



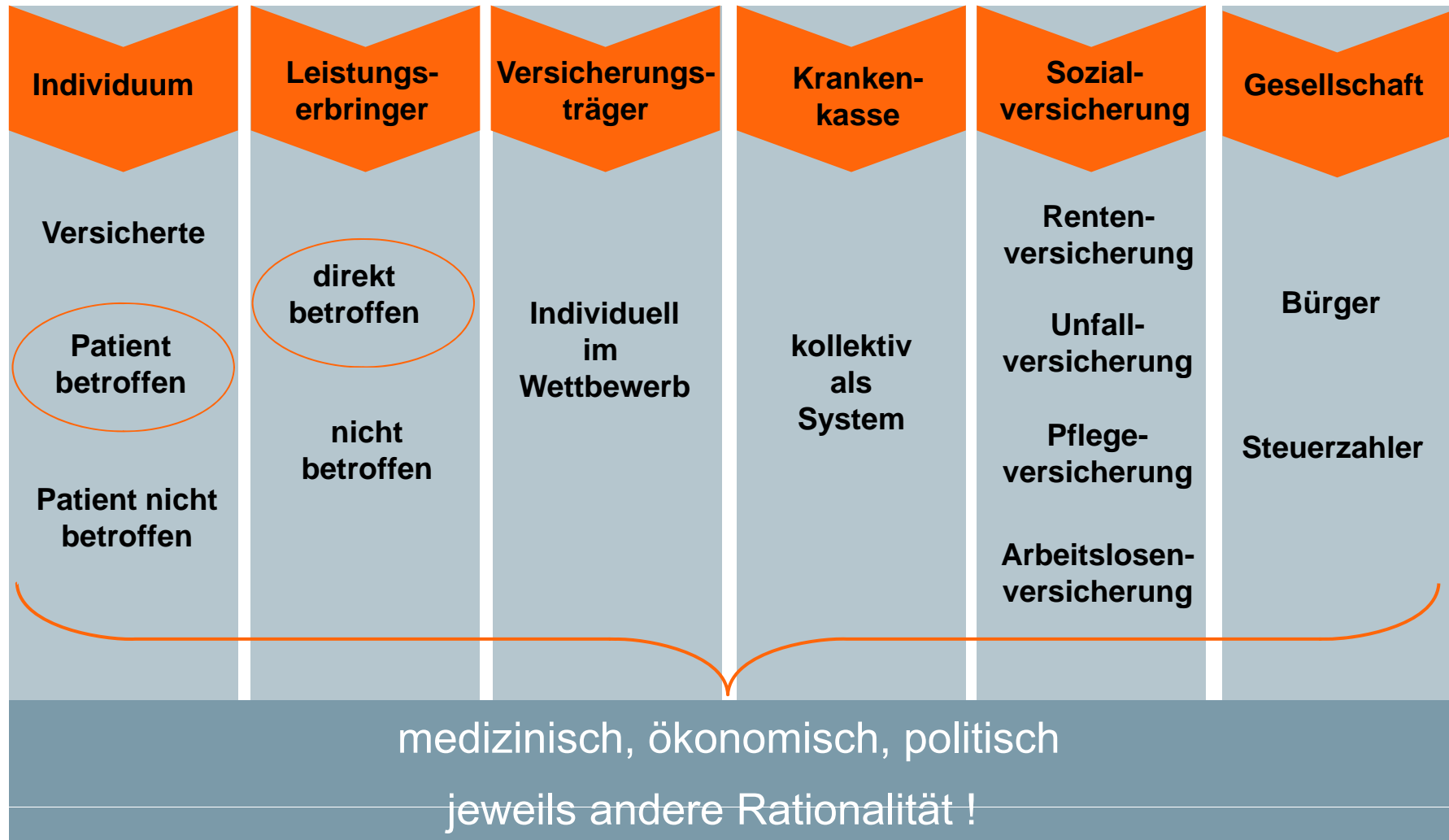
**Prinzipien gerechter Verteilung – Onkologie, quo vadis?
Ein ganz großer Wurf oder weiter kleine Schritte?**

Lilly

Berlin, 19. und 20. Februar 2010

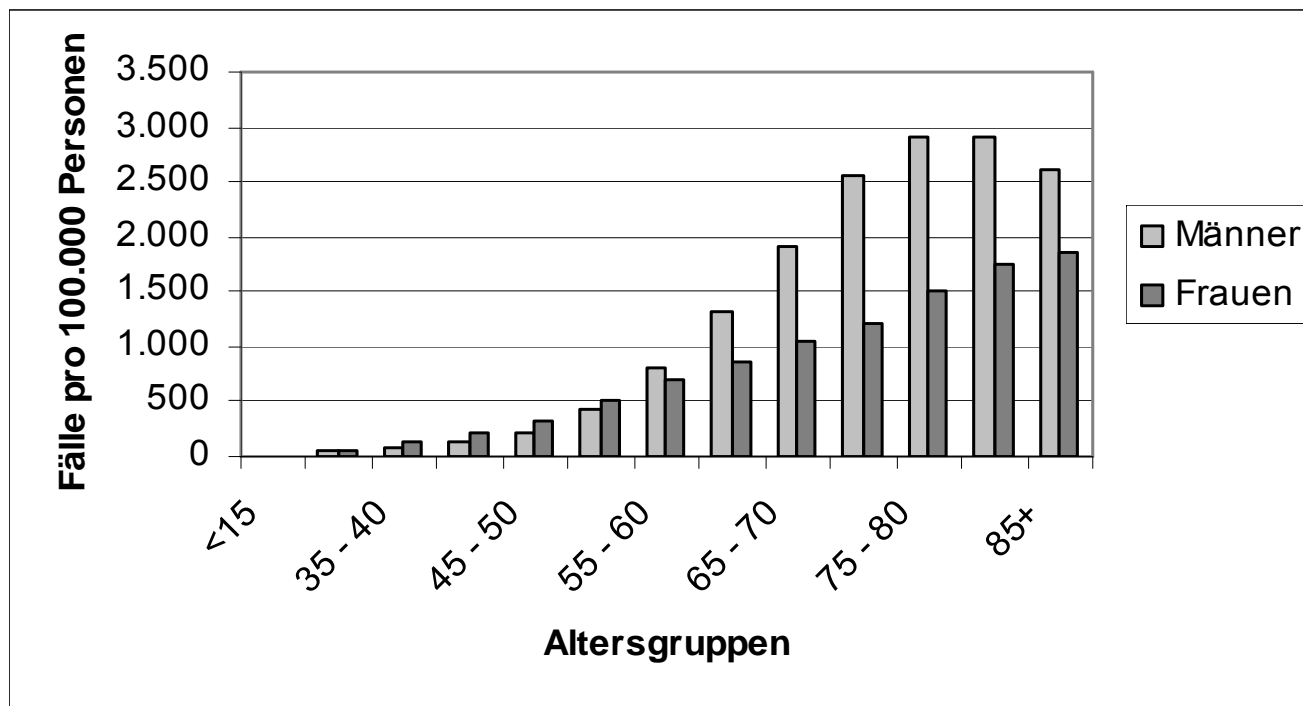
Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher,
Vorsitzender des Vorstandes der DAK – Unternehmen Leben

Unterschiedliche Beurteilungsperspektive je nach Betrachtung



Wahrscheinlichkeit, an Krebs zu erkranken, steigt mit Lebensalter

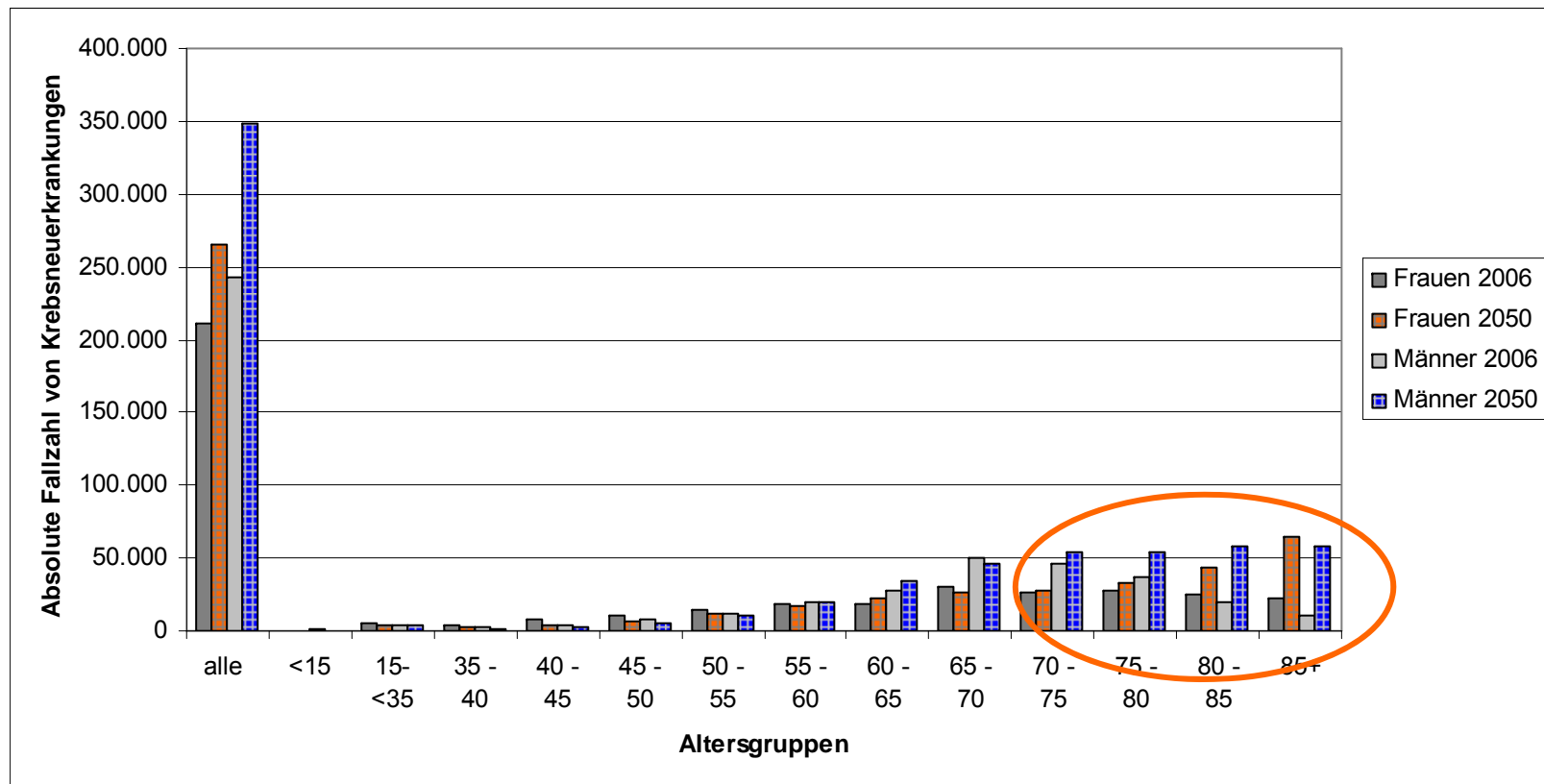
Risikofaktor Alter: Alters- und geschlechtsspezifische Krebsinzidenz*



* Nach Robert Koch-Institut (2008). Krebs in Deutschland 2003-2004
Häufigkeiten und Trends. Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

Auch bei konservativer Prognose steigt Anzahl an Neuerkrankungen deutlich an

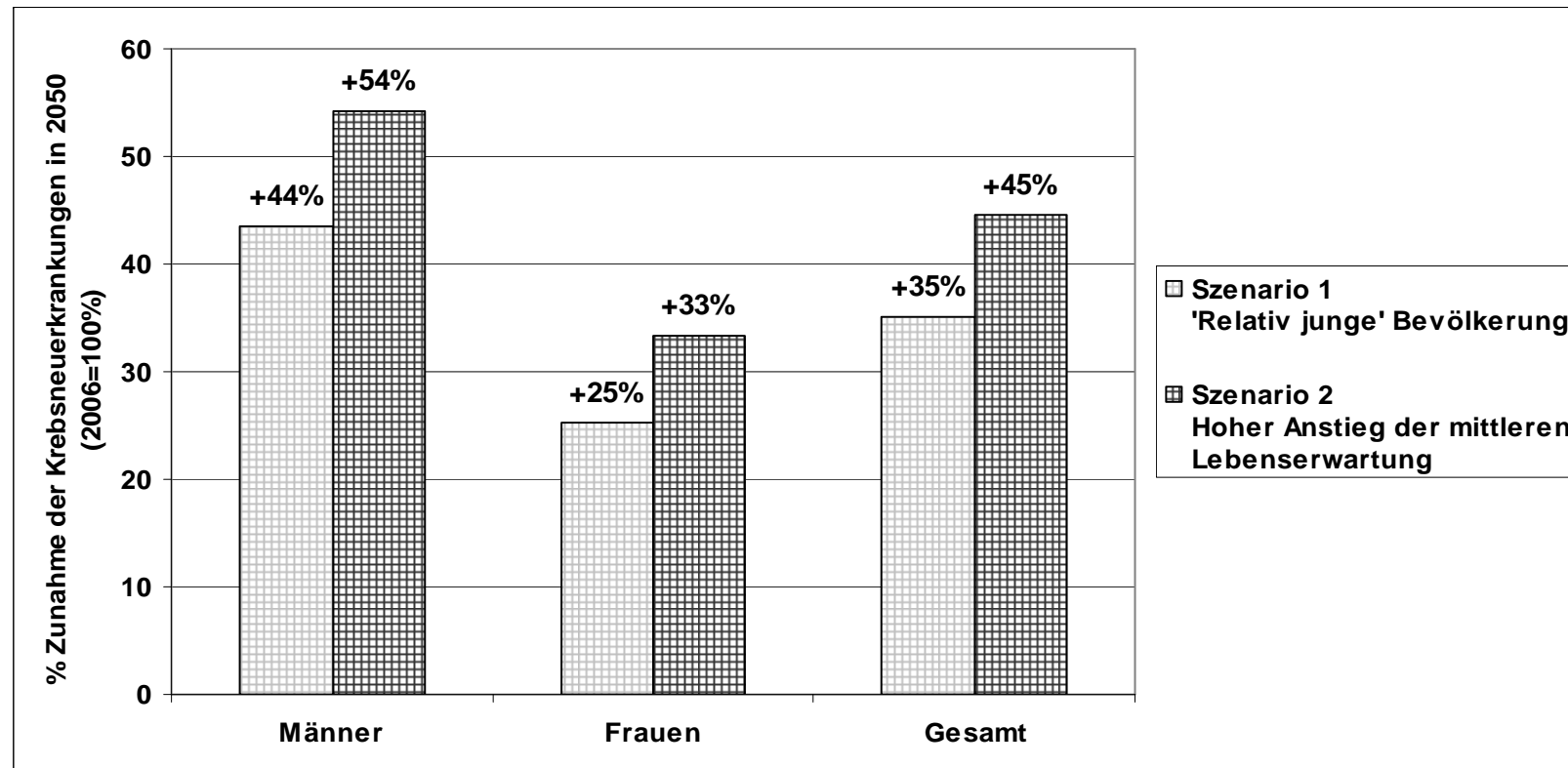
Hochrechnung* : Wie viele Krebsneuerkrankungen in 2050?



* Grundlage: Statistisches Bundesamt (2006) Ergebnisse der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 3 - W2: "relativ junge" Bevölkerung

„Segen höherer Lebenserwartung“ erhöht auch „Last Krebsneuerkrankungen“

Hochrechnungen* : Wie viele zusätzliche Krebsneuerkrankungen in 2050?



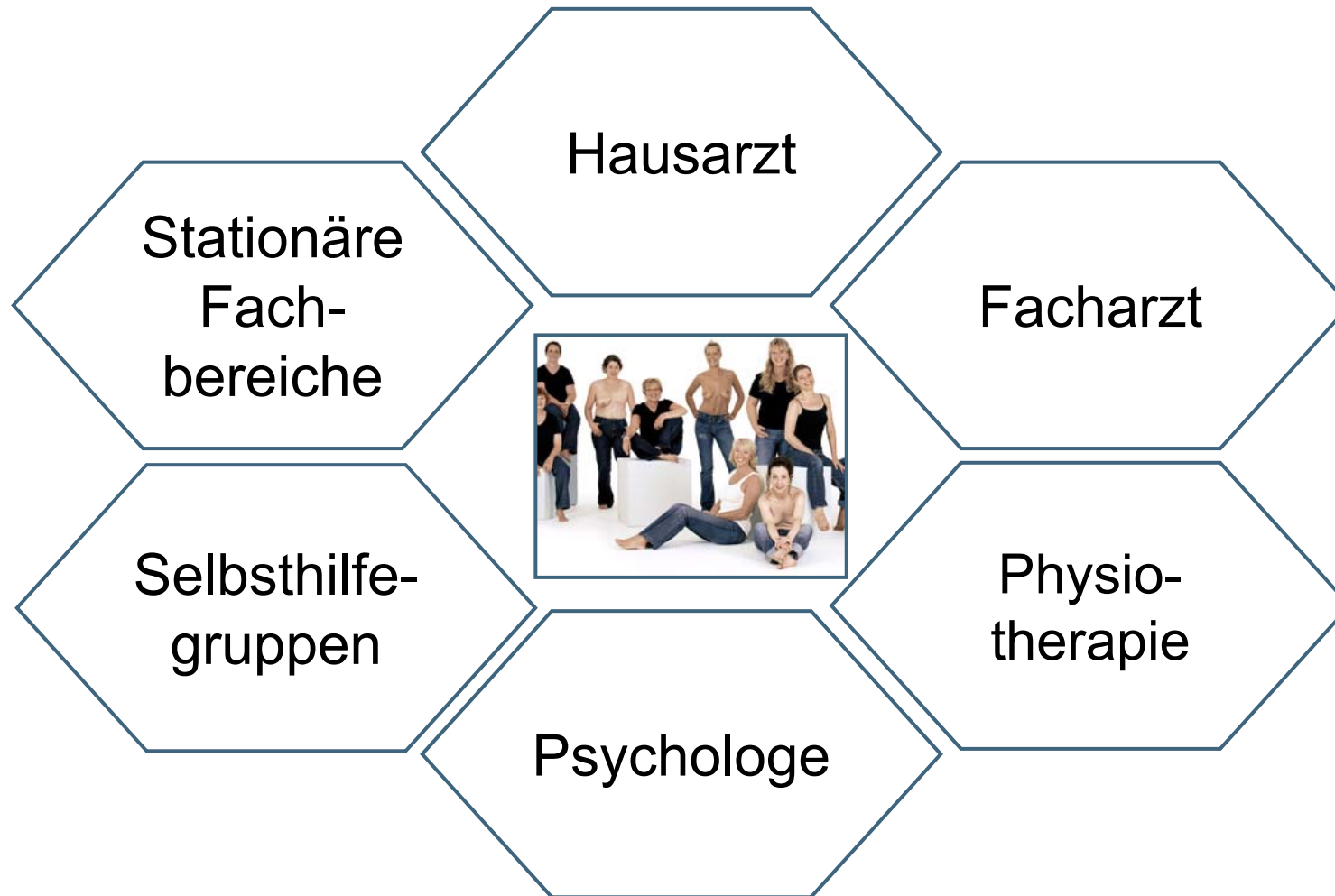
* Grundlage: Statistisches Bundesamt (2006).

Ergebnisse der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung

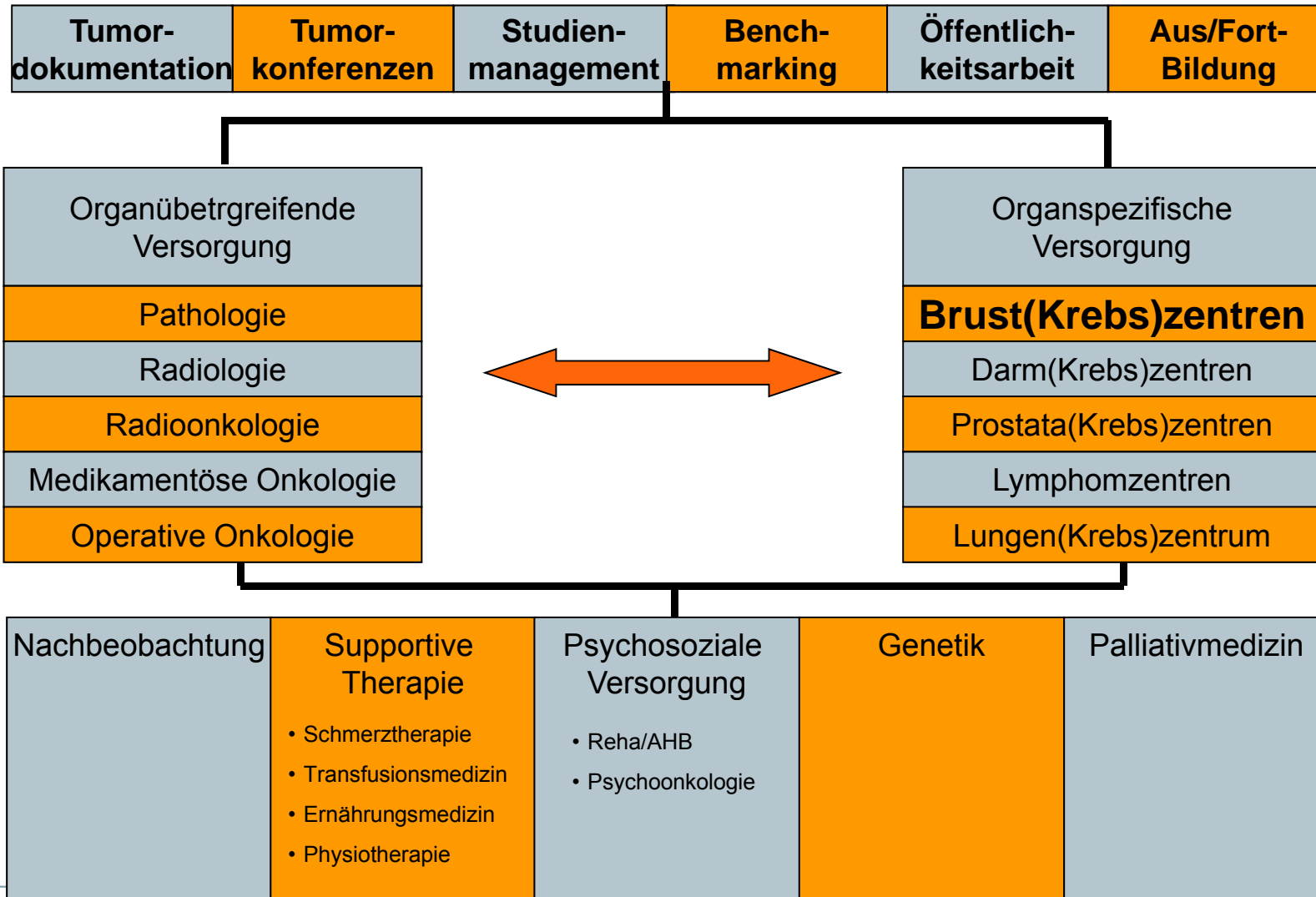
Szenario 1: Variante 3 - W2

Szenario 2: Variante 4 - W2

Versorgung als Netzwerk um den Patienten



Onkologisches Zentrum



Frei nach Dreistufenmodell optimiert Behandlung unter Kostendeckung; Beckmann et al. Dtsch Arztebl 2007; 104(44):A 3004-9

Versorgungsforschung.....

.....anwendungsorientiertes, fachübergreifendes Forschungsgebiet, welches die Kranken- und Gesundheitsversorgung in ihren Rahmenbedingungen.....



....beschreibt



....kausal erklärt, darauf aufbauend



....Versorgungskonzepte entwickelt



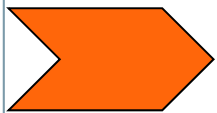
....deren Umsetzung begleitend erforscht und/oder



....unter Alltagsbedingungen evaluiert

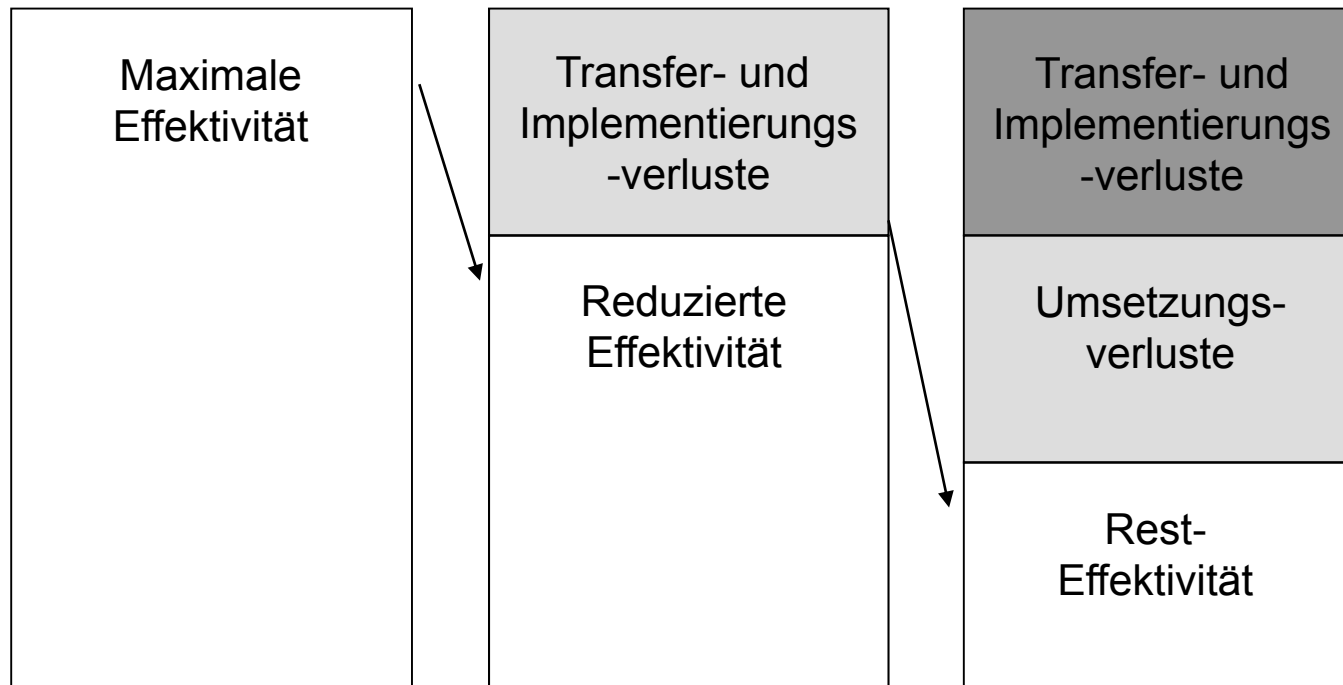
Grenzen der klinischen Studien

- Zielsetzung (efficacy / keine Gefährdung)
- Nutzenkategorien ?
- Einschluss- / Ausschlusskriterien
(Co-Morbiditäten, Co-Medikationen, Compliance)
- Population (Motivation / Struktur)
- Klinische Parameter (Werte)
- Fristigkeit der Ergebnisse

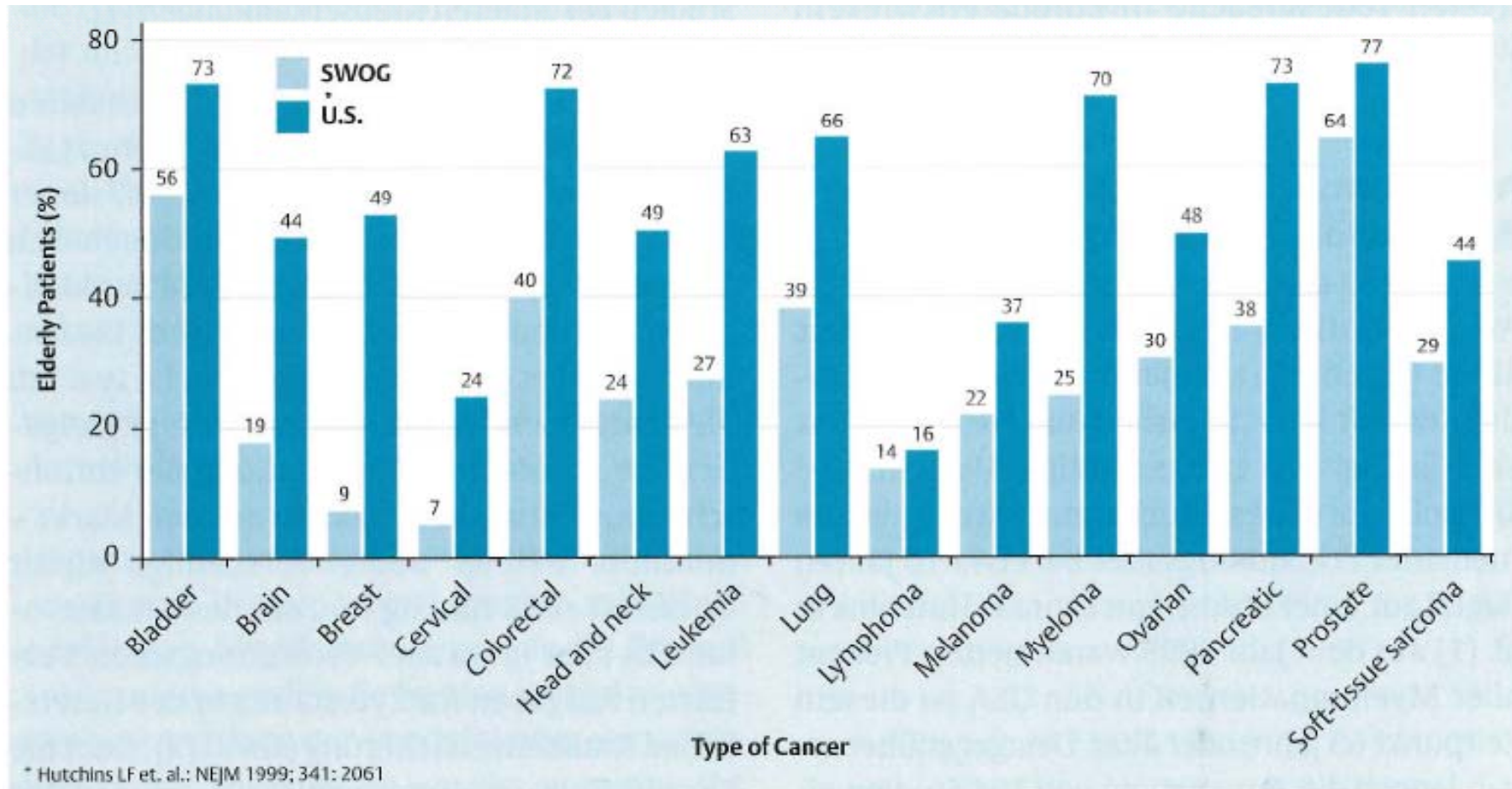


Kunstwelt, bewirkt mangelnde populationsorientierte
Reproduzierbarkeit der Ergebnisse

Effektivitätsverluste medizinischer Hilfspotenziale durch Transfer, Implementierung und Umsetzung – **Klinische Studie vs. „real life“**



Patienten \geq 65 Jahre in klinischen Studien der Onkologie unterrepräsentiert*



Brustkrebsstudien „.....in denen der Anteil der Patientinnen >65 Jahre nur etwa 20%.....“

Besonderes Fachwissen bei der Behandlung älterer Menschen mit Krebs

Um Krebsbehandlungen im Alter erfolgreich durchzuführen, muss der Arzt über spezifische Kenntnisse verfügen. Immer noch kursieren Vorurteile, die die Wahl der onkologischen Therapie beim älteren Patienten fehlleiten. Ein Beispiel: Die Annahme, dass Toxizitäten einer Chemotherapie bei älteren Patienten grundsätzlich höher ausfallen als bei jüngeren, ist ein Irrglaube. Alter an sich stellt kein Entscheidungskriterium für die Therapiewahl dar. Tatsächlich werden jedoch alte Menschen systematisch benachteiligt, wenn es um neue Therapien geht. **In klinischen Studien sind sie massiv unterrepräsentiert.** Eine große US-amerikanische Studie belegte dies anhand der Daten von 16.396 Patienten, die 1993-96 innerhalb von Studien behandelt wurden. **Besonders gravierend** war dies bei **Brustkrebsstudien**, in denen der Anteil der Patientinnen >65 Jahre nur etwa 20% des zu erwartenden Anteils an den Studienpopulationen entsprach (NEJM 341: 2061; 1999).

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit