

«Amerikaner sind Neuerungen gegenüber aufgeschlossener»

Ein Gespräch mit den Freiburger Onkologen Oliver Opitz und Hendrik Veelken über die Möglichkeiten der modernen Krebstherapie

Nach einer kürzlich in der Fachzeitschrift «Lancet Oncology» erschienenen Studie haben Krebspatienten aus Nordeuropa und der Schweiz in Europa die besten Chancen, die ersten fünf Jahre ihrer Krebserkrankung zu überleben. Beim Vergleich mit den USA tritt jedoch Ernüchterung ein: Vor allem bei den Männern scheinen die Amerikaner mit einer Fünf-Jahres-Überlebenschance von 66,3 Prozent den Europäern mit 47,3 Prozent (Schweiz 55,6%) deutlich überlegen zu sein. Bei näherer Betrachtung offenbart die Studie allerdings auch methodische Mängel. ARS MEDICI sprach mit Oliver Opitz und Hendrik Veelken vom Ludwig Heilmeyer-Comprehensive Cancer Center in Freiburg im Breisgau.

ARS MEDICI: *Professor Opitz, warum haben Krebspatienten in den USA bessere Überlebenschancen als in der Schweiz?*

Prof. Dr. Oliver Opitz: Diese Frage kann nur differenziert betrachtet werden. Erstens besteht in dieser Untersuchung nicht bei allen Krebsarten ein Überlebensvorteil, und zweitens muss man vergleichen, wie diese Krebsdaten in den verschiedenen Ländern registriert wurden. Wenn man sich anschaut, bei welchen Tumorformen bessere Überlebensraten gefunden wurden, dann fällt auf, dass es vor allem bei solchen Entitäten der Fall ist, bei denen ein Screening gut durchgeführt werden kann, nämlich bei Prostata-, Brust- und Kolorektalkrebs.

ARS MEDICI: *Je mehr Screening, desto höher also die Überlebenschancen?*

Prof. Dr. Hendrik Veelken: Die Studie zeigt nicht unbedingt, dass ein Amerikaner in der gleichen Situation mit dem gleichen Tumor höhere Chancen hat zu überleben als ein Europäer, sprich dass die Behandlung besser wäre. Ein einfaches Beispiel ist hier das Prostatakarzinom. In den USA ist die Rate der PSA-Bestimmungen deutlich höher als in der Schweiz und in Deutschland. Etwa 50 Prozent der Amerikaner lassen sich ab einem gewissen Alter auf PSA screenen. Dabei muss beachtet werden: Wenn man eine hohe Anzahl von Karzinomen – darunter auch viele «harmlose Karzinome» – entdeckt und alle in eine solche Studie mit einfließen lässt, hat man formal einen Überlebensvorteil.

Opitz: Das heisst, durch besseres Screening und Früherkennung in den USA beeinflussen Karzinome die Statistik, die gar nicht behandlungsbedürftig sind und die die Lebenserwartung nicht einschränken würden. Interessant wäre es gewesen, die Überlebensraten der tatsächlich behandlungsbedürftigen Patienten in Europa mit denen der USA zu vergleichen.

ARS MEDICI: *Und die Registrierungsverfahren?*

Opitz: Die Zahlen sind sehr unterschiedlich, weil die Krebsregistrierungen innerhalb Europas und erst recht zwischen Europa und den USA sehr unterschiedlich sind. Zum Beispiel ist Krebs in Deutschland keine bundesweit meldepflichtige Erkrankung, sondern wird höchstens landesweit erfasst. Die Zahlen in dieser Studie basieren in Deutschland nur auf einem einzigen Register, nämlich dem saarländischen Krebsregister. Dies ist möglicherweise nicht repräsentativ für das Land, weshalb man



Prof. Dr. Oliver Opitz (rechts) ist Direktor, Professor Dr. Hendrik Veelken (links) ist Forschungskoordinator am Ludwig Heilmeyer-Comprehensive Cancer Center in Freiburg i. Br.

die Zahlen mit Vorsicht geniessen muss. Die Schweiz ist mit Daten aus vier unterschiedlichen Zentren aus vier Landesteilen vertreten, da ist die Abdeckung schon deutlich besser.

ARS MEDICI: *Wie erklären Sie sich, dass die skandinavischen Länder und auch die Schweiz relativ gut und die Südeuropäer und die osteuropäischen Staaten eher schlechter abschneiden?*

Veelken: Ich glaube, dass es in Europa ein Organisations- und Akzeptanzgefälle gibt. In den nordischen Ländern sind Gesundheitsprogramme sehr viel strukturierter. Zudem ist die Bereitschaft der Skandinavier, sich in eine solche Struktur einzufügen, höher, in Südeuropa wird das eher lockerer gehandhabt.

Opitz: Zum Teil sind die differierenden Überlebensraten sicherlich auch auf ein Wohlstandsgefälle in Europa zurückzuführen. Das kann sogar innerhalb eines Staates sehr ausgeprägt sein, wie etwa in Norditalien und in Süditalien. Den Osteuropäern wurden zwar jetzt die schlechtesten Fünf-Jahres-Überlebensraten attestiert, sie haben aber in den vergangenen Jahren mit steigendem Wohlstand und dem Aufbau entsprechender Organisationsstrukturen am meisten aufgeholt.

«... die Behandlungsergebnisse sind in Europa im internationalen Vergleich hervorragend.»

ARS MEDICI: *Sind auch biologische Faktoren für solche Unterschiede denkbar?*

Opitz: Wir sprechen ja jetzt nicht von der Krebshäufigkeit allgemein, sondern von der Überlebenswahrscheinlichkeit nach der Diagnose Krebs. Auf welche Art und Weise der Krebs biologisch entsteht und sich entwickelt, ist in verschiedenen Bevölkerungsgruppen wahrscheinlich nicht fundamental unterschiedlich. Wie häufig jedoch ein Krebs in bestimmten Bevölkerungen vorkommt, unterliegt auch vielen äusseren Einflussfaktoren. So gibt es zum Beispiel zwischen Asiaten und Europäern deutliche Unterschiede bei der Häufigkeit gewisser Krebsformen.

ARS MEDICI: *In manchen Kommentaren wird angeführt, dass die Qualifikation des medizinischen Personals, sprich der Ärzte, in Europa schlechter sei als in Amerika ...*

Veelken: Das ist kompletter Unfug. In Bezug auf Ausbildung und Qualität der Ärzte stehen die Schweiz und Deutschland den amerikanischen Kollegen in keiner Weise nach. Die Behauptung, dass der Kenntnisstand in Europa geringer sei als in den USA, ist sicher falsch.

Wir sehen das auch daran, dass viele Kollegen ihre berufliche Zukunft in den USA suchen und dort gerne beschäftigt werden. Auch die Behandlungsergebnisse aus Europa – die im Übrigen oft auf Kongressen in Amerika vorgestellt werden – schneiden im internationalen Vergleich hervorragend ab.

«In einem interdisziplinären Krebszentrum wandert der Patient nicht mehr wie früher von Spezialist zu Spezialist.»

ARS MEDICI: *Trotzdem sind laut der Studie die Überlebensraten mancher Krebsformen zwischen Europa und Amerika enorm unterschiedlich. Sind dafür wirklich nur methodische Fehler verantwortlich?*

Veelken: Nein. Ein verbessertes Screening und eine frühzeitige Behandlung können die Überlebenswahrscheinlichkeit bei manchen Krebsformen deutlich verbessern. Es ist tatsächlich so, dass die amerikanische Bevölkerung dem medizinischen Fortschritt sehr viel aufgeschlossener gegenübersteht und diesen auch aktiv von den Ärzten einfordert. Das ist in Europa sicher weit weniger ausgeprägt.

Opitz: Es ist ja in den USA nicht nur das konsequentere Screening. Wichtig ist auch die koordinierte und schnelle Bereitstellung moderner Methoden. Ein grosser Vorteil sind hier die interdisziplinären Krebszentren, in denen die Spezialisten der verschiedenen Fachabteilungen gemeinsam die Tumorkranken betreuen. In den sogenannten «Comprehensive Cancer Centers» werden die Patienten optimal betreut und nach dem neuesten Stand der Wissenschaft behandelt. Bei uns werden solche Zentren, wie hier in Freiburg, erst seit einigen Jahren eingerichtet, in den USA existieren sie schon über 20 Jahre.

ARS MEDICI: *Wie kann man sich die Vorteile solcher Zentren praktisch vorstellen?*

Veelken: Heute ist bei einer Krebserkrankung so viel individuelles Wissen erforderlich, dass dies ein einzelner Arzt, egal welcher Fachrichtung, gar nicht mehr anbieten kann. Daher ist grundsätzlich für jeden Krebs entscheidend, dass sich Vertreter aller beteiligten Fachrichtungen, sowohl diagnostische als auch therapeutische, vor jeglicher Behandlung zusammensetzen sollten. Dann wird gemeinsam für jeden Patienten ein optimaler Behandlungsplan erstellt, an den sich dann alle halten. Ganz

wichtig dabei ist, dass der Plan geschmiedet wird, bevor die Behandlung beginnt. Wenn regelmässig sechs oder acht Spezialisten an einen Tisch gebracht werden, die dann eine Stunde lang ausschliesslich Fälle besprechen, ist das ein hoher Aufwand. In den amerikanischen Zentren sind entsprechend mehr Ärzte beschäftigt.

Opitz: In einem interdisziplinären Krebszentrum wollen wir, dass der Patient zum Beispiel mit einem Dickdarmkarzinom nicht mehr wie früher von Spezialist zu Spezialist wandern muss. Er sollte nur noch durch eine einzige Tür in die Klinik kommen, hinter der er dann von einem Team von Fachleuten betreut und versorgt wird. Die Empfehlung bekommt er dann trotzdem nur aus einem Mund. Da zu erwarten ist, dass in Zukunft die Behandlungen noch komplexer werden, wird diese enge Zusammenarbeit aller Beteiligten immer wichtiger.

Veelken: Ein weiterer Vorteil sind die starken Forschungsaktivitäten in solchen Zentren. In randomisierten klinischen Studien wird in der Regel das Beste an Medikation und Therapie zur Verfügung gestellt, was existiert. In den amerikanischen Zentren, in denen wir beide übrigens gearbeitet haben, nehmen deutlich mehr Patienten an klinischen Studien teil als in Europa. Sie kommen so an die neueste Medikation.

ARS MEDICI: *Wie sehen Sie die Entwicklung bestimmter Krebsformen, wo sind am ehesten weitere Verbesserungen der Überlebenszeit zu erwarten?*

Veelken: Beim Mammakarzinom hatten wir in den vergangenen 20 Jahren eine stetige therapeutische Verbesserung mit neuen Substanzen wie etwa Taxanen oder Trastuzumab/Herceptin, exaktere Therapieprotokolle, längere und intensivere adjuvante Betreuung nach einer Operation und neuerdings die interdisziplinäre Versorgung. Dies hat zu einer definitiven Verbesserung der Prognose geführt. Beim Darmkrebs hat sich auch im fortgeschrittenen Stadium die Lebenserwartung in den letzten fünf bis zehn Jahren durch moderne Therapien zum Beispiel mit Bevacizumab oder Cetuximab verdoppelt bis verdreifacht.

Bei anderen Tumoren konnte man hingegen trotz der Einführung neuer Substanzen eher geringere Fortschritte machen, wie etwa beim Bronchialkarzinom. Allerdings sind hier durch eine genaue stadien- und risikoadaptierte Therapieplanung plus der Einführung neuer Substanzen wie Bevacizumab und Erlotinib am ehesten Fortschritte zu erwarten. Bei Leukämie und Lymphomen tut sich derzeit durch neue Substanzen, wie Rituximab und Mylotarg, ebenfalls sehr viel. Auch hier wird ein Fortschritt erwartet. Bei Prostatakrebs bleibt die Früherkennung wesentlich. Die Entscheidung, welcher Patient dann tat-

«Bei einzelnen Krebsformen ist die Prognose heute deutlich verbessert.»

sächlich therapiert werden muss und welcher nicht, muss noch exakter werden. Aber nicht nur Substanzen, auch Operations- und Bestrahlungsmethoden verbessern sich: Beim Magen- und Rektumkarzinom kam es zu einem deutlichen Überlebensvorteil durch klarer definierte, interdisziplinär abgestimmte Vorgehensweisen.

Opitz: Dadurch, dass man mehr und mehr von der Biologie des Tumors versteht, wird man in Zukunft die Therapie wesentlich besser gezielt und individuell auf das Karzinom des einzelnen Patienten abstimmen können. Dies wird auch die Überlebensrate erhöhen. Die sicherlich effektivste und am wenigsten aufwändige Möglichkeit, die krebssbedingte Sterblichkeit zu reduzieren, ist aber immer noch die Prävention – das heisst zum Beispiel keine Zigaretten, gesunde Ernährung und weniger Alkohol. ■

Die Fragen stellte Klaus Duffner.