

## Fünfte Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin- Verordnung (5. VersMedVÄndV)

Geltung ab 17.10.2012

### 16.6 Akute Leukämien

Im ersten Jahr nach Diagnosestellung (Erstdiagnose oder Rezidiv; insbesondere während der Induktionstherapie, Konsolidierungstherapie, Erhaltungstherapie) beträgt der GdS 100.

Nach dem ersten Jahr

- bei unvollständiger klinischer Remission: Der GdS beträgt weiterhin 100,
- bei kompletter klinischer Remission unabhängig von der durchgeführten Therapie: der GdS beträgt 80 für die Dauer von drei Jahren (Heilungsbewährung).

Danach ist der GdS nach den verbliebenen Auswirkungen (insbesondere chronische Müdigkeit, Sterilität, Neuropathien, Beeinträchtigung der Entwicklung und kognitiver Funktionen) zu bewerten.

Akute Leukämien entstehen aus unreifen Zellen der Hämatopoese (Blasten). Durch zyto- / molekulargenetische und immunphänotypisierende Untersuchungen lassen sich chromosomale Aberrationen aufdecken und die entarteten Zellklone einer akut myeloischen Leukämie (AML) oder einer akut lymphatischen Leukämie (ALL) – mit jeweiligen Subgruppen – zuordnen. Die ALL kommt ganz überwiegend bei Kindern vor, die AML überwiegend bei Erwachsenen (die Mehrzahl ist älter als 60 Jahre). Zunehmend finden sich auch akute Leukämien nach Radio-/ Chemotherapie anderer Malignome (t-AL) oder sekundär nach Übergang aus einem myelodysplastischen **oder myeloproliferativen** Syndrom (s-AL). Aufgrund der schlechten Prognose im Spontanverlauf (Wochen bis wenige Monate) **wird immer eine zytoreduktive Therapie angestrebt mit unterschiedlicher Intention (Kinder kurativ, Erwachsene je nach Alter und Konstitution kurativ oder palliativ)**. Die Therapien erfolgen anhand von Studienprotokollen (z. B. GMALL, ALL-BFM).

Durch die 5. Änderungsverordnung der VersMedV ist den intensiveren und länger dauernden Therapieschemata Rechnung getragen worden. Während des ersten Jahres beträgt der GdS unverändert 100. Nach dem ersten Jahr wird

unterschieden: Patienten mit kompletter klinischer Remission (im Blut keine Blasten mehr nachweisbar, im Knochenmark Blastenanteil < 5% ) werden mit GdS 80 für eine Heilungsbewährungszeit von 3 Jahren bewertet. Patienten mit weiterhin bestehenden Zeichen der Erkrankung (unvollständige klinische Remission) durchlaufen weitere Therapiezyklen und werden unverändert mit GdSB 100 bewertet (erneute Nachprüfung 1 Jahr später). Diese Bewertung ist unabhängig von eventuell weiteren Therapien nach dem Ausmaß der MRD (= minimal residual disease = minimale Resterkrankung, bezeichnet den Anteil von während oder nach einer Behandlung noch im peripheren Blut nachweisbaren Leukämiezellen). Die MRD ist der derzeit valideste Parameter für die Abschätzung des Rezidivrisikos bei akuten Leukämien. Angestrebt wird eine MRD von  $< 10^{-5}$  , d.h. höchstens 1 Tumorzelle auf 100.000 normale Zellen, bei der nach den derzeitigen Studienergebnissen das Rezidivrisiko am geringsten ist. In Abhängigkeit von der MRD erhalten die Patienten keine weitere Therapie mehr (Niedrigrisiko) oder eine Erhaltungstherapie (Intermediärrisiko) oder es wird eine allogene Stammzelltherapie durchgeführt (Hochrisiko => hierbei immer GdS 100 für drei Jahre, s. auch Nr. 16.8!).

Nach Ablauf der dreijährigen Heilungsbewährungszeit ist eine Nachprüfung durchzuführen. Bei rezidivfreiem Verlauf hängt der GdSB von den verbliebenen Organschäden bzw. Funktionseinschränkungen als Folge von Bestrahlung und Chemotherapie ab. Einen Mindest-GdB wie bei allogener Stammzelltherapie gibt es hier nicht. Am häufigsten finden sich Müdigkeit, Polyneuropathie, Sterilität, psychomotorischer Entwicklungsrückstand und kognitive Beeinträchtigungen, aber auch Herzschäden bei bestimmten Chemotherapeutika (Anthrazykline).

(Kommentar: Dr. med. Frank Doht-Rügemer)