

Onkologie

Bessere Zusammenarbeit geplant

Besonders deutlich sichtbar wird der medizinische Fortschritt im Bereich der Diagnostik und Therapie von Blut- und Krebskrankheiten. Zunehmend werden in der Fachgesellschaft und der Wissenschaftsgemeinde aber auch die Herausforderungen diskutiert, die sich aus den Innovationen ergeben.

Kaum ein anderes Fachgebiet der Medizin ist von solch einer Explosion des Wissens gekennzeichnet wie die Onkologie. In der Krebsmedizin wird zudem für viele Menschen die Translation neuer Erkenntnisse in die Versorgung direkt sichtbar. Damit diese aber auch tatsächlich die Heilungschancen für Patienten erhöhen können, ist ein enges Zusammenspiel von Behandlung und Forschung sowie eine gute Vernetzung der Leistungserbringer nötig. Darauf verwies die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) bei ihrer diesjährigen Frühjahrstagung am 22. und 23. März in Berlin.

Trotz aller Forschungserfolge: Prognosen zufolge wird sich die Krebsneuerkrankungsrate in den nächsten Jahren noch erhöhen. Um auch künftig die etwa 500 000 Menschen in Deutschland, die jährlich neu an Krebs erkranken, gut und umfassend versorgen zu können, werde intensiv über eine Strategie innerhalb der Fachgesellschaft diskutiert, sagte Prof. Dr. med. Carsten Bokemeyer, Vorsitzender der DGHO. Derzeit arbeiteten die verschiedenen Untergruppen der DGHO an einem gemeinsamen Positionspapier zur „Gegenwart und Zukunft der Medizinischen Onkologie“. Dieses stehe jetzt kurz vor der Fertigstellung.

Onkologische Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg

„Unser Ziel ist es, die Zukunft der Versorgung von Krebspatienten gemeinsam zu gestalten, und zwar über die Sektorengrenzen hinweg“, erläuterte Prof. Dr. med. Stephan Schmitz, Vorsitzender des Berufsverbands der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in



Foto: Science Photo Library/Culbert, Colin

Deutschland (BNHO). Die optimale Patientenversorgung sei die gemeinsame Kernaufgabe, die es im Konsens – und nicht im Wettbewerb – zu bewältigen gelte.

Früher habe man oft Konkurrenzdenken und Abgrenzungstendenzen innerhalb der DGHO beobachten können, räumte Prof. Dr. med. Martin Bentz, 1. Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft der Hämatologen und Onkologen im Krankenhaus (ADHOK), ein. „Jetzt haben wir eine gemeinsame Ebene gefunden. Das ist ein großer Mehrwert des Papiers.“ Die verschiedenen Versorgungsebenen spielten zwar wichtige Rollen, man brauche aber eine gute Vernetzung, um die Patienten flexibel zu führen.

Der rasante Wissenszuwachs in der Onkologie in den letzten Jahren

Der Begriff „Medizinischer Fortschritt“ weckt positive Assoziationen. Sein Einsatz in der Versorgung stellt Ärzte jedoch vor vielfältige Herausforderungen.

habe die Möglichkeiten zur Krebsdiagnose und -therapie enorm erweitert, bestätigte Prof. Dr. med. Lorenz Trümper, Vorsitzender der Vereinigung der universitären Hämatologen und Onkologen (VUHO). Man benötige jedoch nicht nur grundlagenbezogene Forschung, sondern auch klinische Forschung und translationale Forschung.

Flächendeckend wissensgenerierende Patientenversorgung

Ziel sei die Etablierung einer „forschenden Medizin“ auf allen Versorgungsebenen, resümierte Prof. Dr. med. Michael Hallek, geschäftsführender Vorsitzender der DGHO. „Unser Positionspapier schafft das Bekenntnis, sich gemeinsam um den Patienten zu kümmern. Konkret bedeutet das: Forschung ist gleich Therapie und Therapie ist gleich Forschung.“ In nahezu keinem anderen Gebiet der Medizin würden sich die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen so intensiv zur Forschung bekennen wie in der Onkologie.

„Unsere wissensgenerierende onkologische Versorgung wird helfen, die vorhandenen Wissenslücken beim Einsatz onkologischer Innovationen zu schließen, damit die relevanten Aspekte tatsächlich beim Patienten ankommen“, betonte Schmitz, niedergelassener Onkologe in Köln. „Das Know-how haben wir.“ Wichtig seien bei diesem Prozess lokale und überregionale Tumorboards, in denen bei der Anwendung von Innovationen alle betreuenden Ärzte eng miteinander kooperierten und die Behandlungsdaten dokumentierten. „So werden wir es schaffen, Innovationen auch in der Fläche an den Patienten zu bringen.“

Bereits jetzt hat der medizinische Fortschritt mit seinen – insbesondere in der Onkologie – zielgerichteten und individuellen Therapien die Lebenserwartung und -qualität steigern können. Darauf verwies jüngst auch Prof. Dr. rer. nat. Jörg Hacker, Präsident der Leopoldina, anlässlich eines Fachgesprächs der Nationalen Akademie der Wissenschaften zur Frage „Wie kommt der Patient zum medizinischen Fortschritt?“.

Gleichzeitig wachse aufgrund der steigenden Zahl der Krebsneuerkrankungen die Sorge, dass die zahlreichen Innovationen der Krebsmedizin das Gesundheitssystem finanziell überfordern, gab Hallek zu Bedenken. „Krebs ist heute nicht nur eine Krankheit, sondern besteht aus Hunderten unterschiedlicher, genetisch definierter Erkrankungen“, erklärte der am Centrum für Integrierte Onkologie der Universitätsklinik Köln/Bonn tätige Onkologe. In der Krebsmedizin habe es in den letzten Jahren einen „exponentiellen und in finanzieller Hinsicht geradezu schon beängstigenden Zuwachs“ an neuen Substanzen gegeben, denen der Sprung von der Grundlagenforschung in die Patientenversorgung gelang. Nicht zu vergessen sei jedoch: „Die Richtung der Forschung ist industriegesteuert.“

Ökonomie beeinflusst stark die Richtung der Forschung

Damit verwies Hallek zusätzlich zur Finanzierungsproblematik noch auf ein weiteres Manko bei Forschung und Translation von Erkenntnissen in den Versorgungsalltag: Viele seltene Erkrankungen – und damit auch seltene Krebserkrankungen – würden von der Pharmaindustrie nämlich kaum erforscht. Patienten mit diesen Erkrankungen profitierten deshalb auch nur wenig vom generellen medizinischen Fortschritt. Etwa vier Millionen Menschen in Deutschland hätten eine seltene Erkrankung und häufig keine Diagnose, bestätigte die Dermatologin Prof. Dr. med. Leena Brückner-Tudermann von der Universität Freiburg. Die Pharmaindustrie forsche nicht auf

diesen Gebieten, da dies nicht lukrativ sei, beklagte sie bei der Diskussion der Leopoldina.

„Der medizinische Fortschritt wird ökonomisch behindert“, bedauerte auch der Internist Prof. Dr. med. Jürgen Schölmerich, Mitglied der Leopoldina. In der Forschung gebe es noch viele Defizite, beispielsweise würden Randgruppen, wie Hochbetagte oder Minderjährige, nur selten in die Studien einbezogen. Defizite bestünden auch bei der frauenspezifischen Forschung.

Viele Patienten in kleinen Krankenhäusern seien ebenfalls weit von einer Teilhabe am medizinischen Fortschritt entfernt, argumentierte der Gesundheitsmanager Prof. Dr. med. Reinhard Busse, Berlin. Deutschland sei ein „fortschrittsgläubiges Land“. Medizinischer Fortschritt werde häufig von den Krankenkassen vergütet, obwohl der tatsächliche Nutzen einiger im



Foto: Universitätsklinik Köln/MFK

noch immer ein Entwicklungsland, beklagte der MFT-Präsident. Es werde wenig über die Sektorengrenzen hinaus kommuniziert und damit die Möglichkeit zum Erkenntnisgewinn verschenkt. Der Informationsaustausch des stationären mit dem niedergelassenen Bereich müsse deutlich verbessert werden, forderte er. Wenn heute ein Krebspatient in einer Klinik behandelt werde, gehe er häufig immer noch mit einem Arztbrief in der Tasche aus dem Krankenhaus. „Das ist etwa vergleichbar mit der Situation, wenn man mit einer Pferdekutsche von Göttingen nach Berlin fährt, statt den ICE zu nehmen.“

Fortschritt darf nicht zu „laborwertorientierter Medizin“ führen

Davor, allein den medizinischen Fortschritt ins Auge zu fassen und darüber das Vertrauensverhältnis von Arzt und Patient zu vernachläss-

„In der Onkologie ist Forschung gleich Therapie und Therapie gleich Forschung.“

Prof. Dr. med. Michael Hallek, geschäftsführender Vorsitzender der DGHO

stationären Bereich eingesetzten Methoden gar nicht nachgewiesen sei. Busse empfahl deshalb, kleinere Krankenhäuser zu schließen und lediglich an größeren Kliniken neue und differenzierte Methoden und Behandlungsverfahren einzusetzen und zu erforschen.

Anderer Ansicht ist Prof. Dr. rer. nat. Heyo K. Kroemer, Präsident des Medizinischen Fakultätentages (MFT): „Die Versorgungsproblematik in der Fläche ist komplex. Fest steht: Die Bevölkerung muss auch vor Ort stationär versorgt werden können“, sagte er. Sei ein Konzentrationsprozess gewollt, müsse dieser politisch begleitet werden. Sein Ansatz: Um den medizinischen Fortschritt in der Fläche zum Patienten zu bringen, müsse man sich verstärkt für die Digitalisierung der Gesundheitsversorgung einsetzen, ist Kroemer überzeugt. „Die Möglichkeiten des medizinischen Fortschritts werden ganz wesentlich durch die Informationstechnologie bestimmt.“

Allerdings sei Deutschland bezüglich der Basisdigitalisierung

signen, warnte Prof. Dr. med. Annette Grüters-Kieslich von der Universität Heidelberg. „Die Innovationen und neuen Technologien verändern den Arztberuf. Einige Ärzte machen nur noch eine laborwertorientierte Medizin“, bedauerte sie. Es sei eine Gratwanderung, den medizinischen Fortschritt sinnhaft an den Menschen heranzubringen. „Ärzte müssen zunächst zuhören können sowie ihre Patienten verstehen und dann die beste Entscheidung treffen“, sagte die Pädiaterin.

Der Geriater und Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), Prof. Dr. med. Cornel C. Sieber, plädierte dafür, als Ziel des medizinischen Fortschritts nicht nur eine alleinige Verlängerung der Überlebenszeit zu sehen. „Ältere Patienten erwarten, dass das akute Problem in ihre Multimorbidität eingebettet wird“, sagte er. Sich rasant entwickelnde Technologien böten dabei Hilfe, könnten aber den Blick auf den gesamten Menschen nicht ersetzen.

Dr. med. Eva Richter-Kuhlmann