



„Ein nicht zu unterschätzender Hemmschuh bei der Umsetzung onkologischer Leitlinien durch den niedergelassenen Arzt ist das oft zu geringe Regelleistungsvolumen.“

Prof. Helmut Friess,
München

Prognosefaktoren, Leitlinien und Evidenz

Wege zur individuellen Tumorthherapie?

— Die drei Hauptsäulen der medizinischen Kunst beinhalten Diagnosestellung, Prognoseabschätzung und die Therapie des Patienten. Obwohl die heutige Medizin stärker auf Diagnose und Therapie fokussiert ist, besitzt die Prognoseabschätzung eine viel längere Historie. Jahrhundertlang war die Voraussage des Ausgangs einer Erkrankung basierend auf klinischen Symptomen eine Hauptaufgabe des Arztes. Onkologisch tätige Gastroenterologen und Chirurgen suchen nach unabhängigen Parametern, welche die Prognose eines Tumorpatienten beeinflussen. Diese Tumor-, Patienten- und Umwelt-bezogenen Prognosefaktoren sollten möglichst präzise und eindeutig sein, um die onkologische Therapieplanung und -durchführung zu vereinfachen.

Die richtige Gewichtung der Faktoren in einen gemeinsamen Kontext zu stellen, fällt jedoch in der klinischen Routine immer wieder schwer. Durch Verflechtung verschiedener Parameter entsteht mehr Komplexität aber auch die Stratifizierung des Patienten in unterschiedliche prognostische Gruppen. Beste Beispiele hierfür sind die TNM-Klassifikation sowie die darauf basierende UICC-Stadieneinteilung gastrointestinaler Tumore in der aktuellen siebten Ausgabe, die durch eine Vielzahl neuer Subgruppen, bei zum Teil nur geringer oder unklarer klinischer Relevanz, komplizierter wurde. Unberücksichtigt bleiben weiterhin viele molekulare Faktoren, die möglicherweise in der Zukunft eine stärkere Gewichtung erhalten.

Kein starres Therapieschema

Eine starre Anwendung der „evidenzbasierten“, onkologischen Leitlinien im klinischen Alltag führt immer wieder zu „Bauchschmerzen“ bei Therapieentscheidungen. Oft profitieren nur wenige Patienten von der leitlinienbasierten Therapieentscheidung, das heißt, zu viele Patienten müssen eine bestimmte Therapie erhalten, um bei wenigen einen Benefit zu erzielen. Beispiele sind die neoadjuvante Bestrahlung beim Rektumkarzinom, die adjuvante Chemothera-

pie beim Kolonkarzinom, die D2-Lymphadenektomie beim Magenkarzinom oder die Pfortaderresektion beim Pankreaskarzinom. Im Zeitalter der evidenzbasierten Medizin besitzt die Expertenmeinung einen geringen Stellenwert. Wenn wir jedoch die Komplexität der Patienten unter Berücksichtigung von Alter, Komorbidität und Tumorsituation betrachten, können diese oftmals nicht in starre Therapieschemata eingepasst werden. Wie sollen wir da verfahren?

Wünschenswert ist eine Therapieentscheidung im Rahmen von interdisziplinären Tumorkonferenzen basierend auf Leitlinienempfehlungen sowie auf dem Wissen und der Erfahrung von Experten. Wird individuell entschieden, also nicht leitlinienkonform, sollten diese individualisierten Wege dokumentiert und nachbeobachtet werden, um neues Wissen zu generieren. Der Bedarf ist groß.

Finanzierbarkeit darf nicht in Frage stehen

Die Umsetzung onkologischer Leitlinien beim niedergelassenen Arzt, im Krankenhaus und in der Klinik der Maximal- und Supramaximalversorgung ist vermutlich nicht einheitlich. Ebenso können Therapieentscheidungen in Abhängigkeit von den involvierten Fachrichtungen unterschiedliche Gewichtung erhalten. Dies zu vereinheitlichen, bleibt unsere Aufgabe für die Zukunft.

Leitlinien und Behandlungspfade sind aber nur dann umsetzbar, wenn ihre Finanzierung nicht in Frage gestellt ist. Ein nicht zu unterschätzender Hemmschuh bei der Umsetzung von onkologischen Leitlinien im Niedergelassenenbereich ist das oft zu geringe Regelleistungsvolumen. Leitlinien steigern die Versorgungsqualität, sie dürfen jedoch keine Fessel sein, die medizinischen Fortschritt und Innovation behindert. Leitlinien müssen lebendig bleiben und auf ihren Grundlagen müssen wir uns gemeinsam weiterentwickeln und manchmal auch kontrovers diskutieren.

Univ.-Prof. Dr. H. Friess