Entwicklung der Onkologie im letzten Jahrzehnt

D.K.

Dieter K.

Hossfeld

Abteilung Onkologie-Hämatologie der Medizinischen Universitätsklinik Eppendorf, Hamburg

Sonderdruckbestellungen an: Prof. Dr. Dieter K. Hossfeld, Abteilung Onkologie-Hämatologie der Medizinischen Universitätsklinik Eppendorf, Martinistraße 52, D-2000 Hamburg 20

Ein unter diesem Thema stehender Beitrag muß mit der Denkschrift beginnen, die C.G. Schmidt und E. Scherer verfaßt hatten und die im Mai 1975 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht wurde. In dieser Denkschrift «Zur Situation der Onkologie in Deutschland» wurde festgestellt, daß im Vergleich zu anderen Ländern ein Nachholbedarf von mindestens 10 Jahren bestünde. Es wurde beklagt, daß die Fachrichtung Onkologie praktisch noch nicht existiere, Behandlungszentren für Krebserkrankungen nur vereinzelt vorhanden seien und der Kenntnisstand über onkologische Therapiemöglichkeiten ungenügend sei, so daß die Mehrzahl der Patienten mit bösartigen Erkrankungen unterversorgt wurde. Die Autoren forderten die Inangriffnahme einer aktiven Krebspolitik, deren Fundamente die nach bestimmten Richtlinien zu leistende Ausbildung von Internisten zu medizinischen Onkologen, die Schaffung einer entsprechenden Teilgebietsbezeichnung sowie die Einrichtung selbständiger medizinisch-onkologischer Abteilungen an den Universitätskliniken und großen Krankenhäusern sein mußten.

In einem Rückblick wie diesem muß neben den Autoren der Denkschrift ein weiterer Name genannt werden: Frau Dr. M. Scheel, Gründerin der Deutschen Krebshilfe e.V., deren Initiative nicht zufällig mit der Veröffentlichung der Denkschrift zusammenfiel. Sie bewirkte die Gründung der ersten Tumorzentren, sie sensibilisierte und motivierte die Bevölkerung und aktivierte die Politiker, sich dem Krebsproblem zu stellen.

Es kann gesagt werden, daß die Mehrzahl der in der Denkschrift angeführten Mißstände während der vergangenen

11 Jahre beseitigt und die meisten Forderungen erfüllt werden konnten. Auf allen Gebieten der Onkologie wurden unbestreitbare Fortschritte erzielt. Die Fortschritte umfassen die operativen Fächer, die Strahlentherapie, die Diagnostik, die Nachsorge, die Rehabilitation und nicht zuletzt die Enttabuisierung der Krankheit Krebs. Im folgenden möchte der Autor jedoch schwerpunktmäßig die Entwicklung der medizinischen Onkologie darstellen und auf einige Probleme verweisen, die sich dabei ergeben haben.

Die nackten Zahlen sind eindrucksvoll: Während in der Denkschrift auf «vereinzelte» Behandlungszentren verwiesen wird, gibt es heute 23 in Universitätskliniken eingebettete Tumorzentren sowie 21 sogenannte Onkologische Schwerpunkte, die vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (BMAS) im Rahmen des Gesamtprogrammes zur Krebsbekämpfung gefördert wurden. Die Krankenkassen sind im Begriff, die Kosten für das vom BMAS geförderte Personal (Ärzte, Informatiker, Dokumentationsassistenten) zu übernehmen. 90 % der tumorkranken Kinder und etwa 40 % der Erwachsenen werden von den Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunktkrankenhäusern erfaßt. Der BMAS beschränkte seine Förderung auf Versorgung; die für die Fortentwicklung der klinischen Onkologie essentielle Vernetzung mit der Forschung wurde ermöglicht durch den Bundesminister für Forschung und Technologie (BMFT), der im Rahmen des Programmes Therapiestudien über 40 Haupt- und Teilprojekte förderte.

Die konkreten Auswirkungen dieser Aktivitäten auf die Versorgung der Krebspatienten in Zahlen zu fassen, dürfte schwer sein. Die maximal und optimal zentralisierte pädiatrische Onkologie kann hier noch am ehesten mit Daten aufwarten. Unstrittig ist, daß die notwendigen onkologischen Infrastrukturen geschaffen wurden, daß das Konzept der Kooperation verschiedenster Disziplinen Fuß fassen und praktiziert werden konnte und daß, jedenfalls hinsichtlich der Versorgung, ein Nachholbedarf im Vergleich zu anderen Ländern nicht mehr gegeben ist. Es kann darüber hinaus festgestellt werden, daß auf einigen Gebieten in Deutschland Schrittmacherdienste geleistet wurden, welche international anerkannt und umgesetzt wurden. Vergessen sind die Zeiten, in denen das Wort Onkologie selbst für manche Mediziner noch ein Fremdwort war. Daß man verständnislose, mitleidige Reaktionen erfährt, wenn man sich unter Kollegen als Onkologe zu erkennen gibt, ist nicht mehr die Regel. Der Fachkundige wird sich sogar mit der Berufsbezeichnung Onkologie nicht zufrieden geben; er möchte wissen, ob man chirurgischer, gynäkologischer, urologischer, dermatologischer, radiologischer, pädiatrischer oder medizinischer Onkologe ist. Während die Zuordnung zu der einen oder anderen Fachrichtung noch einfach ist, haben sich bei der Definition der Tätigkeitsmerkmale und der Qualifikationsmerkmale der verschiedenen Onkologen Probleme ergeben. Der chirurgische Onkologe stößt sich daran, daß z.B. die Mammachirurgie in Deutschland weitgehend in die Hände der Gynäkologen übergegangen ist. Die pädiatrischen Onkologen dehnen ihren Kompetenzbereich auf das jugendliche Erwachsenenalter aus, soweit es sich um kurativ behandelbare Erkrankungen handelt. Es gibt die Tendenz zu «Organ-Onkologen» und «Morbus-Spezialonkologen», die die Durchführung umfassender diagnostischer Untersuchungen sowie der verschiedensten therapeutischen Verfahren beanspruchen. Die Anwendung der medikamentösen Krebstherapie wird von alien Disziplinen als ein Bestandteil ihres Arbeitsgebietes aufgefaßt.

Auch im Hinblick auf den letzteren Umstand wurde versucht, die Teilgebietsbezeichnung «Internistische Onkologie» zu schaffen. Im Protokoll der vom BMAS koordinierten Arbeitsgruppe III (Verbesserung der Krebsbehandlung) heißt es, daß mit der Einführung dieser Teilgebietsbezeichnung in Kürze zu rechnen sei. Davon kann heute nicht mehr die Rede sein. Die Bemühungen zur Einführung der Teilgebietsbezeichnung

Hossfeld: Entwicklung der Onkologie im letzten Jahrzehnt

mußten aufgegeben werden. Selbst der Kompromißformel einer erweiterten Teilgebietsbezeichnung Hämatologie-Onkologie wurde bislang von dem entsprechenden

Gremium der Bundesärztekammer die Zustimmung versagt. Unabhängig davon wurde der Inhalt der Weiterbildung festgelegt, und die Arbeitsgemeinschaft für internistische Onkologie hat eine Definition des medizinischen Onkologen-Hämatologen verabschiedet: Er (sie) ist Arzt für Innere Medizin, verfügt über eine mindestens dreijährige Weiterbildung auf dem Gebiet der Onkologie-Hämatologie, davon zwei Jahre mit internistisch-onkologischem Schwerpunkt und ist aktiv sowie überwiegend im Teilgebiet tätig.

Die Gründung der Tumorzentren mit Hilfe der Deutschen Krebshilfe sowie die Förderungskriterien des BMAS für Tumorzentren und onkologische Schwerpunkt-Krankenhäuser eröffnete den medizinischen Onkologen-Hämatologen Berufsaussichten. In Göttingen wurde in der Medizinischen Universitätsklinik ein Lehrstuhl für Hämatologie und Onkologie geschaffen. Die Medizinische Fakultät der Universität Hamburg handelte konsequent und richtete entsprechend der Gewichtung der Probleme den Lehrstuhl für Onkologie und Hämatologie ein. An anderen Universitäten wurde weniger gradlinig, z.T. scheinbar halbherzig verfahren. Medizinische Kliniken mit den Schwerpunkten Onkologie und Hämatologie und/oder Gastroenterologie und/oder Immunologie wurden ausgeschrieben oder Funktionsbereiche innerhalb der Kliniken kreiert. Im nachhinein muß man sagen, daß die gradlinige Lösung die schwierigere ist, weil die Ärztekammern den Inhabern von Lehrstühlen für Onkologie und Hämatologie die Weiterbildungsermächtigung für Innere Medizin streitig machen, die Einstellung von «fertigen» Internisten durch die Hochschulgesetze erschwert ist und das Teilgebiet Onkologie nicht akzeptiert wurde. Ständiges Rotieren der Assistenten ist die Folge, was sich nachteilig auf die Kontinuität der Forschung und Patientenversorgung auswirkt. Bei der Strukturierung medizinischer Kliniken sollten diese Probleme in Zukunft mehr Beachtung finden.

Gleichwohl haben die Universitätskliniken während der vergangenen Jahre eine größere Zahl qualifizierter Onkologen-Hämatologen hervorgebracht, die die Universitäten verließen und in Schwerpunkt-Krankenhäusern und Schwerpunkt-Praxen ihren Beitrag zur Versorgung der Krebs- und Leukämiekranken leisteten. Aber auch diese Entwicklung, von Politikern und Kassenverbänden unter dem Schlagwort der flächendeckenden, wohnortnahen Krankenversorgung gefördert und gefördert, hat Probleme aufgeworfen. Die Forderung nämlich, daß jedem Patienten eine wohnortnahe, dem internationalen Standard entsprechende Versorgung zuteil werden muß, ist nicht realistisch. Dies hängt wesentlich damit zusammen, daß namentlich in der medizinischen und pädiatrischen Onkologie, aber auch in der radiologischen Onkologie bis auf weiteres so gut wie keine «Standardtherapie» verfügbar sein wird. Entgegen weitläufigen Meinungen ist z.B. weder die Therapie von Patienten mit Morbus Hodgkin noch von Patienten mit Osteosarkom noch von Patienten mit Mammakarzinom standardisiert, und das gilt gleichermaßen für medikamentöse und operative und radiologische Verfahren. Vielmehr sind die Therapien für diese und nahezu alle anderen bösartigen Erkrankungen einem ständigen, kurzfristigen Wechsel unterworfen. Der Wechsel wird erzwungen durch die Verpflichtung, die Therapieergebnisse unter laufender Berücksichtigung klinischer und experimenteller Daten zu optimieren. Hieraus folgt, daß die überwiegende Mehrzahl der Tumorkranken innerhalb sog. Therapiestudien zu betreuen ist. Die Beteiligung an derartigen Therapiestudien setzt jedoch in intellektueller, personeller und finanzieller Hinsicht eine kritische Masse voraus, die in Krankenhäusern der Regionalversorgung und in Praxen nicht vorausgesetzt werden kann. Nicht nur, daß die prinzipielle dezentrale Versorgung von Tumorkranken durch das Fehlen von Standardtherapien in Frage zu stellen ist, sie erschwert darüber hinaus den therapeutischen Fortschritt. Die

Dezentralisierung birgt die Gefahr in sich, daß den für die Forschung verantwortlichen Tumorzentren Patienten weder in ausreichender Zahl noch in adäquater Verfassung zugewiesen werden. Noch so hoffnungs-volle Therapiekonzepte können zu falsch-negativen Resultaten führen, wenn sie an zu kleinen Patientengruppen oder vorbehandelten Patienten untersucht werden. Aus dieser Perspektive tauchen auch bezüglich der onkologischen Schwerpunkt-Praxen Fragezeichen auf. Indem sie in mehr oder weniger unmittelbarer Nähe zu funktionierenden Tumorzentren angesiedelt wurden, entfernten sie sich von ihrem eigentlichen Ziel, der wohnortnahen Versorgung. Vielmehr traten sie damit in unverhohlene Konkurrenz zu den Polikliniken und Ambulanzen. Die Förderung der Schwerpunkt-Praxen mit öffentlichen Mitteln sollte sich auf onkologisch unterversorgte Regionen beschränken. Hier hätten sie eine wichtige Funktion als Mittler zwischen Allgemeinarzt und Tumorzentrum sowie als Außenstelle des Tumorzentrums. Aber auch hier sollten sie Praxis bleiben und sich nicht zu Tageskliniken aufblähen.

Die weitere Entwicklung der Onkologie wird u.a. davon abhängen, inwieweit die Tumorzentren in Anbetracht einer steigenden Arztdichte und einer abnehmenden Bevölkerung in der Lage sein werden, durch fachliche Kompetenz, Kollegialität und Einfühlungsvermögen ihre Sogwirkung zu erhalten. Es gilt zu überzeugen, daß die Zentralisierung um so notwendiger ist, je seltener das Tumorleiden ist und je schwieriger die Therapiemodalitäten zur Kuration sind. Für die überwiegende Mehrzahl der Tumorerkrankungen, die aus Kapazitätsgründen nur teilweise und vorübergehend in Zentren zu behandeln sind, müssen die Tumorzentren neben der Sogwirkung insbesondere eine Breitenwirkung entfalten. Konferenzen, Seminare, ständige Aktualisierung von Richtlinien zur Diagnose und Therapie, regionale und überregionale Konsilien sind bewährte Medien für eine derartige Breitenwirkung. Die Qualität der Vor- und Nachsorge steht und fällt mit der Breitenwirkung der Tumorzentren.

1986;009:6