



Onkologie

Dr. med. Thomas von Briel
Hirslanden Onkozentrum
Zürich

Die zögerliche Zulassung neuer Therapien führt zu einer stossenden Ungleichbehandlung der Patienten

1. Welche neuen Erkenntnisse des letzten Jahres in Ihrem Fachgebiet fanden Sie besonders spannend?

Im Jahr 2018 wurde in der Onkologie der Fortschritt der letzten Jahre konsolidiert, den wir mit neuen Medikamenten erzielen. Aufgrund neuer Studienresultate wissen wir nun, wie wir die neuen Substanzen noch effizienter und früher im Krankheitsverlauf einsetzen könnten – in der Hoffnung, die Patienten damit noch besser zu behandeln.

Was die Immuntherapie angeht, ist das inzwischen durchaus gelungen. So gibt es beim nicht kleinzelligen und beim kleinzelligen Bronchuskarzinom inzwischen grosse randomisierte Studien, welche zeigen, dass es besser sein dürfte, die in der Regel gut verträgliche Immuntherapie schon mit der Erstlinienchemotherapie zu kombinieren. Damit lässt sich die Überlebensdauer der Patienten verlängern. Beim Melanom ist die Immuntherapie inzwischen sogar in der adjuvanten Behandlungsphase angekommen: Man kann durch deren Einsatz nach der Exzision des Primärtumors und der Lymphknotenmetastasen das Rückfallrisiko reduzieren. Auch die Kombination von unterschiedlichen Immuntherapien, nämlich der CTLA-4-Antikörper und der PD-L1/PD1-Antikörper führt bei einigen Tumorkrankheiten zu guten Resultaten. So konnte bei Patienten mit hellzelligem Nierenzellkarzinom mit einer eher schlechten Ausgangslage (mittleres und hohes Risiko) das Überleben mit dieser «Immunkombi» im Vergleich zu einer der bisherigen Standardtherapien (Sunitinib) ebenfalls recht deutlich verlängert werden.

Es scheint sich zudem zu bewahrheiten, dass das Motto «mehr ist besser» tatsächlich manchmal stimmt. Bei den bis anhin eher etwas vernachlässigten Männern mit metastasiertem Prostatakarzinom zeichnet sich immer mehr ab, dass der althergebrachte Reflex, eine «Kastration» sei ausreichend, so nicht mehr stimmt. Inzwischen haben wir Studien, welche belegen, dass die frühe Hinzugabe einer Chemotherapie oder von modernen, antiandrogen wirkenden Medikamenten zur «medikamentösen Kastration» oder auch der simultane Einsatz einer Strahlentherapie des lokal progredienten Tumors, trotz Metastasen, einen Überlebensvorteil verspricht. Ein weiteres Beispiel der Strategie «mehr ist besser» findet man beim Pankreaskarzinom. Hier wissen wir seit einigen Jahren, dass beim metastasierten Pankreaskarzinom eine intensivere

Kombinationschemotherapie mit Oxaliplatin, Irinotecan, Leucovorin und Fluorouracil (FOLFIRINOX) zwar mehr Nebenwirkungen verursacht, aber bezüglich Ansprechrate und Überleben besser ist als der während zweier Jahrzehnte einzige Standard Gemcitabine. Logisch, dass man dieses FOLFIRINOX-Schema nun auch adjuvant, das heisst nach Resektion eines Pankreaskarzinoms, ausprobierte. Die Rechnung ging auf. Die mediane Überlebensdauer konnte um annähernd zwei Jahre verlängert werden.

2. Welche davon könnten Diagnose und/oder Therapie in der Hausarztpraxis künftig verändern?

Für uns Onkologen bedeuten die neuen Erkenntnisse, dass wir unsere Patienten oft etwas intensiver und über einen viel längeren Zeitraum behandeln. Selbstverständlich sind wir dabei sehr auf die Mitarbeit der Hausärzte angewiesen.

3. Und was «fürchten» Sie am meisten?

Die Schattenseite der neuen Entwicklungen sind zweifellos die Behandlungskosten. Da wären vor allem die Gesundheitsbehörden in der Pflicht. Dies gilt nicht nur für die Schweiz, sondern weltweit. Die therapeutische «Mengenausweitung», um für einmal diesen negativen Begriff zu benutzen, sollte eigentlich dazu führen, dass die Preise der Medikamente reduziert werden. Dafür müssten die Arzneimittelbehörden der verschiedenen Länder aber besser zusammenarbeiten.

Immer häufiger werden neue Therapien an den grossen Kongressen zu Standardbehandlungen erklärt, die in der Schweiz über viele Monate nicht erhältlich oder noch nicht einmal registriert sind. Ein grosser Wunsch an unsere Behörden ist es, die Zulassung etwas effizienter zu bewerkstelligen. Leider ist die Schweiz in dieser Hinsicht ein schlechtes Beispiel. Das Bundesamt für Gesundheit verzögert die Aufnahme in die Spezialitätenliste (SL) nach der Registrierung oft um viele weitere Monate, was ausgesprochen unbefriedigend ist.

Bekanntermassen gibt es dazu den Artikel 71 der KVV, welcher die Bezahlung von Therapien im Rahmen der Grundversicherung bei tödlich verlaufenden Krankheiten erlaubt, wenn diese Behandlungen einen grossen Nutzen haben und es keine zugelassene gleichwertige Alternative gibt.

Da sich unsere Behörden oft viele Monate Zeit nehmen, die neuen Medikamente in die SL aufzunehmen, spielen sie den Schwarzen Peter dank Artikel 71 den Ärzten und Krankenkassen zu. Damit übernehmen die Versicherer die Rolle eines Richters, indem sie entscheiden, ob der Artikel 71 erfüllt ist. Die Unterschiede zwischen den Krankenkassen sind jedoch extrem. Nebst einigen notorischen Neinsagern gibt es auch sehr kulante Versicherungen. Das führt zu einer sehr stossenden Ungleichbehandlung unserer Patienten, was inzwischen eine meiner grössten Sorgen in meinem Berufsalltag geworden ist. Leider interessiert in der Laienpresse beim alljährlichen Rating der Krankenkassen nur die Höhe der Prämien. Ob man aber im Falle einer Krankheit auch mit der Kostenübernahme von überlebenswichtigen Therapien rechnen darf, wird kaum beachtet. Da wäre ein Kassenrating durch die Leistungserbringer auch einmal interessant. ▲