to highlight two important points to be considered:

1. Is it feasible and economically valid to offer inpatient rehabilitation for CAYA cancer patients and their families in Switzerland to the extent it is offered in Germany meaning in a specialized institution?
2. What can be offered to CAYA cancer patients and their families from non-German speaking parts of Switzerland and not fluent in German?

As shown in **Table 1**, providing a holistic and multi-disciplinary rehabilitation program needs experts from different fields of medicine, applied therapies, housekeeping and infrastructure. Different from Germany, Switzerland has not only one national language but four. To ensure adequate care and especially communication during the rehabilitation stay, experts with fluent knowledge of all national languages would be needed. According to a position paper from the German Pediatric Oncology-Hematology society (GPOH) from 2001, around 70% of children and adolescents diagnosed with cancer take advantage of the rehabilitation offer [19]. Today, slightly more than half of the patients/families finally participate in rehabilitation. If these figures are broken down to Switzerland with ~300 newly diagnosed children and adolescents before 18 years of age, this would result in 210 patients/families with an indication for rehabilitation and ~150 who finally participate, including all languages. Is this number large enough to set-up the whole infrastructure?

Another important factor to be considered are the costs. **Table 3** illustrates the estimated costs for a family with two parents and two children, one of them is the index patient, in the Hochgebirgsklinik Davos versus the Katharinenhöhe in Germany. The costs for the index patient and the family in the Hochgebirgsklinik is approximately twice the price as in the Katharinenhöhe. The cost estimate shown in **Table 3** for Davos covers the basic modules of rehabilitation offers for family members. If additional individual modules are claimed, the costs are higher. In

Katharinenhöhe, all participants receive the same variety of all possible rehabilitation moduls. Independent on the place, where the rehabilitation takes place, approval of cost coverage by the health insurance can be time-consuming. To facilitate this process, education and information of the health insurance companies is necessary and urgently needed.

Lastly, language can be a limiting factor to send CAYA cancer patients and their families to an inpatient rehabilitation in Germany or Davos. Most recently, efforts were made to have an interpreter present during the rehabilitation stay. This can be one possible solution, but experts fluent in French or Italian would be preferred. To the authors' knowledge, no inpatient rehabilitation program exists in France or Italy, similar to Germany.

In conclusion, inpatient rehabilitation has an overall positive effect on CAYA cancer patients and their families and was perceived as very helpful in Swiss participants. This should encourage pediatric and adult oncologists to send more CAYA cancer patients and their families to rehabilitation. In the future, efforts should be made to simplify the procedures with cost coverage by the health insurances. In addition, we have to find ideal possibilities for CAYA cancer patients and their families from the French and Italian speaking parts of Switzerland.

References

1. Swiss Childhood Cancer Registry - Annual Report 2017 - 2018. 2019. https://www.kinderkrebsregister.ch/fileadmin/KKR08/uploads/Annual_Report_SCCR_2017_2018_web.pdf. Accessed 22.08.2019, 2019.
2. Gatta G, Botta L, Rossi S, et al. Childhood cancer survival in Europe 1999-2007: results of EURO CARE-5--a population-based study. *Lancet Oncol* 15: 35-47, 2014.
3. Oeffinger KC, Mertens AC, Sklar CA, et al. Chronic health conditions in adult survivors of childhood cancer. *N Engl J Med* 355: 1572-1582, 2006.
4. Bhakta N, Liu Q, Ness KK, et al. The cumulative burden of surviving childhood cancer: an initial report from the St. Jude Lifetime Cohort Study (SJLIFE). *Lancet* 390: 2569-2582, 2017.
5. Martiniuk A, Silva M, Amylon M, Barr R. Camp programs for children with cancer and their families: review of research progress over the past decade. *Pediatr Blood Cancer* 61: 778-787, 2014.

	Davos ^a	Katharinenhöhe ^b
Patient for 28 days	15'230 CHF	4'770 CHF
Parents (2 adults) and one sibling for 28 days	18'400 CHF	9'400 CHF

^a Information from October 2019

^b Information from January 2021

Tab. 3. Estimated costs of a 28-day rehabilitation stay for a family with 2 children (costs from Germany are calculated to CHF (1 Euro = 1.08 CHF)).

6. Laing CM, Moules NJ. «It's not Just Camp!»: Understanding the Meaning of Children's Cancer Camps for Children and Families. *J Pediatr Oncol Nurs* 33: 33-44, 2016.
7. Krauth KA. Family-Oriented Rehabilitation (FOR) and Rehabilitation of Adolescents and Young Adults (AYA) in Pediatric Oncology. *Oncol Res Treat* 40: 752-758, 2017.
8. Katharinenhöhe R. Familienorientierte Rehabilitation. 2021; <https://www.katharinenhoehe.de/>. Accessed 11.02.2021.
9. Kinderhaus Bad Oexen. Familienorientierte Rehabilitation 2021; <http://familienorientierte-reha.de/>.
10. Tannheim Nachsorgeklinik. Familienorientierte Rehabilitation. 2021; <https://www.tannheim.de/rehaangebote/familienorientierte-reha/>. Accessed 11.02.2021.
11. Sylt Klinik. Familienorientierte Rehabilitation 2021; <https://www.syltklinik.de/>. Accessed 11.02.2021.
12. Bad Oexen. Rehabilitation für Jugendliche - feel good. 2021; <http://jugend-rehabilitation.de/>. Accessed 14.02.2021.
13. Gebirgshöhenklinik Davos. Familienorientierte Rehabilitation 2021; <https://www.hochgebirgsklinik.ch/hauptnavigation/medizinisches-angebot/kinder-und-jugendliche/familienorientierte-rehabilitation.html>. Accessed 11.02.2021.
14. Muller C, Krauth KA, Gerst J, Rosenbaum D. Physical activity and health-related quality of life in pediatric cancer patients following a 4-week inpatient rehabilitation program. *Support Care Cancer* 24: 3793-3802, 2016.
15. Daggelmann J, Krauth KA, Mailand P, et al. [Effects of a Four-Week Rehabilitation Program on Motor Performance, Quality of Life and Fatigue in Childhood Cancer Patients and Healthy Siblings]. *Rehabilitation* 56: 119-126, 2017.
16. Besier T, Holling H, Schlack R, West C, Goldbeck L. Impact of a family-oriented rehabilitation programme on behavioural and emotional problems in healthy siblings of chronically ill children. *Child Care Health Dev* 36: 686-695, 2010.
17. West CA, Besier T, Borth-Bruhns T, Goldbeck L. Effectiveness of a family-oriented rehabilitation program on the quality of life of parents of chronically ill children. *Klin Padiatr* 221: 241-246, 2009.
18. Otth M, Denzler S, Schmid S, Setz B, Scheinmann K. Perception of Inpatient Oncologic Rehabilitation in Children, Adolescents and Young Adults Diagnosed with Cancer in Switzerland. *Klin Padiatr* 232: 294-299, 2020.
19. Niemeyer C. Positionspapier zur familienorientierten Rehabilitation bei krebskranken Kindern. [PDF]. 2001; https://www.kinderkrebsinfo.de/sites/kinderkrebsinfo/content/e1676/e176475/e176625/e176633/POSITP~2_ger.pdf. Accessed 22.08.2019, 2019.

Korrespondenz:

Dr. med. Maria Otth
Division of Oncology-Hematology
Department of Pediatrics
Kantonsspital Aarau AG, CH-5001 Aarau
maria.otth@ksa.ch



Young Investigator Research Grant 2021

**The deadline
for the submission
of the request is
September 15th, 2021**

Fond'Action contre le cancer proposes to identify and support promising young researchers in oncology in Switzerland to enable them to begin their career as independent research faculty. Young Investigator refers to early stage researchers under the age of 40 holding a PhD or an MD degree.

The research proposal can be preclinical, translational or clinical. The amount of support will be CHF 100'000.– for 2 years. A research plan should be provided as well as a short CV and a financial overview. The request should include a support letter from the director of the Institution. The request must be written in English.

The conditions and rules are detailed on the website: www.fondaction.ch. The grant proposal will be assessed by the scientific commission.

The request must be sent directly by mail to contact@fondaction.ch or could be printed on paper and sent to the address: **Fond'Action contre le cancer, avenue de Rumine 55, 1005 Lausanne**

St.Galler Fortbildung klinische Hämato-/Onkologie 2022

17.–19. Februar 2022

Kongresszentrum Einstein, St.Gallen/CH



Kantonsspital
St.Gallen

Kursinformation: Dieser jährliche, intensive Fortbildungskurs ist für onkologisch und hämato-onkologisch tätige Kliniker konzipiert. Mit praxisrelevanten Referaten und interaktiven Meet-The-Expert-Sessions werden wichtige Themen aus der Hämato-/Onkologie aufgegriffen.

Kursleitung: PD Dr. A. Omlin, Dr. med. S. Aeppli und Prof. Dr. Ch. Driessen, St.Gallen

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. J. Beyer, Bern, Prof. Dr. W. Eisterer, Klagenfurt/AT, Prof. Dr. O. Gautschi, Luzern, Prof. Dr. S. Gillessen, Bellinzona, Prof. Dr. U. Güller, Thun, Prof. Dr. J. Huober, St.Gallen, Prof. Dr. D. Koeberle, Basel, Prof. Dr. M. Manz, Zürich, Prof. Dr. A. Ochsenbein, Bern, Prof. Dr. L. Plasswilm, St.Gallen

Frühbucherrabatt: bis 19. Dezember 2021

Online-Anmeldung: ab Oktober 2021 unter www.kssg.ch/klinische-onkologie

Akkreditierungen angefragt bei: European CME, SGMO, SGIM, SRO, SGH-SSH, SGAIM

Weitere Informationen auf: www.kssg.ch/klinische-onkologie

Onkologische Pflegesprechstunde

Leitfaden für die Entwicklung und Implementierung in der Praxis

Mayuri Sivanathan, Ilona Kaufmann-Molnàr

Onkologische Pflegesprechstunden können die Beratung und Betreuung von Krebsbetroffenen sinnvoll ergänzen. Die Onkologiepflege Schweiz hat daher einen Leitfaden für die Entwicklung und Implementierung von onkologischen Pflegesprechstunden erarbeitet.

Tumorerkrankungen bedeuten für die Betroffenen, dass sie bezüglich Selbstpflege, Funktionserhaltung und Prävention einen grossen Einsatz erbringen müssen [1]. Damit kommt der Förderung des Selbstmanagements eine zentrale Bedeutung zu [2, 3]. Krebsbetroffene Menschen müssen in kurzer Zeit viele Informationen verarbeiten, zum Beispiel zur Bedeutung der Diagnose oder zur Therapie und deren unerwünschten Wirkungen. Ein Teil der Betroffenen beurteilt die erhaltenen Informationen als ausreichend, andere wünschen sich ausführlichere Informationen [4]. Daher sollten Informationen personenzentriert vermittelt werden.

Information und Beratung durch Onkologie-Pflegefachpersonen

Wenn Betroffene durch eine Onkologie-Pflegefachperson informiert und beraten werden, bevor die antitumorale Therapie beginnt, kann dies Angst und Unsicherheit reduzieren sowie die Patientenzufriedenheit steigern [5-8]. Nach einer Information und Schulung durch eine Onkologie-Pflegefachperson haben Betroffene ein besseres Verständnis für den Behandlungsplan und unerwünschte Wirkungen; zudem wissen sie mehr darüber, wie sie bei Nebenwirkungen reagieren sollen, beispielsweise über den Zeitpunkt für die Einnahme von Antiemetika [5, 6].

Krebsbetroffene Menschen sind im Umgang mit Pflegefachpersonen in der Regel weniger gehemmt, über ihre psychosozialen und emotionalen Probleme zu sprechen als bei anderen Fachpersonen [9-11]. Onkologie-Pflegefachpersonen können ihre Patientinnen und Patienten in psychosozialen Anliegen und im Umgang mit den unerwünschten Wirkungen der Therapie unterstützen [5, 7, 10, 12-15]. Folglich hat eine onkologische Pflegesprechstunde eine wesentliche Bedeutung. Vor diesem Hintergrund erarbeitete das Netzwerk von Pflegeexpertinnen und -experten der Onkologiepflege Schweiz einen Leitfaden für die Entwicklung und Implementierung einer onkologischen Pflegesprechstunde.

Inhalt einer onkologischen Pflegesprechstunde

Eine onkologische Pflegesprechstunde beinhaltet eine Konsultation bei einer Pflegefachperson mit vertieftem onkologischem Fachwissen, die ihre Pflege- und Fachexpertise den Patientinnen und Patienten sowie den Angehörigen vermitteln und diese begleiten kann. Die Beratung im Rahmen der Pflegesprechstunde kann während eines stationären Spitalaufenthalts, ambulant und/oder telefonisch stattfinden. Angehörige werden nach Möglichkeit eingebunden. Eine onkologische Pflegesprechstunde ergänzt die Betreuung der Krebsbetroffenen durch das Pflegefachpersonal ohne vertieftes onkologisches Fachwissen und entbindet diese nicht von der Erfüllung ihrer Aufgaben bei der Pflege der onkologischen Patientinnen und Patienten.

Ziele einer onkologischen Pflegesprechstunde sind:

- Kontinuitätssicherung im Behandlungspfad
- Nutzen des pflegerischen Fachwissens
- Beziehungsaufbau mit Patientinnen und Patienten und Vermittlung von Sicherheit
- Förderung des Selbstmanagements
- Verbesserung des Symptommanagements und der Lebensqualität
- Förderung der Therapieadhärenz
- Stärkung der interprofessionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit

Zielgruppe sind Patientinnen und Patienten mit einer onkologischen Erkrankung, die vor, während und/oder nach der antitumoralen Therapie im Rahmen der onkologischen Pflegesprechstunde begleitet und beraten werden.

Die Konsultationen erfolgen zu vier Zeitpunkten:

1. Erstkontakt im Anschluss an die ärztliche Sprechstunde mit Therapiefestlegung
2. Zweiter Kontakt vor oder am ersten Therapietag
3. Während der Therapie
4. Bei Abschluss der Therapie

Hierbei gilt es, den institutionsbezogenen Patientenpfad zu berücksichtigen.

Die Rolle von Advanced Practice Nurses (APN)

Advanced Practice Nurses (APN) übernehmen eine zentrale Rolle bei der Entwicklung und Durchführung einer Pflegesprechstunde. Eine APN zeichnet sich durch ein vertieftes fachliches Wissen aus und kann dieses durch Coaching, Begleitung, Führung und zielgerichtete Zusammenarbeit weitergeben [16]. Ein Masterabschluss in Pflegewissenschaft ist Voraussetzung für die Arbeit als APN [17]. Erfahrungen verschiedener onkologischer Kliniken und Zentren zeigen, dass Sprechstunden auf wissenschaftlicher Basis für eine spezifische Patientengruppe oder für alle an Krebs erkrankten Menschen unter der Führung einer APN erfolgreich implementiert werden können. Es empfiehlt sich deshalb, die Einführung und Implementierung einer Pflegesprechstunde mit einer APN durchzuführen. Falls dies nicht möglich ist, empfiehlt sich zur Qualitätssicherung eine punktuelle Beratung und Coaching durch eine APN.

Referenzen

- Lubkin IM. Chronisch Kranksein. Implikationen und Interventionen für Pflege- und Gesundheitsberufe. (Deutsche Ausg. / hrsg. von Regina Lorenz-Krause ... et al.). Bern: Verlag Hans Huber, 2002.
- Haslbeck JW & Schaeffer D. Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit: Geschichte, Konzept und Herausforderungen. *Pflege* 20: 82-92, 2007.
- Lorig KR & Holman H. Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med* 26: 1-7, 2003.
- Berglund CB, Gustafsson E, Johansson H, & Bergenmar M. Nurse-led outpatient clinics in oncology care - patient satisfaction, information and continuity of care. *Eur J Oncol Nurs* 19: 724-730, 2015.
- Apor E, Connell NT, Faricy-Anderson K, et al. Prechemotherapy education: Reducing patient anxiety through nurse-led teaching sessions. *Clin J Oncol Nurs* 22: 76-82, 2018.
- Piombo S, Miller K, Alderete K, et al. Evaluation of a nurse-delivered pre-chemotherapy educational intervention to increase knowledge and reduce anxiety among ethnically diverse patients. *J Cancer Educ* 2020 Jan 30. doi: 10.1007/s13187-020-01695-4.
- Tuominen L & Stolt M. Effectiveness of nursing interventions among patients with cancer: An overview of systematic reviews. *J Clin Nurs* 28: 2401-2419, 2019.
- Lai X, Wong FK, Leung CW, et al. Development and assessment of the feasibility of a nurse-led care program for cancer patients in a chemotherapy day center: Results of the pilot study. *Cancer Nurs* 38: E1-12, 2015.
- Hui Tay L, Kok Wah Ong A, & Siew Ping Lang D. Experiences of adult cancer patients receiving counseling from nurses: A qualitative systematic review protocol. *JBI Database of Systematic Review Implement Rep* 14: 91 -97, 2016.
- Margulies A, Kroner T, Gaisser A, & Bachmann-Mettler I (Hrsg.). *Onkologische Krankenpflege*. (6. vollständig überarbeitete Auflage). Springer-Verlag GmbH Deutschland 2017.
- Kröner A. *Medikamentöse Tumortherapie - Leitlinien für die Praxis* (1. Aufl.). *Onkologiepflege Schweiz*, 2017.
- Aranda S, Jefford M, Yates P, et al. Impact of a novel nurse-led prechemotherapy education intervention (ChemoEd) on patient distress, symptom burden, and treatment-related information and support needs: Results from a randomised, controlled trial. *Ann Oncol* 23: 222-231, 2012.
- Garcia S. The effects of education on anxiety levels in patients receiving chemotherapy for the first time: An integrative review. *Clin J Oncol Nurs* 18: 516-521, 2014.
- Kitzmantel M, Book K, Landenberger M, et al. Information und Beratung für Patienten mit chemotherapie-bedingten Nebenwirkungen. *Pflegewissenschaft*: 613-619, 2009.
- Komatsu H & Yagasaki K. The power of nursing: Guiding patients through a journey of uncertainty. *Eur J Oncol Nurs* 18: 419-424, 2014.
- Hamric AB, Hanson CM, Tracy MF & O'Grady ET. *Advanced Practice Nursing: An integrative Approach*. (5th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Saunders, 2014.
- <https://www.swissanp.ch/definition>

Leitfaden für die Onkologische Pflegesprechstunde:
www.onkologiepflege.ch/fachwissen/leitlinien-fuer-die-praxis/leitfadennonkologispflegesprechstunde/

Korrespondenz:

Mayuri Sivanathan, MScN
 Pflegeexpertin APN, Mitglied Leitungsgremium am
 Zentrum für Knochen- und Weichteiltumore
 Universitätsspital Basel
mayuri.sivanathan@usb.ch

Ilona Kaufmann-Molnár, MScN
 APN Onkologie, Bereich Medizin
 Mitglied Leitungsgremium Pflege am Tumorzentrum
 Universitätsspital Basel, ilona.kaufmann-molnar@usb.ch

onkologika.ch

für Fachpersonen in der Onkologie

Onkologiepflege Schweiz stellt mit
diesem Angebot spezifische
Fachinformationen zu parenteralen
Medikamenten in der Onkologie
zur Verfügung.

Jetzt abonnieren
onkologika.ch



Detaillierte Programme: www.onkologiepflege.ch Programme détaillé: www.soinsoncologiesuisse.ch

06	03.06.2021	Zürich	Exklusiv für Pflegende, die ihre Resilienz und ihre Ressourcen stärken möchten
	10.06.2021	Olten	Mammakarzinom Vertiefung Fachwissen zur Betreuung von Brustkrebsbetroffenen
	11.06.2021	Bulle	11ème Journée Romande de Soins en Oncologie Suisse Cancers et Tabous, osons en parler !
	17.06.2021	Zürich	Supportive Care 4 – Krebsassoziierte Fatigue und kognitive Dysfunktion / Lymphödem / Narben und maligne Wunden
	17. – 18.06.2021	Zürich	Zielgerichtete Therapien/Immunonkologie (2 Tage) – Target Lernprogramm
	24.06.2021	Zürich	Kolorektale Tumoren und Magenkarzinom – Prävention, Therapie, Nachsorge
08	19.08.2021	Olten	Supportive Care 5 – Verändertes Aussehen
	26.08.2021	Zürich	Patienten-Empowerment Tools zur Stärkung der Selbstwirksamkeit von Betroffenen
09	15.09.2021	Bern	23. Schweizer Onkologiepflege Kongress Integrierte Onkologie – Und wie integriert sich die Pflege?
	22. – 23.09.+ 27.10.2021	Olten	Einführungskurs in die Onkologie (3 Tage) Einstieg in die Onkologiepflege
	23.09.2021	Zürich	Hämatologische Tumoren II Akute und chronische Leukämien, Pflegeschwerpunkt Adhärenz
	29.09.2021	Olten	Übergang von Kuration zu Palliation und Sterbeprozess Was ist wichtig für Betroffene, Bezugspersonen und das Betreuungsteam?
10	28.10.2021	Olten	Hirnmetastasen und primäre Hirntumoren Wenn das komplexeste Organ betroffen ist
	28.10.2021	Zürich	Supportive Care 6 – Komplementäre Behandlungsmethoden
11	04.11.2021	Olten	Angst, Depressionen und suizidale Tendenzen bei Krebsbetroffenen/ Ethische Aspekte in der Onkologiepflege
	04.11.2021	Zürich	Supportive Care 1 – Gastrointestinale Symptome in der Onkologie
	05.11.2021	Bulle	11ème Journée Romande de Soins en Oncologie Suisse Cancers et Tabous, osons en parler !
	11.11.2021	Zürich	Alte Menschen mit Krebs Wie erhalten sie die passende Behandlung und nötige Unterstützung?
	11.11.2021	Zürich	Krebs beim Mann Tumore unter der «Gürtellinie» und Schwerpunkte in der «Männerbetreuung»
	15.11.2021	Zürich	Fachtagung Pädiatrische Onkologiepflege – Update Leukämie
	17.11.2021	Zürich	Onkologie und Ernährung – Aktuelle Trends und Fakten unter der Lupe
	18.11.2021	Zürich	Lungentumoren – Häufigste Todesursache immer noch zu spät erkannt
	19.11.2021	Zürich	Basiskurs Pflege bei Radiotherapie Für Pflegefachpersonen, FAGE, MPA und MTRA
	24. – 25.11.2021	Bern	Zielgerichtete Therapien/Immunonkologie (2 Tage) – Target Lernprogramm
	12	01. – 02.12.2021	Zürich
09.12.2021		Olten	Einführung für FAGE und MPA in die Onkologie – Pflegerrelevantes Wissen

Terminänderungen vorbehalten.

European Thoracic Oncology Platform (ETOP)

Heidi Roschitzki-Voser, ETOP Coordinating Office, Bern

ETOP is about to launch a new clinical trial

ETOP 17-20 STEREO

EGFR-targeted therapies have fundamentally changed the treatment of patients with metastatic NSCLC. Several randomised phase III studies that compared first- or second-generation EGFR TKIs with standard platinum-based chemotherapy, all reported significantly improved objective response rates and progression-free survival outcomes. For patients with a T790M resistance mutation, osimertinib has proven to be superior in terms of objective response rates and progression-free survival outcomes, compared to standard chemotherapy.

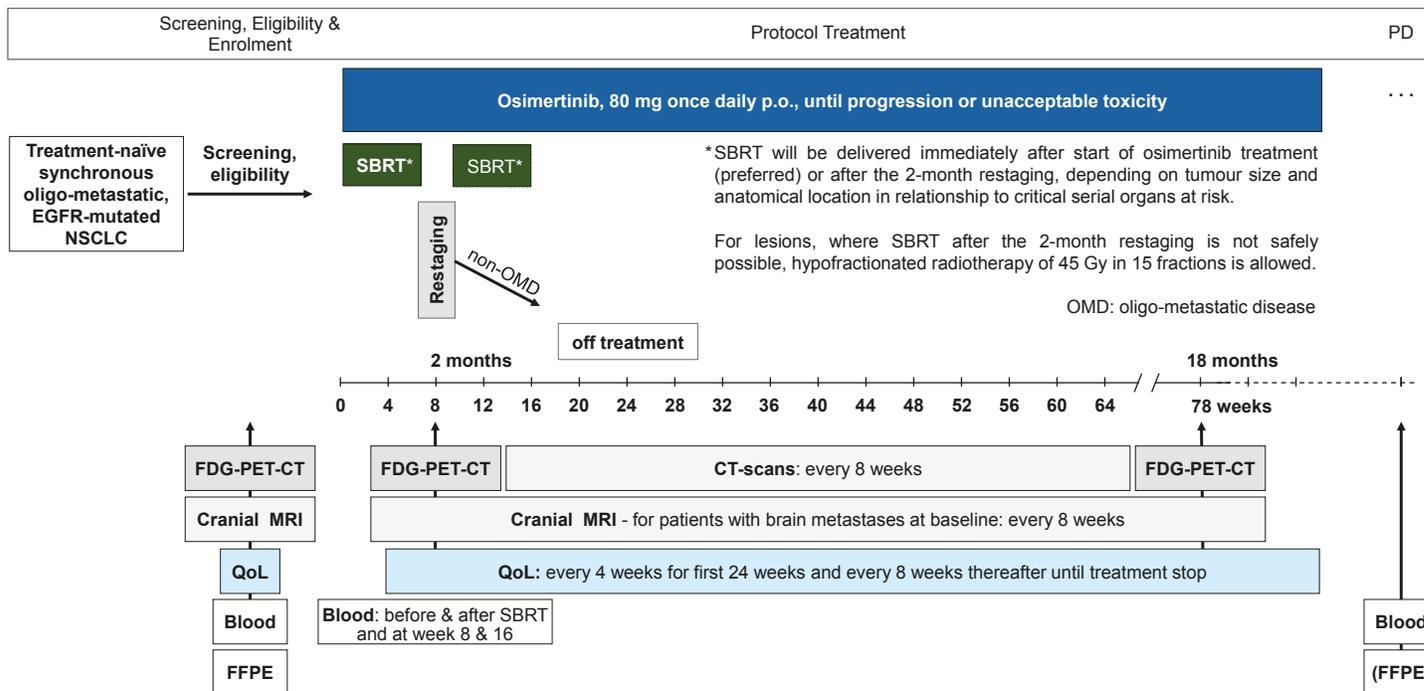
The value of a combined modality systemic therapy with locally ablative therapy for oligometastatic NSCLC, has been evaluated in several trials. These studies all reported significant survival benefits.

ETOP 17-20 STEREO is a single arm, multicentre phase II trial, assessing the safety and efficacy of osimertinib and locally ablative radiotherapy, in patients with EGFR-mutant NSCLC and synchronous oligometastatic disease. The primary endpoints are proportion of patients with grade ≥ 2 pneumonitis by 18 months and, hierarchically tested, progression-free survival.

The protocol treatment consists of osimertinib, 80 mg once daily p.o., until progression or unacceptable toxicity and locally ablative radiotherapy (SBRT) to the primary tumour and to all metastatic sites.

The trial will enrol 60 patients over a period of two years. Centres in Switzerland, Italy, the Netherlands, Spain, Sweden, Singapore and South Korea will participate in the STEREO trial. The trial protocol is currently under finalisation and will be released in the coming weeks.

Fig.1. Trial scheme ETOP 17-20 STEREO.



Correspondence:

Solange Peters, MD PhD, ETOP Scientific Coordinator, solange.peters@chuv.ch, www.etop-eu.org

IBCSG: News from SOFT and TEXT

Heidi Roschitzki-Voser, IBCSG Coordinating Center, Bern

Absolute improvements in freedom from distant recurrence to tailor adjuvant endocrine therapies for pre-menopausal women published in the *Journal of Clinical Oncology*.

The SOFT and TEXT trials involve 5,738 women who were pre-menopausal at the initiation of adjuvant endocrine therapy for hormone receptor-positive early breast cancer. To help with tailoring the SOFT/TEXT results «on average» for individual women, the trials recently reported on the absolute improvement in freedom from distant recurrence at eight years since randomisation, according to a composite measure of recurrence risk. Women with low-recurrence risk have minimal potential benefit in escalating endocrine therapy, while women with high-recurrence risk may experience a 10-15% absolute improvement in 8-year freedom from distant recurrence with exemestane+OFS versus tamoxifen+OFS or tamoxifen alone. The manuscript is freely available in the *Journal of Clinical Oncology* (<https://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JCO.18.01967>).

Composite Risk web application

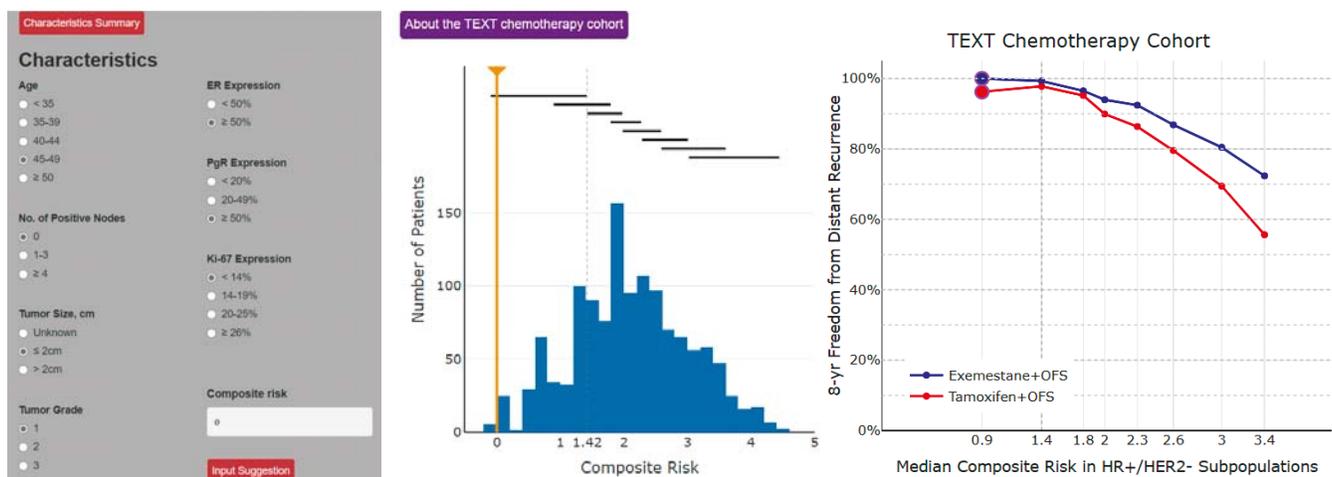
To accompany the analyses published in the *Journal of Clinical Oncology*, IBCSG made a web application that allows the user to enter an individual set of clinical-patho-

logic characteristics, then calculates the composite risk value and shows how similar patients in SOFT and TEXT have performed: <https://rconnect.dfci.harvard.edu/CompositeRiskSTEPP/>.

The web application was supported by grants from the Breast Cancer Research Foundation and Friends of Dana-Farber Cancer Institute.

Analysis plans and continuation of follow-up for five more years

In the course of 2021, the SOFT and TEXT trials will report a second update of results, after median follow-up of approximately 12 to 13 years, with all participants being followed for at least 10 years since their enrolment in the study. As of December 2020, approximately 4,500 women continue in follow-up. The protocols and informed consent specified «life-long follow-up» and IBCSG plans to continue with the follow-up of these women for five more years (from 2021 until end 2025). The median will then be approximately 18 years since the start of their adjuvant endocrine therapy. At the time of the final analyses, these patients will have been followed, on average, into their mid-sixties.



Correspondence:

Heidi Roschitzki-Voser, PhD, IBCSG Coordinating Center, Effingerstrasse 40, CH-3008 Bern
heidi.roschitzki@ibcsg.org, www.ibcsg.org

IELSG42 clinical trial: The MATRix RICE regimen dramatically improved survival for patients with CNS involvement by lymphoma

Kate Cwynarski, Andrés J.M. Ferreri and Emanuele Zucca

Thus far, the IELSG42 study is the largest prospective clinical trial conducted looking at the best way to treat diffuse large B-cell lymphoma that has progressed to the brain or spine. It found that an intensive combination of chemotherapy and immunotherapy can dramatically improve survival for some patients that typically have a very poor outlook, according to results published in *Lancet Haematology* on January 26, 2021 [1].

The results from the international IELSG42-MARIETTA study (sponsored by the International Extranodal Lymphoma Study Group - IELSG) could help contribute to a change in international guidelines on how to treat people with secondary central nervous system lymphoma (SCNSL).

SCNSL is a rare but potentially lethal condition. Treatment hasn't been well defined but 3 small trials (enrolling from 30 to 38 patients) [2-4] have suggested high dose chemotherapy and consolidation haematopoietic stem cell transplant may be effective.

Because SCNSL is so rare, there are not enough patients in a single European country for a clinical trial, so it's been difficult to develop and test treatments. In fact, for the MARIETTA study, researchers cast their net over a wide area and involved institutes from Italy, Switzerland, the Netherlands and the United Kingdom.

Led by Professor Andrés Ferreri in Milan, Italy and Doctor Kate Cwynarski in London, UK (managed by the Cancer Research UK Southampton Clinical Trials Unit in the UK and with the collaboration of SAKK in Switzerland), the trial recruited 79 patients (75 assessable, 3 screening failure and 1 death) across 24 centers, making it the largest trial thus far to look at this type of lymphoma. Investigators believe that the number of patients as well as the many different areas they are from will make their results more representative and likely to be applicable to many patients with SCNSL.

Patients on the trial received a combination of chemotherapy and immunotherapy drugs in treatment regimens known as MATRix (rituximab 375 mg/m², intravenous infusion, day 0; methotrexate 3.5 g/m², the first 0.5 g/m² in

15 min. followed by 3 g/m² in a 3 h intravenous infusion, day 1; cytarabine 2 g/m² every 12 h, in 1 h intravenous infusions, days 2 and 3; thiotepe 30 mg/m², 30 min. intravenous infusion, day 4) and RICE (rituximab 375 mg/m², day 1; etoposide 100 mg/m² per day in 500–1000 mL over a 60 min. intravenous infusion, days 1, 2, and 3; ifosfamide 5 g/m² in 1000 mL in a 24 h intravenous infusion with mesna support, day 2; carboplatin area under the curve of 5 in 500 mL in a 1 h intravenous infusion, day 2). Treatment included three courses of MATRix followed by three courses of RICE, before an autologous stem cell transplant (ASCT) with an induction regimen based on drugs that penetrates the blood–brain barrier, namely carmustine and thiotepe (carmustine 400 mg/m² in 500 mL glucose 5% solution in a 1–2 h infusion, day –6; thiotepe 5 mg/kg in saline solution in a 2 h infusion every 12 h, days –5 and –4). In case of carmustine unavailability, the recommended conditioning regimen included: thiotepe (5 mg/kg on day –6 and –5) and busulfan (3.2 mg/kg - on days –4, –3, and –2). Patients with residual disease in the brain parenchyma after ASCT received whole-brain radiotherapy; patients with residual disease in the cerebrospinal fluid after ASCT received additional, intensified intrathecal chemotherapy (methotrexate 12 mg plus cytarabine 50 mg plus hydrocortisone 50 mg on days 1 and 8 each month for 3 months).

Seventy-five patients were assessed: 32 (43%) patients were initially diagnosed when their lymphoma had already spread to their brain or spine and had not received treatment, and 43 (57%) had previously been treated for lymphoma and the disease had spread after recurrence.

The MATRix-RICE treatment prevented the cancer from worsening in 42 (58%) of the patients for at least one year after registering onto the trial allowing the IELSG42 trial to achieve its primary endpoint.

A total of 49 patients (65%) responded to treatment on scans and 37 of these went on to have ASCT; 100% of the patients who had the transplant had not seen their cancer worsen a year after registering onto the trial.

Whilst the MATRIX-RICE treatment was effective, those whose lymphoma had spread to the brain or spine at first diagnosis responded far better than those who had been treated for lymphoma already. In fact, 71% of the patients who hadn't been treated beforehand survived for at least two years without lymphoma progression, an outcome which has never been achieved before. Researchers say these results are extremely impressive because they are similar to those who have lymphoma that hasn't relapsed in the CNS [5].

When patients were followed up at an average of 29 months after starting the trial, 35 did not have any worsening of their cancer and were still alive, with a 2-year overall survival of 46% of patients, which increased to 83% for patients who could receive the transplant.

MATRIX-RICE treatment was well-tolerated. Main side-effects were neutropenia and thrombocytopenia, which were expected and usually manageable.

The IELSG42-MARIETTA study shows that this treatment program could significantly improve survival for patients with SCNSL, particularly those presenting with concomitant non-CNS and CNS localizations who did not have prior treatment. As the largest trial of its kind, it could help contribute to a consensus on how to treat these patients.

References

1. Ferreri AJM, et al. MATRix-RICE therapy and autologous haematopoietic stem-cell transplantation in diffuse large B-cell lymphoma with secondary CNS involvement (MARIETTA): an international, single-arm, phase 2 trial. *Lancet Haematol* 8: e110–121, 2021.
2. Korfel A, Elter T, Thiel E, et al. Phase II study of central nervous system (CNS)-directed chemotherapy including high-dose chemotherapy with autologous stem cell transplantation for CNS relapse of aggressive lymphomas. *Haematologica* 98: 364–370, 2013.
3. Ferreri AJ, Donadoni G, Cabras MG, et al. High doses of antimetabolites followed by high-dose sequential chemoimmunotherapy and autologous stem-cell transplantation in patients with systemic B-cell lymphoma and secondary CNS involvement: final results of a multicenter phase II trial. *J Clin Oncol* 33: 3903–3910, 2015.
4. Doorduijn JK, van Imhoff GW, van der Holt B, et al. Treatment of secondary central nervous system lymphoma with intrathecal rituximab, high-dose methotrexate, and R-DHAP followed by autologous stem cell transplantation: results of the HOVON 80 phase 2 study. *Hematol Oncol* 35: 497–503, 2017.
5. Vitolo U, Trneny M, Belada D, et al. Obinutuzumab or Rituximab Plus Cyclophosphamide, Doxorubicin, Vincristine, and Prednisone in Previously Untreated Diffuse Large B-Cell Lymphoma. *J Clin Oncol* 35: 3529–3537, 2017.

Correspondence:

Prof. Dr. med. Emanuele Zucca
International Extranodal Lymphoma Study Group (IELSG)
Foundation for the Institute of Oncology Research (IOR)
Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli
CH-6500 Bellinzona, ielsg@eoc.ch



Adhärenz bei oraler Tumortherapie
Eine gemeinsame Arbeitsgruppe der OPS und der SGMO



Adhärenz

ist auch bei Ihren Patientinnen und Patienten ein Thema!

Gezielte Information und fachgerechte Beratung fördern die korrekte und sichere Einnahme der Medikamente.

Auf unserer Webseite finden Sie fachliche Grundlagen zu Adhärenz und gut verständliche Medikamenten-Merkblätter für Patientinnen / Patienten zu oralen Tumortherapeutika.

www.oraletumortherapie.ch



FOND'ACTION contre le cancer

PROPOSAL OF RESEARCH GRANT

Motivated requests have to be presented at the latest by **September 15th, 2021**

- The support of preclinical and clinical research as well as research in the field of public health will be granted of a sum of 1 million Swiss francs.
- The request must describe the significance of the results in the fight against cancer and in the care of patients.
- The request must describe the research plan, and provide a CV, a list of publication and the detailed financial needs.
- The duration of the grant will not exceed 3 years.
- The request must be written in English.
- The conditions and rules are detailed on the website: www.fondaction.ch.
- The grant proposal will be assessed by the scientific commission with the help of external experts.
- The request should be printed on paper and sent to the address below:

Fond'Action contre le cancer, avenue de Rumine 55, 1005 Lausanne, info@fondaction.ch

Lymphozytäre Ösophago-Gastritis bei einer Patientin mit frühem triple-negativem Mammakarzinom als Nebenwirkung einer Kombinationstherapie mit Pembrolizumab und Strahlentherapie - ein Fallbericht

Anna Schollbach¹, Katharina Glatz², Claudia Keerl³, Alfred Zippelius⁴, Marcus Vetter^{1, 4}

¹ Medizinische Onkologie, KSBL Liestal

² Pathologie, Universitätsspital Basel

³ Gastroenterologie, Kantonsspital Baden

⁴ Medizinische Onkologie, Universitätsspital Basel

Einführung

Seit kurzem findet die Immuntherapie mit Checkpoint-inhibitoren auch in der neoadjuvanten Behandlung des frühen triple-negativen Mammakarzinoms (TNBC) Anwendung. Die Hinzugabe eines Checkpointinhibitors wie Pembrolizumab oder Atezolizumab in der neoadjuvanten Therapie führt zu einer höheren Rate von pathologisch kompletten Remissionen als eine neoadjuvante Chemotherapie allein [1, 2]. Das Follow-up der beiden Studien ist noch relativ kurz, so dass die Auswirkung der Therapie auf das Gesamtüberleben vorerst unklar bleibt.

In den Studien wurde die Immuntherapie in der adjuvanten Situation fortgesetzt, parallel mit der postoperativen Bestrahlung der Mamma. In unserem Fallbericht zeigen wir den klinischen Verlauf einer Patientin, welche in der adjuvanten Situation eine Strahlentherapie-assoziierte Ösophagitis kombiniert mit einer Immuntherapie-assoziierten Ösophagitis und Gastritis entwickelte. Der Einsatz der Immuntherapie bei frühem TNBC kann zu neuen therapie-assoziierten Nebenwirkungen bei den Patientinnen führen.

Fallbericht

Wir beschreiben den Fall einer 48-jährigen Frau mit der Diagnose eines TNBC im Stadium III. Das klinische TNM-Stadium bei Diagnosestellung war cT2 cN1 cM0. Die Immunhistochemie zeigte einen Ki-67 von 80% und ein PD-L1 von 5% (SP142/Immuninfiltrat), im Tumorgewebe zeigte sich BRCA-1 und BRCA-2 negativ (GenPanel negativ). Nach Diagnosestellung erfolgte eine neoadjuvante Chemotherapie mit Epirubicin und Cyclophosphamid alle 2 Wochen gefolgt von Carboplatin und Paclitaxel wöchentlich. Gleichzeitig zur neoadjuvanten Chemotherapie erhielt die Patientin insgesamt 8 Zyklen Pembrolizumab 200 mg alle 3 Wochen analog der KEYNOTE-522-Studie [1].

Im Anschluss an die neoadjuvante Therapie zeigte sich in der Computertomographie eine immun-related Pneumonitis Grad I. Es erfolgte eine Steroidtherapie mit einer

Startdosis von Prednison von 2 mg/kg Körpergewicht entsprechend 140 mg/Tag. Als Begleitmedikation wurde prophylaktisch Bactrim forte 3x/Woche und Pantozol 20 mg/Tag angesetzt. Auch wenn die Patientin jederzeit beschwerdefrei war, wurden auch in Anbetracht der anstehenden Tumorsektion in Intubationsnarkose Steroide eingesetzt. Das Prednison konnte über 2 Wochen rasch ausgeschlichen werden, sodass die Tumorsektion nicht verzögert wurde. In der Verlaufsbildgebung konnten die Milchglasinfiltrate nicht mehr nachgewiesen werden. Es erfolgte die onkoplastische Tumorektomie links, eine Axilladissektion in Level 2-3, sowie die Resektion vom Sentinel-Lymphknoten in Level 2 links.

Mit der neoadjuvanten Therapie konnte bei unserer Patientin keine komplette pathologische Remission erreicht werden. Die TNM-Klassifikation des Operationspräparats lautete: ypT1c ypN1a (3/31) ypMx.

Zirka 6 Wochen nach der Operation wurde entsprechend der CREATE-X-Studie daraufhin eine adjuvante Chemotherapie mit Capecitabin begonnen [3]. Die Dosierung betrug 1250 mg/m² zweimal täglich an Tag 1 bis 14 in einem dreiwöchentlichen Zyklus. Gleichzeitig startete die adjuvante Radiotherapie der linken Mamma sowie der ipsilateralen paraklavikulären und parasternalen Lymphabflusswege. Diese erfolgte im Rahmen der TAXIS-Studie (Arm A) mit 50.4 Gy (5x 1.8 Gy pro Woche) mit Boost auf das Tumorbett links oben aussen mit zusätzlichen 8x 2 Gy, um dort eine Gesamtdosis von 66.4 Gy zu erzielen.

Einen Monat nach Abschluss der adjuvanten Radiotherapie wurde die Therapie mit Pembrolizumab 200 mg alle 3 Wochen wieder aufgenommen. Gleichzeitig nahm die Patientin weiterhin Capecitabin ein. Der genaue zeitliche Ablauf der Therapie ist in **Tabelle 1** zusammengefasst.

Nach der zweiten adjuvanten Gabe von Pembrolizumab stellte sich die Patientin mit massiven Schluckbeschwerden vor. Die Nahrungsaufnahme war stark eingeschränkt,

06.11.-19.12.19	Neoadjuvante Chemotherapie mit Epirubicin/Cyclophosphamid q2w
02.01.-10.03.20	Carboplatin AUC 1,5/Paclitaxel 80mg/m ² q1w, Pembrolizumab 200 mg q3w
06.04.20	irPneumonitis Grad I°, Behandlung mit Steroiden über 2 Wochen
30.04.20	Tumorektomie, ypT1c ypN1a (3/31) ypMX
07.06.20	Start adjuvante Chemotherapie mit Capecitabin
08.06.-27.07.20	Adjuvante Radiotherapie der linken Brust sowie der ipsilateralen paraklavikulären und parasternalen Lymphabflusswege (Gesamtdosis 66.4 Gy)
28.08.20	Wiederbeginn Pembrolizumab 200 mg q3w
02.10.20	Diagnose einer Immuntherapie- und Strahlentherapie assoziierten Ösophagitis und irGastritis Grad II°

Tab. 1. Zusammenfassung der Therapie und zeitlicher Ablauf.

was einer Nebenwirkung Grad 2 entspricht. Wir führten daraufhin eine Ösophago-Gastro-Duodenoskopie durch, welche den makroskopischen Befund einer Pangastritis zeigte (Abb. 1). Histologisch konnte eine erosive Strahlenösophagitis in Kombination mit einer immunvermittelten lymphozytären Ösophagitis und einer immunvermittelten lymphatischen Gastritis nachgewiesen werden (Abb. 2 und 3). Es zeigte sich weiterhin ein ausgeprägtes CD8+ T-Zell-Infiltrat mit Apoptose-Figuren. Nach Einleitung einer Therapie mit Prednison 2 mg/kg Körpergewicht entsprechend 140 mg/Tag als Startdosis waren die Symptome rasch rückläufig und die Nahrungsaufnahme wieder normal möglich. Die Steroide konnten ausgeschlichen werden und klinisch zeigte die Patientin auch nach Absetzen von Prednison kein Rezidiv.

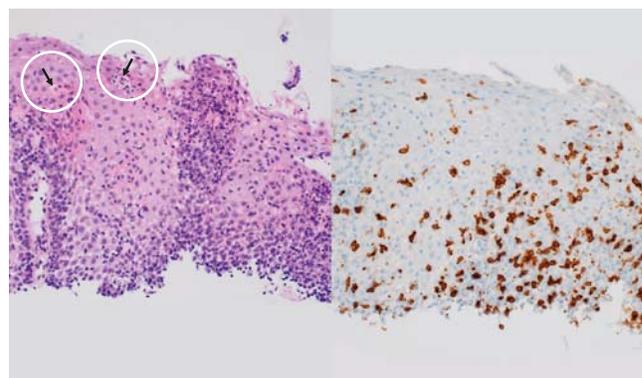


Abb. 2. Links HE, 200x, rechts CD8, 200x
Ödematöse Ösophagusschleimhaut mit dichten gemischten intraepithelialen Entzündungsinfiltraten mit Beteiligung zahlreicher CD8-positiver T-Lymphozyten. Dyskeratosen in engem Kontakt zu Lymphozyten (Pfeile).

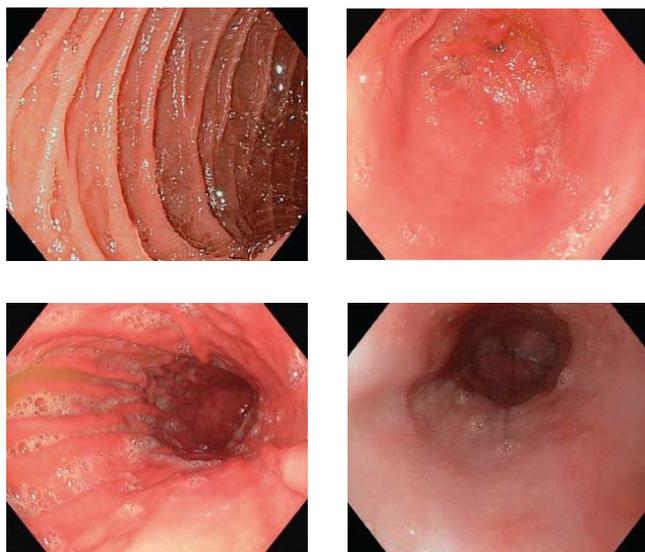


Abb. 1. Diskrete Rötung im Ösophagus (rechts unten) und Pangastritis (links unten und rechts oben).

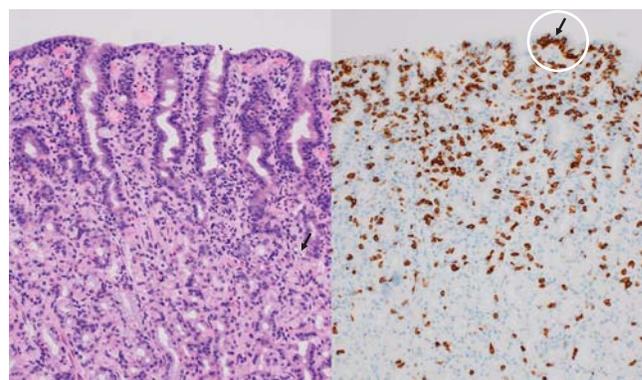


Abb. 3. Links HE, 200x, rechts CD8, 200x
Korpusschleimhaut mit chronischer, mäßig aktiver Gastritis und Nachweis einer erhöhten Anzahl von CD8-positiven zytotoxischen T-Lymphozyten im Oberflächenepithel. Regenerative Epithelveränderungen und Nachweis von Apoptosefiguren (Pfeil) im Bereich des Drüsenepithels.

Diskussion

Die zunehmenden therapeutischen Optionen in der Behandlung des frühen TNBC kann zu therapieassoziierten Nebenwirkungen führen, die durch die Kombination der Therapien gehäuft und verstärkt auftreten können. Insbesondere den optimalen zeitlichen Ablauf der Therapien festzulegen, stellt die behandelnden Ärzte vor neue Herausforderungen.

In der KEYNOTE-522-Studie wurden Patientinnen mit der Neudiagnose eines lokalisierten TNBC eingeschlossen [1]. Patientinnen mit Fernmetastasen oder Autoimmunerkrankungen waren ausgeschlossen. Voraussetzung war unter anderem ein ECOG 0-1 und eine normale Organfunktion. Die Patientin, von der wir in unserem Fall berichten, wurde analog der KEYNOTE-522 Studie mit Chemotherapie und Pembrolizumab behandelt. Die neoadjuvante Chemotherapie erfolgte mit Carboplatin und Paclitaxel gefolgt von Doxorubicin oder Epirubicin und Cyclophosphamid. Unsere Patientin erhielt also die gleiche neoadjuvante Chemotherapie, wenn auch in umgekehrter Reihenfolge, was unserem hausinternen Standard entspricht.

In der KEYNOTE-522-Studie erhielten die Patientinnen die indizierte Strahlentherapie und einmal alle 3 Wochen Pembrolizumab oder Placebo [1]. Übelkeit und Erbrechen wurden als unerwünschte Ereignisse berichtet. Sie traten in allen Graden zu 62,7% beziehungsweise 25,5% in der Pembrolizumab-Chemotherapie-Gruppe auf. Dies ist jedoch grösstenteils auf die Chemotherapie zurückzuführen, da in der Chemotherapie-Kontrollgruppe Übelkeit und Erbrechen in 63,2% beziehungsweise 21,9% der Fälle auftrat. Der einzige Unterschied zu unserem Fall besteht darin, dass die adjuvante Chemotherapie mit Capecitabin im Studienprotokoll nicht zugelassen war. Es erscheint aber unwahrscheinlich, dass hier der entscheidende Unterschied besteht, da in der CREATE-X-Studie Übelkeit und Erbrechen nur selten als Nebenwirkung dokumentiert wurde, insbesondere selten als Grad 2 (Übelkeit und Erbrechen jeweils 1,3%). Letztendlich ist eine überlappende Toxizität (Radiotherapie, Capecitabine und Pembrolizumab) nicht auszuschliessen. Der klinische Ver-

lauf und die starke intramukosale Infiltration von CD8+ T-Zellen teils assoziiert mit Apoptosefiguren spricht jedoch für eine Checkpoint-Inhibitor-Toxizität. Wobei eine zusätzliche «Triggerung» durch die Radiotherapie nicht ausgeschlossen werden kann. Aufgrund des aggressiven Subtyps des Mammakarzinoms wurde die Radiotherapie jedoch parallel zur Systemtherapie appliziert.

Zusammenfassung

Ärztinnen und Ärzte, die Patienten mit Checkpoint-Inhibitoren behandeln, müssen sich über immunvermittelte Nebenwirkungen im Klaren sein. An unserer Institution haben wir ein interdisziplinäres Immuntherapie-Board eingerichtet, um behandlungsbedingte Nebenwirkungen und deren Behandlung zu diskutieren. Die optimale Abfolge von Strahlentherapie, Chemotherapie und Immuntherapie muss unter dem Gesichtspunkt der Toxizität noch bestimmt werden.

Quellen

1. Schmid P, Cortes J, Pusztai L, et al; KEYNOTE-522 Investigators. Pembrolizumab for Early Triple-Negative Breast Cancer. *N Engl J Med* 382: 810-821, 2020. doi: 10.1056/NEJMoa1910549. PMID: 32101663.
2. Mittendorf EA, Zhang H, Barrios CH, et al. Neoadjuvant atezolizumab in combination with sequential nab-paclitaxel and anthracycline-based chemotherapy versus placebo and chemotherapy in patients with early-stage triple-negative breast cancer (IMpassion031): a randomised, double-blind, phase 3 trial. *Lancet* 396: 1090-1100, 2020. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31953-X. Epub 2020 Sep 20. PMID: 32966830.
3. Masuda N, Lee SJ, Ohtani S, et al. Adjuvant Capecitabine for Breast Cancer after Preoperative Chemotherapy. *N Engl J Med* 376: 2147-2159, 2017. doi: 10.1056/NEJMoa1612645. PMID: 28564564.

Correspondance:

Dr. med. Anna Schollbach
Medizinische Onkologie, KSBL Liestal
Mühlemattstrasse 13, CH-4410 Liestal
anna.schollbach@ksbl.ch

Multimetastatic angiosarcoma of an arteriovenous fistula: a case report with a severe immune-related bleeding and an impressive response to nivolumab

Aurélie Vuilleumier¹, Kristof Egervari², Eugenio Fernandez¹

¹ Service of Medical Oncology, Department of Oncology, Geneva University Hospitals, Geneva, Switzerland; Swiss Cancer Center Léman (SCCL), Switzerland

² Service of Clinical Pathology, Department of Diagnostic, Geneva University Hospitals, Geneva, Switzerland

Introduction

Angiosarcoma is a rare, heterogeneous disease, that can be diagnosed in any organ, especially after mechanical or chemical stress: radiation-induced breast angiosarcoma is a common example [1, 2]. If this tumor develops in the endothelium of an arteriovenous fistula, the clinical presentation includes pain, swelling, thrombosis or bleeding/bruising. This very particular nosological entity has been described 31 times in the medical literature between 1992 and 2020, with always a poor prognosis due to the high rate of metastatic evolution and low chemosensitivity. Here we present the clinical features, at presentation and under immunotherapy, of a new case of angiosarcoma arising from an arteriovenous fistula, highlighting a challenging but successful therapeutic strategy.

Case presentation

A 45 year-old man, known for a functioning renal transplant due to chronic renal failure since the age of 13, presented with right hemihypoesthesia. A brain CT showed a left parietal hemorrhagic mass without any lesion on a chest and abdominal scan. Complete resection was done, with a full neurological recovery. The histopathological examination revealed a hemorrhagic vascular tumor, compatible with an angiosarcoma (Fig. 1).

Since the patient had been treated one year earlier for a thrombosis of his right ulnar artery in the context of a ligated aneurysmal radiocephalic arteriovenous fistula, a PET-CT was performed to get a detailed analysis of his arm. This exam showed a hypermetabolic activity of the arteriovenous fistula and multiple lesions in bone, muscle and skin of his right superior limb. A biopsy of a pre-scapular muscle lump confirmed an angiosarcoma metastasis. The patient received a post-operative brain stereotactic radiotherapy and a weekly paclitaxel chemotherapy was started a few weeks later.

After a partial response during 3 months, we observed a clinical progression as the patient experienced pain in his proximal right humerus, where his largest bony metastasis was located. This symptomatic lesion was treated shortly after by radiotherapy (30 Gy), nevertheless, a new CT scan showed progression in the muscles, bones and lungs, with the apparition of several bluish cutaneous nodules on the right arm; one of them was spontaneously bleeding in the axillary region (Fig. 2).

Because of limited benefit of systemic therapy beyond the first-line setting, we performed ancillary tumor analysis. A 400 genes next-generation sequencing and a copy

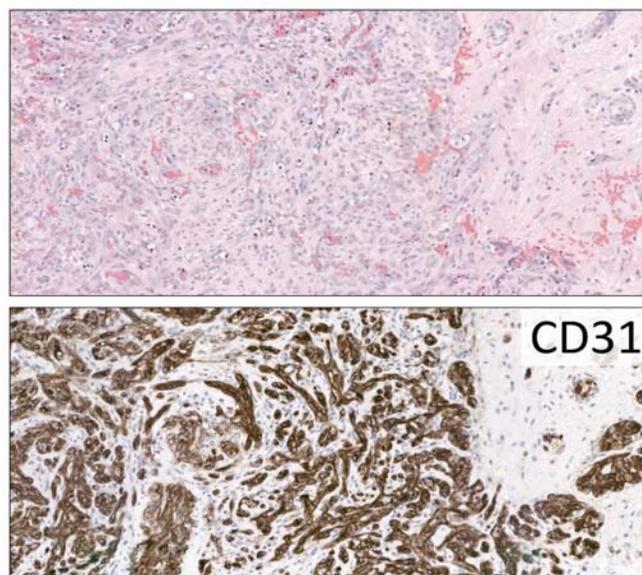


Fig. 1. Angiosarcoma infiltrating the brain. Note the blood-filled vascular structures formed by the tumor cells on hematoxylin-eosin images (upper panel) and highlighted by immunohistochemical staining with anti-CD31 (lower panel).



Fig. 2. Axillary bluish cutaneous nodules before nivolumab introduction.

Fig. 3. Pseudo-progression of the axillary lesions after two nivolumab injections.

Fig. 4. Response of the axillary lesions after the third nivolumab injection.

number analysis did not identify a targetable predictive molecular abnormality. Immunohistochemistry testing showed an expression of PD-L1 in 70% of tumor cells and a second-line treatment with an anti-PD1 inhibitor was thus brought up for discussion, despite the risk of kidney transplant rejection. Along with daily 10 mg prednisone, off-label nivolumab was finally introduced in January 2020, 240 mg every 14 days. After the first injection, the patient noticed a slight increase of the skin lesions, which completely flattened after the third treatment (Fig. 3, 4). A CT scan was performed after the 4th injection (March 2020) and confirmed a partial response. Kidney function remained stable and the checkpoint inhibitor was pursued.

Four months after nivolumab has been introduced (May 2020), the patient sought medical attention because of an acute pain in his right flank and a large hematoma, without any previous trauma (Fig. 5). A blood test showed severe anemia (Hb 80 g/l) and the CT scan was supporting the hypothesis of a deep muscular metastasis bleeding (Fig. 6). One week later, the patient was admitted in the emergency unit with extreme pain in the right pre-scapular region and a dropping hemoglobin to 54 g/l. An ultrasound revealed a 12 cm-large fluid collection in the right trapezius muscle, while a new CT scan did not identify an active bleeding. The huge tumefaction prevented the patient from laying down and moving his arm. The situation worsened daily, without any improvement of the anemia despite eight red blood cell transfusions given in two weeks.

Hemostatic radiotherapy was first discussed but was not considered safe and reasonable in the absence of a clear bleeding source, with a large irradiation field and a high risk of toxicity due to the recent radiotherapy on the axillary region. Because of the previous thrombosis in the ulnar artery and a high risk of ischemic complications in the right superior limb, no embolization was feasible.

Nivolumab was definitively discontinued and on the 15th day of his hospital stay, the patient started prednisone 1 mg/kg, as one would have done for an usual immune-related adverse event (irAEs). Seven days later, hemoglobin reached 90 g/l, whereas pain in the shoulder slowly decreased. Prednisone was then cautiously tapered over 9 weeks to the regular immunosuppressive dose of 10 mg/d and it took 2 months for the patient to be able to move his shoulder again. A new radiological evaluation four



Fig. 5. Right flank hematoma.

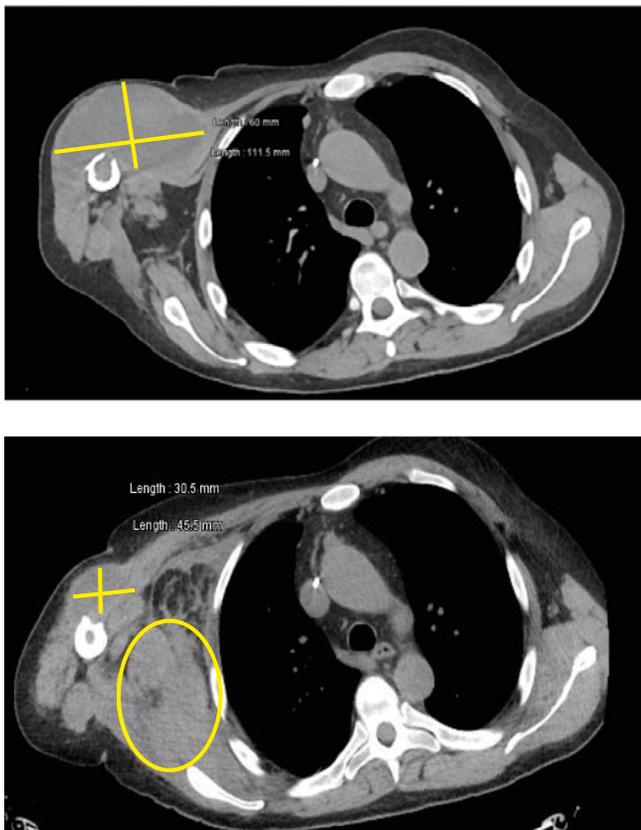


Fig. 6. CT-scan evaluations with 2 month-interval
50% decrease of the antebrachial lesion and appearance of a large hematoma all along the right flank (circled); the previous sub-scapular muscle metastasis (arrow) is not visible anymore, a rupture of it is thus suspected.

months after nivolumab cessation (September 2020) confirmed a significant resorption of the fluid collection and a tumor complete response.

Nine months from nivolumab discontinuation (February 2021), the patient was still in complete response without alteration of his renal transplant function.

Discussion

Transplanted patients are known to have an increased risk of malignancy due to their immunosuppression [3]. Medical surveillance is thus adapted, whereas the arteriovenous fistula is rarely a matter of attention. A first review about angiosarcomas developing in arteriovenous fistulas identified 20 reported cases between 1992 and 2015 [4] and a second one showed 11 additional cases, emphasizing how rare this condition is [5]. Most of those 31 patients were men and were immunosuppressed, with different types of regimens (corticosteroids, azathioprine, ciclosporine, tacrolimus, mycophenolate). The review from Oskrochi et al. found a mean overall survival of 8.8 +/- 3.7 months.

Pathogenic hypothesis includes mechanical stress, related to chronic lymphatic flow impairment, but the impact of the systemic immunosuppression remains totally unknown.

For early-stages angiosarcomas, radical surgery is the preferred option. If this is not feasible or if the disease is too extensive, paclitaxel chemotherapy is the most common choice, with an overall response rate from 20 to 60% but a limited duration of response [6, 7]. Because of the aggressiveness of this condition, a second-line treatment is rarely possible; palliative regimens with doxorubicine, sorafenib, sunitinib and bevacizumab have been investigated but with poor success [8]. Although checkpoint inhibitors yield limited efficacy in unselected soft tissue sarcomas, some histological subtypes seem to derive significant benefit [9, 10]. Sindhu et al. described in 2017 a patient with a metastatic angiosarcoma of the face and a sustained response with pembrolizumab [11]. The same treatment has been used successfully for a young patient with xeroderma pigmentosum and a metastatic cutaneous angiosarcoma with a POLE mutation and high PD-L1 expression [12]. Florou et al. published a case-series with seven angiosarcoma patients treated with immune checkpoint inhibitors, mostly in cutaneous locations [13]; four patients presented a long-lasting response and this was the first description of an anti-CTLA4-induced complete response.

Checkpoint inhibitors immune-related adverse events (irAEs) are diverse, potentially affecting any organ. Frequent irAEs include pneumonitis, colitis, thyroiditis and hepatitis. Histologically, irAEs are characterized by lymphocyte T infiltration in a normal organ leading to its inflammation and, in severe cases, to its dysfunction [14]. According to the toxicity severity, corticosteroids are used irrespective of the irAEs with a quick and durable effect, but requiring a cautious tapering over several weeks [15]. In our particular case, the bleeding is not strictly considered an irAE since we suppose the bleeding to have been caused by an immune reaction directed against the tumor and not against a normal tissue. As highlighted by the histopathological image, an angiosarcoma can be imagined as a sponge-like tumor that is constituted by a dense, anastomosing and partly formed vascular network; therefore a potential for hemorrhagic consequences is easily conceivable. However, the severity of hemorrhagic issues linked to the antitumoral immune response in this clinical situation was unexpected.

In addition to illustrating a 32nd clinical case of angiosarcoma arising from an arteriovenous fistula, this publication stands out through different aspects. Firstly, one will underline the impressive complete response that was

obtained in less than six months, for an aggressive multimetastatic disease, which should have been fatal. The choice of nivolumab was made due to the scarce cases previously reported and the high PD-L1 expression. On a series of 24 samples, Botti et al. observed a PD-L1 staining in $\geq 5\%$ of tumor cells in about 66% of angiosarcoma [16]. Nevertheless, the predictive value of PD-L1 expression in angiosarcoma is unknown. To our knowledge, it is the only case-report demonstrating efficacy of immunotherapy in the setting of an angiosarcoma of an arteriovenous fistula. Secondly, regarding the massive and life-threatening bleeding, the main issue was to find the best therapeutic approach, allowing to stop blood transfusions, without risking another complication. At least, thanks to a reflection about the theoretical mechanism inducing metastasis rupture through immune activation, corticosteroids have been used and allowed the patient to recover and quickly leave the hospital.

Conclusion

This interesting clinical case not only shows that an anti-PD1 can improve the clinical course of a transplanted patient with an angiosarcoma arising from his arteriovenous fistula, despite the risk of graft rejection, but it also illustrates a serious complication secondary to the immune anti-tumoral effect, such as the bleeding of a ruptured metastasis, and the obvious benefit of an empiric management with corticosteroids. In case of relapse, there wouldn't be any absolute contraindication to re-challenge nivolumab, but a close surveillance would be mandatory, in order to prevent the impact of a further hemorrhagic reaction.

References

- Chan JY, et al. Multiomic analysis and immunoprofiling reveal distinct subtypes of human angiosarcoma. *J Clin Invest* 130: 5833-5846, 2020.
- Gaballah AH, et al. Angiosarcoma: clinical and imaging features from head to toe. *Br J Radiol* 90: 20170039, 2017.
- Krisl JC, et al. Chemotherapy and Transplantation: The Role of Immunosuppression in Malignancy and a Review of Antineoplastic Agents in Solid Organ Transplant Recipients. *Am J Transplant* 17: 1974-1991, 2017.
- Oskrochi Y, et al. Angiosarcoma and Dialysis-related Arteriovenous Fistulae: A Comprehensive Review. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 51: 127-133, 2016.
- Van Acker P, et al. Angiosarcoma in an arteriovenous fistula after kidney transplantation: Case report and review of treatment options. *Hemodial Int* 24: 431-438 2020.
- Penel N, et al. Phase II Trial of Weekly Paclitaxel for Unresectable Angiosarcoma: The ANGIOTAX Study. *J Clin Oncol* 26: 5269-5274, 2008.
- Ray-Coquard IL, et al. Paclitaxel Given Once Per Week With or Without Bevacizumab in Patients With Advanced Angiosarcoma: A Randomized Phase II Trial. *J Clin Oncol* 33: 2797-2802, 2015.
- Hoang NT. A review of soft-tissue sarcomas: translation of biological advances into treatment measures. *Cancer Manag Res* 10: 1089-1114, 2018.
- D'Angelo SP, et al. Nivolumab with or without ipilimumab treatment for metastatic sarcoma (Alliance A091401): two open-label, non-comparative, randomised, phase 2 trials. *Lancet Oncol* 19: 416-426, 2018.
- Tawbi HA, et al. Pembrolizumab in advanced soft-tissue sarcoma and bone sarcoma (SARC028): a multicentre, two-cohort, single-arm, open-label, phase 2 trial. *Lancet Oncol* 18: 1493-1501, 2017.
- Sindhu S, et al. Angiosarcoma treated successfully with anti-PD-1 therapy - a case report. *J Immunother Cancer* 5: 58, 2017.
- Momen S, et al. Dramatic response of metastatic cutaneous angiosarcoma to an immune checkpoint inhibitor in a patient with xeroderma pigmentosum: whole-genome sequencing aids treatment decision in end-stage disease. *Cold Spring Mol Case Stud* 5: a004408, 2019.
- Florou V, et al. Angiosarcoma patients treated with immune checkpoint inhibitors: a case series of seven patients from a single institution. *J Immunother Cancer* 7: 213, 2019.
- Johnson DB, et al. Fulminant Myocarditis with Combination Immune Checkpoint Blockade. *N Engl J Med* 375: 1749-1755, 2016.
- Thompson JA, et al. Management of Immunotherapy-Related Toxicities, Version 1.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw* 17: 255-289, 2019.
- Botti G, et al. Programmed Death Ligand 1 (PD-L1) Expression in Primary Angiosarcoma. *J Cancer* 8: 3166-3172, 2017.

Correspondence:

Dr. med. Aurélie Vuilleumier
 Cheffe de clinique
 Service d'Oncologie
 Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)
 Rue Gabrielle Perret-Gentil 4
 CH-1211 Genève 14
 aurelie.vuilleumier@hcuge.ch

Exzellentes Tumoransprechen nach sequentieller Kombinations-Immuncheckpoint-Inhibition und Regorafenib bei einem Patienten mit fortgeschrittenem hepatozellulären Karzinom

C. J. Ackermann¹, U. Güller^{1,2}, M. Joerger³

¹ Onkologie- und Hämatologiezentrum, Spital Thun

² Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin, Inselspital Bern

³ Klinik für Medizinische Onkologie und Hämatologie, Kantonsspital St. Gallen

Hintergrund: Das hepatozelluläre Karzinom (HCC) ist die häufigste lebereigene Malignität und die dritthäufigste Krebstodesursache weltweit. Neben Multi-Tyrosinkinaseinhibitoren zeigen Immuntherapien mit PD-(L)1-Inhibitoren wie auch Antiangiogenetika klinische Aktivität in der Behandlung des HCC.

Observation: Im folgenden Fall berichten wir über einen Patienten mit fortgeschrittenem Sorafenib-refraktärem HCC und Krankheitsprogression auf eine Zweitlinien Phase-1 Studientherapie mit Nivolumab (anti-PD-1) in Kombination mit dem monoklonalen Immunantikörper anti-GITR und konsekutivem, sehr gutem Krankheitsansprechen auf eine Drittlinientherapie mit dem Multi-Kinasen-Inhibitor Regorafenib. Dieses exzellente Ansprechen ist wahrscheinlich nicht durch die alleinige Wirkung von Regorafenib oder einem verzögerten Ansprechen der vorangegangenen Immunkombinationstherapie zu erklären.

Konklusion: Die Erkenntnisse dieses speziellen Falles unterstützen die weitere Exploration einer Kombinationstherapie mit Regorafenib plus PD-(L)1-Inhibitoren bei Patienten mit fortgeschrittenen HCC.

Einleitung

Das hepatozelluläre Karzinom (HCC) ist die häufigste lebereigene Malignität und die fünft-häufigste Krebstodesursache weltweit. Global werden jährlich mehr als 850'000 Lebermalignome diagnostiziert, wovon etwa 90% HCC ausmachen [1]. Hauptrisikofaktor für die Entwicklung eines HCC ist eine chronische Hepatitis C (HCV), oder B (HBV) [2]. In Japan, Europa und Nordamerika steigt die HCC-Inzidenz im Rahmen steigender HCV-Infektionen und nicht-alkoholischer Fettlebererkrankungen rapide an. In Afrika und im Mittleren Osten steigt die HCC-Inzidenz im Rahmen steigender HBV-Infektionen [3, 4]. Das HCC wird in der Regel in einem fortgeschrittenen Stadium diagnostiziert. Bis vor kurzem war Sorafenib die Standardbehandlung des fortgeschrittenen HCC in der ersten Linie. Neue Daten zeigen eine ver-

besserte klinische Wirksamkeit der Kombinationstherapie mit Atezolizumab (anti-PD-L1) plus Bevacizumab mit verlängertem Gesamtüberleben (19.2 Monate vs. 13.4 Monate, Hazard Ratio (HR): 0.66, $P < 0.001$) im Gegensatz zu Sorafenib, so dass diese Kombination den neuen Erstlinienstandard beim fortgeschrittenen HCC verkörpert [5]. Der Multi-Kinaseinhibitor Regorafenib zeigte in der zweiten Linie nach Sorafenib einen statistisch signifikanten Überlebensvorteil im Vergleich zu Placebo (10.6 Monate vs. 7.8 Monate, HR 0.62, $P < 0.001$) [6].

Die zur Entstehung eines HCC zu Grunde liegende chronische Entzündung, die viral assoziierte Infektion und die Leberzirrhose legen einen Zusammenhang zwischen immunologischen Prozessen und der Krebsentstehung nahe [7]. Das HCC kann als ein immunogener Tumor betrachtet werden, welcher in einem immunsuppressiven Milieu entsteht. Zur Verhinderung exzessiver immunogener Reaktionen auf Toxine des enterischen Kreislaufs birgt die Leber ein grundlegend immunsuppressives Milieu und fördert die systemische Toleranz auf fremde Antigene [7-9]. Die chronische Entzündung als auch die hepatische Immuntoleranz resultieren in der HCC-Karzinogenese und fördern das Fortschreiten der Krebserkrankung. Dieses biologische Rationale begründet den Einsatz immunaktivierender Therapien mit PD-(L)1-Checkpoint-Inhibitoren beim fortgeschrittenen HCC.

Im Folgenden schildern wir den Fall eines Patienten mit nicht-Virus-assoziiertem fortgeschrittenen HCC, der auf eine Drittlinientherapie mit Regorafenib nach einer Phase-1-Studien-Zweitlinientherapie mit Nivolumab (anti-PD-1) plus dem Immunantikörper anti-GITR ein exzellentes Tumoransprechen zeigte.

Fallbeschreibung

Bei einem 68-jährigen Mann wurde im November 2016 nach seit wenigen Wochen andauernden Bauchschmerzen ein multifokales HCC mit multiplen bilateralen pulmonalen Metastasen diagnostiziert. Der Haupttumorbefall

fand sich im rechten Leberlappen mit 11 x 9.7 cm mit mehreren Satellitenherden in Segment IVa, V und VII (Fig. 1 A/E). Histologisch zeigte sich ein moderat differenziertes HCC mit trabekulärem Wachstumsmuster, angrenzend zu normalem Lebergewebe ohne Hinweise auf zirrhotische Karzinogenese. Das HBV- und HCV-Screening fiel negativ aus. Das initiale AFP lag bei 2'960 ug/l. Der Patient unterzog sich einer transarteriellen Embolisation des rechtseitigen Tumorausgangsbefundes und es wurde eine damals dem Erstlinienstandard entsprechende Therapie mit Sorafenib 400 mg zweimal täglich begonnen. Bei guter Therapietoleranz fand sich nach gut zwei Monaten Sorafenib sowohl CT-morphologisch ein deutlicher Tumorprogress in der Leber (Fig. 1 B/F) als auch ein Anstieg der AFP auf 6'510 ug/l (AFP-Nadir nach Embolisation 382 ug/l). Es wurde auf eine Zweitlinien-Immunkombinationstherapie im Rahmen einer Phase-1-Studie mit Nivolumab (anti-PD-1) plus anti-GITR (glucocorticoid-induced TNF receptor) gewechselt. Abgesehen von Pruritus Grad 2 wurde diese Therapie vom Patienten sehr gut toleriert, doch zeigte sich nach zwei Monaten Studienbehandlung ein weiterer hepatischer und pulmonaler Tumorprogress (Fig. 1 C/G). Zudem objektivierten sich neu eine Peritonealkarzinomatose und eine Tumordinfiltration der Vena Cava inferior. Die AFP betrug 8'320 ug/l. Bei reduziertem Allgemeinzustand (ECOG performance status 3) wurde auf dezidierten Wunsch des Patienten hin eine Drittlinientherapie mit Regorafenib in reduzierter Dosis (80 mg pro Tag, d1-21 q28d) begonnen. Im Rahmen der

Therapienebenwirkungen mit Abdominalgien und weiterer AZ-Reduktion wurde das Regorafenib im Verlauf weiter dosisreduziert auf 40 mg pro Tag, worauf sich der Patient nach und nach deutlich verbesserte. Nach drei Monaten Therapie zeigte sich im CT ein exzellentes hepatisches und pulmonales Tumoransprechen (Fig. 1 D/H). Die AFP war rückläufig von 9'230 ug/l bei Therapiestart auf 18 ug/l. Der Patient zeigte sich im Verlauf klinisch asymptomatisch und konnte eine mehrwöchige interkontinentale Reise durchführen. Das Regorafenib wurde in der Dosierung von 40 mg pro Tag weitergeführt.

Diskussion

Der erwähnte Fall zeigt ein aussergewöhnlich gutes Ansprechen eines fortgeschrittenen, hepatisch und pulmonal metastasierten HCC auf eine Drittlinientherapie mit Regorafenib. Der Fall ist insbesondere speziell, da sich die Tumorerkrankung sowohl auf eine Erstlinientherapie mit Sorafenib als auch auf eine Zweitlinien-Immunkombinationstherapie (anti-PD-1/anti-GITR) refraktär zeigte. Das exzellente Ansprechen auf Regorafenib zeigte sich mit deutlichem radiologischen Ansprechen der Leber- und Lungenmetastasen, in der nahezu vollständigen Normalisierung der AFP und einem eindrücklichen und anhaltenden klinischen Benefit. Gemäss aktueller Datelage ist nach Sorafenibversagen nicht von einem übermässigen Ansprechen auf Regorafenib auszugehen. Hinzu kommt, dass bei unserem Patienten im Rahmen der Tolerabilität

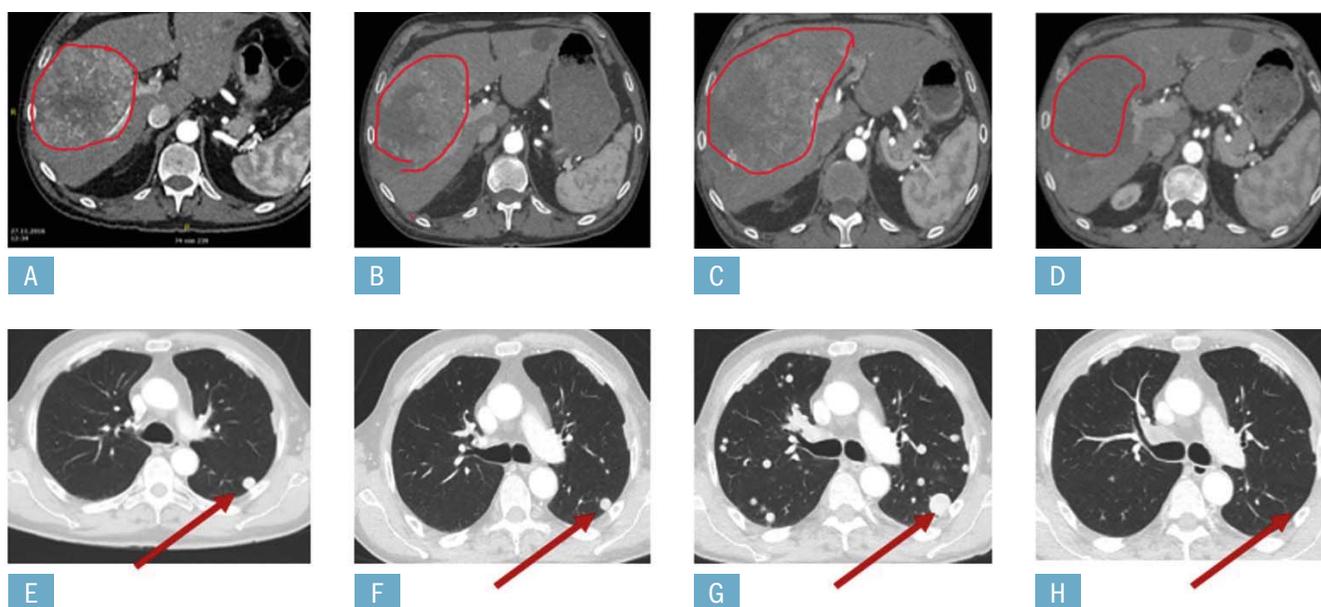


Fig. 1. CT-Verlauf des HCC in der Leber (A, B, C, D) und der Lunge (E, F, G, H). A und E zeigen die Tumorausgangssituation vor Start mit Sorafenib. B und F zeigen den Tumorprogress unter Sorafenib. C und G zeigen den Tumorprogress unter Nivolumab/anti-GITR. D und H zeigen das Tumoransprechen auf Regorafenib.

die Regorafenibdosierung auf 40 mg pro Tag reduziert werden musste. In der Regorafenib Registrierungsstudie (RESORCE) fand sich lediglich bei 11% der Patienten in der zweiten Linie nach Sorafenib ein radiologisches Tumoransprechen [6]. In der Sorafenib Erstlinienregistrationsstudie (SHARP) zeigten 27% aller Patienten eine Krankheitsprogression als bestes Tumoransprechen [10]. Ein verzögertes Therapieansprechen kann bei einer Therapie mit Immuncheckpointinhibitoren vorkommen bei zeitlicher Verzögerung zwischen T-Zell-Aktivierung und Immunansprechen. Dies ist jedoch eher die Ausnahme, da Checkpoint-inhibitorische Immuntherapien ihren maximalen Effekt in der Regel bereits sehr früh, nach 2-3 Monaten Therapie, zeigen [11]. Die Tumoransprechrate in der IMBRAVE-150 Studie mit Atezolizumab plus Bevacizumab in der ersten Linie gegenüber Sorafenib lag bei 27.3% vs. 11.9% [5]. Die Immuntherapie mit Checkpoint-Inhibitoren hat die Onkologie in den letzten Jahren revolutioniert und die Prognose für viele Patienten verschiedener Tumorerkrankungen massgeblich verbessert. Um die klinische Effizienz der Immuntherapie zu steigern, werden in aktuell laufenden Immuntherapiestudien verschiedene Immuntherapeutika kombiniert. Im vorliegenden Patientenbeispiel ist am ehesten von einem synergistischen Effekt der Immuntherapie in Kombination mit Regorafenib als Angiogenese-Hemmer auszugehen. Ein verzögerter Effekt der verabreichten Immundoublette mit Nivolumab und anti-GITR erachten wir als weniger wahrscheinlich. Nach Sistierung einer anti-PD-(L1) gerichteten Therapie sind die entsprechenden Antikörper auch noch 4 Monate nach Therapiestopp im Blut nachzuweisen, so dass die Immuntherapie bei unserem Patienten auch nach Therapiestopp und Initiation der Regorafenibtherapie noch eine gewisse Wirkung hatte [12]. Demzufolge könnte bei vorliegendem Fall die synergistische Wirkung von Immuntherapie plus Regorafenib das beobachtete hervorragende Tumoransprechen hervorgerufen haben. Daten einer erst kürzlich publizierten Phase-1 Studie zeigten eine gute Verträglichkeit einer Therapie mit Pembrolizumab (anti-PD-1) plus Regorafenib in der ersten Linie bei fortgeschrittenem HCC mit einer vielversprechenden Ansprechrate von 28% [13]. Die Studienergebnisse in grösseren Patientenpopulationen werden mit Spannung erwartet.

Quellenverzeichnis

1. Llovet JM, Zucman-Rossi J, Pikarsky E, et al. Hepatocellular carcinoma. *Nat Rev Dis Primers* 2: 16018, 2016.
2. McGlynn KA, Petrick JL, London WT. Global epidemiology of hepatocellular carcinoma: an emphasis on demographic and regional variability. *Clin Liver Dis* 19:223-238, 2015.
3. Korangy F, Hochst B, Manns MP, Greten TF. Immune responses in hepatocellular carcinoma. *Dig Dis* 28: 150-154, 2010.
4. Waller LP, Deshpande V, Pylsopoulos N. Hepatocellular carcinoma: A comprehensive review. *World J Hepatol* 7: 2648-2663, 2015.
5. Finn RS, Qin S, Ikeda M, et al. Atezolizumab plus Bevacizumab in Unresectable Hepatocellular Carcinoma. *N Engl J Med* 382: 1894-1905, 2020.
6. Bruix J, Qin S, Merle P, et al. Regorafenib for patients with hepatocellular carcinoma who progressed on sorafenib treatment (RESORCE): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet* 389: 56-66, 2017.
7. Khan H, Pillarisetty VG, Katz SC. The prognostic value of liver tumor T cell infiltrates. *J Surg Res* 191:189-195, 2014.
8. Cantor HM, Dumont AE. Hepatic suppression of sensitization to antigen absorbed into the portal system. *Nature* 215: 744-745, 1967.
9. Chan T, Wiltrout RH, Weiss JM. Immunotherapeutic modulation of the suppressive liver and tumor microenvironments. *Int Immunopharmacol* 11: 879-889, 2011.
10. Llovet JM, Ricci S, Mazzaferro V, et al. Sorafenib in advanced hepatocellular carcinoma. *N Engl J Med* 359: 378-390, 2008.
11. El-Khoueiry AB, Sangro B, Yau T, et al. Nivolumab in patients with advanced hepatocellular carcinoma (CheckMate 040): an open-label, non-comparative, phase 1/2 dose escalation and expansion trial. *Lancet* 389: 2492-2502, 2017.
12. Brahmer JR, Drake CG, Wollner I, et al. Phase I study of single-agent anti-programmed death-1 (MDX-1106) in refractory solid tumors: safety, clinical activity, pharmacodynamics, and immunologic correlates. *J Clin Oncol* 28: 3167-3175, 2010.
13. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.08.1106>.

Korrespondenz:

Dr. med. Christoph Ackermann, Stv. Chefarzt
FMH Onkologie und FMH Innere Medizin
Onkologie- und Hämatologiezentrum
Spital STS AG Thun
Krankenhausstrasse 12, CH-3600 Thun
christoph.ackermann@spitalstsag.ch

Liebe Autorin, lieber Autor

Wir freuen uns, dass Sie einen Artikel für unsere Zeitschrift verfassen und bitten Sie, beim Schreiben Ihres Manuskripts folgende Hinweise zu beachten:

Manuskript

- | | |
|--------------|--|
| Format | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Word-Dokument unformatiert [Schwerpunkt- und Spezialartikel max. 15'000 Zeichen inkl. Leerzeichen; Krebs(forschungs)zentren und Fallbesprechungen max. 20'000 Zeichen inkl. Leerzeichen], ohne Bilder, Tabellen oder Graphiken ➤ Bilder, Tabellen, Graphiken in separaten Dateien ➤ Anschrift mit Titel, Postadresse, E-Mail- und Telefonverbindung des Autors |
| Aufbau | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dachzeile und Überschrift ➤ Einleitung (kurze Zusammenfassung des Artikels von max. 500 Zeichen inkl. Leerzeichen) ➤ Text mit Zwischentiteln ➤ Schlussfolgerung/Fazit |
| Illustration | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Normalerweise nicht mehr als 2 aussagekräftige Abbildungen und/oder Tabellen als separate Original-Dateien |
| Literatur | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Referenzen (max. 30) werden in Reihenfolge der Zitierung im Text arabisch nummeriert, in eckige Klammern gesetzt, z. B. [1], und am Ende des Manuskripts in einer Liste aufgeführt, z. B. Thieblemont C, Cascione L, Conconi A, et al. A MALT lymphoma prognostic index. Blood 130: 1409-1417, 2017. |
| Abgabe | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Das Manuskript bitte per E-Mail an <i>sabina.briner@sakk.ch</i> senden. |

Gut-zum-Druck

Nach Revision und Setzen des Manuskripts erhalten Sie Ihren Artikel zur Durchsicht und Freigabe.

- Zu beachten**
- Für besondere Anliegen wenden Sie sich bitte direkt an die Redaktion an *sabina.briner@sakk.ch*
 - Bei Verzögerungen oder Unklarheiten bitten wir Sie, uns so früh wie möglich zu informieren.

Wir freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit!

2021

- 10.-12.06. **Chicago in the Mountains**
For more information: www.sakk.ch/events or tanja.brauen@sakk.ch
- 18.-22.06. **16th International Conference on Malignant Lymphoma (ICML) – virtual edition**
Information: ICML Secretariat, Foundation for the Institute of Oncology Research (IOR)
Via Vela 6, CH-Bellinzona, info@icml.ch
- 24.06. **15th Swiss PostASCO**
For more information: www.sakk.ch/events or tanja.brauen@sakk.ch
- 25.-26.06. **8th Introductory Course in Genetic Counseling in Oncology 2021**
St. Gallen
Organization: Dr. med. R. Morant, r.morant@gmail.com
- 07.-11.07. **13th ESO-EONS Masterclass in Oncology Nursing**
Tallinn, EST
European School of Oncology, Via Turati, 23, 20121 Milan, Italy
aciocchini@eso.net, www.eso.net
- 07.-11.07. **ESO-ESMO Baltic and Eurasia Masterclass in Clinical Oncology**
Tallinn, EST
European School of Oncology, Via Turati, 23, 20121 Milan, Italy
aciocchini@eso.net, www.eso.net
- 02.-03.09. **Onkologie-Pflege Fortbildung**
St. Gallen, CH
Informationen: St. Gallen Oncology Conferences (SONK), Deutschsprachig-Europäische Schule für Onkologie (deso), 9006 St. Gallen
info@oncoconferences.ch, www.oncoconferences.ch
- 03.-04.09. **1st Introductory Course in Genetic Counseling in Oncology 2021**
Lausanne
For more information: sabine.gisler@meeting-com.ch
- 15.09. **23. Schweizer Onkologiepflege Kongress / 23^e Congrès Suisse des soins en oncologie**
Bern
www.onkologiepflege.ch, www.soinsoncologiesuisse.ch, www.cureoncologicbe.ch
- 15.-20.10. **7th ESO-ESMO Eastern Europe and Balkan Region Masterclass in Medical Oncology**
Vodice, HR
European School of Oncology, Via Turati, 23, 20121 Milan, Italy
aciocchini@eso.net, www.eso.net
- 28.-30.10. **Palliative Care bei onkologischen Patienten**
Kartause
Ittingen, CH
Informationen: St. Gallen Oncology Conferences (SONK), Deutschsprachig-Europäische Schule für Onkologie (deso), 9006 St. Gallen
info@oncoconferences.ch, www.oncoconferences.ch
- 28.-29.10. **SAKK Translational Urogenital Cancer Network Meeting & Award 2021**
For more information: www.sakk.ch/events
- 27.11.-02.12. **8th ESO-SIOP Europe Masterclass in Paediatric Oncology**
Bucharest, RO
European School of Oncology, Piazza Indipendenza 2, 6500 Bellinzona, Switzerland
azampetti@eso.net, www.eso.net
- 02.12. **9. Interdisziplinäres Prostatakarzinom-Symposium**
St. Gallen, CH
Informationen: St. Gallen Oncology Conferences (SONK), Deutschsprachig-Europäische Schule für Onkologie (deso), 9006 St. Gallen
info@oncoconferences.ch, www.oncoconferences.ch

2022

- 17.-19.02. **St. Galler Fortbildung klinische Hämato-/Onkologie 2022, Kongresszentrum Einstein**
St. Gallen, CH
Informationen: www.kssg.ch/klinische-onkologie



Oncology e-learning

Your free education just one click away!



Keep up-to-date via [#e_ESO](#)

www.e-eso.net

e-Learn

with our experts, discussants and materials



Access

any materials available on the site at any time



Connect LIVE

on Thursday at 18:15 CET



Interact

by asking questions to our experts BEFORE, DURING and AFTER the live sessions



Get

CME credits



Create

your own e-ESO agenda



TOPICS & TYPES

- **Grandround Sessions** - sessions on hot-topics
- **Highlights Sessions** - key takeaways from major international events
- **From ESO Events** - speeches given during selected ESO conferences
- **Debate Sessions** - discussions about differing opinions
- **Oncoreview Sessions** - balanced and comprehensive overview of a specific topic
- **Clinical Case Sessions** - discussions of clinical cases
- **Oncology Basics** - sessions on the basics of oncology
- **Social Media Sessions**

TYPES OF EDUCATIONAL MATERIALS

- **Recorded sessions** - live sessions that have been recorded and remain available online
- **Future live sessions** - scheduled sessions that are presented live online and offer interaction between speaker, discussant and participants
- **Downloadable PDF presentations** from past ESO events



Selected e-ESO educational materials have been organised into **PATHWAYS**: a series of sessions on a specific topic that provide a general overview. After completing a pathway, the attendee will be able to download a certificate of attendance.



Your regular appointments with education organised without commercial sponsorship by the European School of Oncology in collaboration with