

Die Zukunft der Uro-Onkologie: Eine Standortbestimmung



1. Einleitung

Verfolgt man die in den letzten Monaten geführten Diskussionen um die Zukunft der Onkologie in unserem urologischen Fachgebiet, so dominieren kritische und pessimistische Einschätzungen, die unsere onkologische Kernkompetenz gefährdet sehen. Ist dies nun ein nur zur Schau getragener Zweckpessimismus im Chor des allgemeinen Wehklagens um knapper werdende Ressourcen, oder aber gibt es tatsächlich Indikatoren, die den drohenden Verlust unserer onkologischen Diagnostik- und Therapiefreiheit anzeigen?

Eine verlässliche Einschätzung der Zukunft der Onkologie als integraler Bestandteil der Urologie ist nur möglich, wenn man um den aktuellen Stellenwert der Urologie bei der Versorgung onkologischer Patientinnen und Patienten weiß, die Entwicklungen der vergangenen Jahre in der Onkologie allgemein nachvollzieht und die aktuellen Bestrebungen zur Neuordnung der ambulanten Onkologie mit ihren Auswirkungen in Klinik und Praxis zur Kenntnis nimmt.

Die Analyse dieser Fakten ist Voraussetzung für die Entwicklung und Durchsetzung eines Konzeptes zur Teilnahme der Urologie am zukünftigen spezialärztlichen Sektor „ambulante Onkologie“.

2. Urologie und Onkologie in Zahlen

Die Bedeutung der Onkologie für die ärztliche Tätigkeit in unserem Fachgebiet kann eigentlich nicht überschätzt werden. Je nach Schwerpunktbildung des Praxisinhabers werden zwischen 20 und 50 % der abgerechneten Leistungen bei Patienten mit tumorösen Veränderungen der harnableitenden Wege erbracht. Bereits zum Zeitpunkt der Gültigkeit der alten Onkologievereinbarung (07.07.1994 - 31.12.2008) wurde der erforderliche erhebliche Mehraufwand in der Praxisführung durch besondere Vergütungszugeständnisse ausgeglichen. Trotz der bereits damals gültigen erheblichen fachlichen und organisatorischen (und von den Landes-KVen abgeprüften) Voraussetzungen zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung partizipierten ca. 1230 urologische Praxen bundesweit. Diese Zahl wirkt besonders beeindruckend, wenn man davon ausgeht, dass bundesweit damals nur insgesamt 2800 Praxen aller Fachrichtungen an der Onkologievereinbarung teilnahmen (unveröffentlichte Daten der Onkologiekommision Niedersachsen, 2001).

Ein weiteres Indiz für die Bedeutung der Onkologie für das Fachgebiet Urologie ist die genaue Kenntnis der onkologischen Erkrankungen in Deutschland. Die letzte Auswertung des Robert-Koch-Institutes für das Jahr 2006 (Krebs in Deutschland 205/2006: Häufigkeit und Trends, 7. Ausgabe, 2010) zeigt für das Jahr 2006 ca. 229.200 Tumorerkrankungen des Mannes gegenüber 197.600 Tumorerkrankungen bei der Frau. Betrachtet man dabei die unterschiedlichen urologischen Tumoren (Prostata, Hoden, Nieren und ableiten-

de Harnwege, Harnblase) ergeben sich aus diesen Zahlen, dass 41,23% aller Tumore des Mannes aus dem Bereich der harnableitenden Wege stammen, gegenüber 7,35 % bei der Frau. Hieraus ergibt sich für die Urologie, dass insgesamt 25,54% aller Tumore aus dem Fachgebiet Urologie stammen (Tabelle des Robert-Koch-Institutes 2010). Und dieser bemerkenswert hohe Anteil der Urologie an der onkologischen Versorgung wird sich in den nächsten Jahren aufgrund der Altersentwicklung der Bevölkerung noch steigern.

Die Bedeutung unseres Fachgebietes muss jedoch in Kenntnis der Gesamtzahl an der verträglichsten Versorgung teilnehmender Ärzte gesehen werden. Danach sind von derzeit 138.472 Ärztinnen und Ärzten lediglich 3042 Urologen tätig. Dies entspricht einem Anteil von 2,2%! (statistische Informationen aus dem Bundesarztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Stand 31.12.2010).

Betrachtet man die bei den Ärztekammern registrierten Ärztinnen und Ärzte nach Gebiet und Facharztbezeichnung (dies schließt die im Krankenhaus tätigen Fachärzte mit ein), so sind von 439.000 Kolleginnen und Kollegen nur 6751 Urologen, dies entspricht einer Prozentzahl von nur 1,5% (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2011).

In Anbetracht des zunehmenden Wettbewerbes im Gesundheitssystem bei gleichzeitig vermeintlich knapper werdender Ressourcen ist die Brisanz der hier vorgestellten Zahlen jedermann erschließbar. Nur in Kenntnis dieser Fakten lassen sich Entwicklungen der letzten Jahre verstehen, die als „Herausforderungen“ für unser Fachgebiet von außen zu sehen sind und sich - bleiben sie ohne Konsequenzen - zu einer ernstesten Bedrohung für unsere onkologische Kernkompetenz entwickeln.

Herausforderung Nr. 1: Die medikamentöse Tumorthherapie

Die Zusatzweiterbildung medikamentöse Tumorthherapie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Anwendung und Überwachung der medikamentösen Therapie solider Tumorerkrankungen des jeweiligen Gebietes einschließlich supportiver Maßnahmen und der Therapie auftretender Komplikationen. Diese „Zusatzbezeichnung“ wurde 2003 in die Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer aufgenommen und zwischenzeitlich, nach einer fast allen Bundesländern abgelaufenen Übergangszeit, in die Weiterbildungsordnungen der Länder umgesetzt.

Nach Ablauf der Übergangsfristen, in denen die Selbstbescheinigung durchgeführter Chemotherapiezyklen sowie die Teilnahme an einer Prüfung vor der Landesärztekammer zum Erwerb der Zusatzbezeichnung ausreichte, ist mittlerweile für den Urologen in der Fort- und Weiterbildung außerhalb von onkologischen Schwerpunktzentren allein durch den Nachweis von mehr als 500 Therapiezyklen pro Jahr der Erwerb der Zusatzbezeichnung nahezu unmöglich geworden. Selbst in High-Volume-Centern dürfte damit die Anzahl der Auszubildenden mit 1 - 2 Kolleginnen und Kollegen pro Jahr limitiert sein. Die Einführung der Zusatzbezeichnung medikamentöse Tumorthherapie war ursprünglich ohne erkennbaren Mehrwert für den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Kollegen, so dass von vielen die Übergangsfrist zum Erwerb ungenutzt blieb.

Erst mit Einführung der neuen Onkologievereinbarung wurde diese o. g. Zusatzbezeichnung als notwendige Voraussetzung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung eingeführt; für viele Kolleginnen und Kollegen ein jetzt nicht mehr überwindbares Hindernis.

Herausforderung Nr. 2:

Die Onkologievereinbarung

Die „Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten, kurz „Onkologievereinbarung“ genannt (Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen)“ vom 01.07.2009, stellt streng genommen keine neuen Vereinbarung, sondern nur eine Verschärfung der (Abrechnungs)-bedingungen dar. Bereits in der alten Onkologievereinbarung in der Fassung vom 7. Juli 1994 waren anspruchsvolle Voraussetzungen formuliert: Dokumentierte 200 Therapiezyklen pro Organgebiet, profunde Kenntnisse bei der Durchführung und Beurteilung diagnostischer Maßnahmen bei neoplastischen Erkrankungen, in der Pharmakologie, der Toxikologie und Pharmakodynamik, in der Therapie mit Blutbestandteilen, der psychosomatische Krankenbetreuung, dokumentierte Mitarbeit in onkologischen Kooperationsgemeinschaften (Vorläufer des Tumorboard) sowie Anforderung an die Therapiedokumentation. Auch die Beschäftigung qualifizierter Arzthelferinnen (120 Stunden berufsbegleitende onkologische Nachschulung mit regelmäßiger Wiederauffrischung derer onkologischen Kenntnisse) war bereits fester Bestandteil der alten OV. Zusätzlich verschärft wurde die neue Vereinbarung jedoch durch den Nachweis sogenannter Mindestmengen bei der anti-neoplastischen und/oder intravenösen und/oder intrakavitären Therapie; die zwingende Voraussetzung der Zusatzbezeichnung „medikamentöse Tumorthherapie“ sowie zwingende Erfüllung organisatorisch/räumliche/materielle Voraussetzungen für die Therapie von Tumorpatientinnen und -Patienten. Wenngleich die Onkologievereinbarung in keiner Kassenzentralen Vereinigung bislang im Originaltext umgesetzt wird, sondern bislang nach mehr oder wenig großzügigen Übergangsregelungen gehandelt wird, stellt besonders die Anforderung an die Mindestmengen eine nicht

zu akzeptierende, weil unsinnige und falsche Anreize schürende Hürde bei der Teilnahme an der Onkologievereinbarung dar.

Herausforderung Nr. 3: Gründung einer Arbeitsgruppe „Urogenitaltumore des Mannes“ in der AIO

Vermeintlich völlig „aus heiterem Himmel heraus“ kommt es im Spätherbst 2009 in der Arbeitsgemeinschaft internistischer Onkologen, wie die AUO auch eine Arbeitsgruppe der deutschen Krebsgesellschaft, zur Gründung einer „AG Urogenitaltumoren des Mannes“ unter der Leitung von Prof. C. Bokemeyer, Hamburg. Hätte man die Einführung der Zusatzbezeichnung der medikamentösen Tumorthherapie und die Verschärfung der Onkologievereinbarung noch als sachbezogenes Handeln interpretieren können im Sinne einer Qualitätsverbesserung bei der onkologischen Versorgung krebskranker Patienten auch im Fachgebiet Urologie, so ist die Gründung einer internistischen Arbeitsgruppe zur Bearbeitung von rein internistisch geführten Therapiestudien bei Urogenitaltumoren des Mannes ein eklatanter Angriff auf die Fachgerichtsautonomie. Dieser Vorstoß ist auch nicht mehr mit qualitätssichernden Maßnahmen zu erklären, sondern zeigt eindeutig die Tendenz einer anderen Fachgruppe, sich zu Lasten der Urologie auszudehnen.

Herausforderung Nr. 4: Organspezifische Anforderungen an die Diagnostik und Therapie in onkologischen Zentren

Am 16.08.2008 stellte die damalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt den Nationalen Krebsplan gemeinsam mit der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren vor. Hierin wurde die Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung, der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung,

effiziente urologische Arzneimitteltherapie sowie die Stärkung der Patientenorientierung als Ziel formuliert. Die Nationale Krebskonferenz, die am 23.06.2009 tagte, stellte nunmehr konkrete Modelle zur weiteren Entwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung vor. Hierzu gehören die von der Zertifizierungskommission onkologischer Zentren formulierte Neuordnung: „Ziel ist die Besprechung der verschiedenen Tumorentitäten in einer gemeinsamen, interdisziplinären, wöchentlichen Konferenz. Die Tumorkonferenz ist die Kernstruktur für die Realisierung der interdisziplinären Zusammenarbeit.“

Von der Zertifizierungskommission der DKG wurden insgesamt 6 Schwerpunkte benannt zur Gliederung des gesamten Tumoraufkommens. In Schwerpunkt 3 wurde dabei für die zukünftige Diagnostik und Therapie aller urogenitalen Tumore (mit Ausnahme des oberflächlichen Harnblasenkarzinoms) Bedingungen formuliert, die einen tiefen Eingriff in die Gebietsautonomie der Urologen darstellen: So sollte unter der Leitung der Hämatoonkologen jeweils einmal wöchentlich über Diagnostik (!) sowie Therapie urogenitaler Tumore jedwedem Stadiums beraten werden. Gemäß Mehrheitsvotum wäre dann das Ergebnis vom Urologen umzusetzen.

Herausforderung Nr. 5: Neuordnung der ambulanten Onkologie: Eine Expertise

Die vorerst letzte Herausforderung unserer Gebietsautonomie ist ein im Auftrag des Bundesverbandes der niedergelassenen Hämato-Onkologen und Onkologen e. V., der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie e. V. und der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. erstelltes Gutachten der Universität Duisburg-Essen, 30. Mai 2011 von Prof. Jürgen Wasem, Gesundheitsökonom. Es beschreibt die derzeitige onkologische Versorgungsstruktur in Deutschland als inhomogen,

ungleich finanziert und ohne einheitliche Qualitätskriterien. Dieses Gutachten kommt auf Seite 12 u. a. zu dem Schluss, dass primär am Sektor ambulante Onkologie, insbesondere bei der medikamentösen Tumorthherapie nur folgende Arztgruppen teilnehmen können: Fachärzte der Inneren Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und Onkologie, Fachärzte der Gynäkologie mit der Schwerpunktbezeichnung gynäkologische Onkologie, Fachärzte der Kinder- und Jugendmedizin mit der Schwerpunktbezeichnung Kinder-Hämatologie und -Onkologie. Fachärzte mit der Zusatzqualifikation medikamentöse Tumorthherapie erhalten nur in einem Übergangszeitraum die Möglichkeit zur Teilnahme. Im Rahmen dieser Neuordnungsexpertise findet sich die urologisch-onkologische Versorgung nur noch in einem Übergangszeitraum wieder.

3. Maßnahmen zur Verteidigung unserer onkologischen Fachkompetenz

Die zunehmenden Angriffe gegen die Urologie aus der Gruppe der am Ende der onkologischen Versorgungskette stehenden Fachgruppen unter dem Deckmantel der „Qualitätssicherung“ sind nicht länger hinnehmbar. Im Rahmen der derzeit stattfindenden Diskussionen um die Inhalte des Versorgungsgesetzes und der geplanten Einziehung eines dritten Versorgungsektors ist es dringend erforderlich, unsere zweifellos bestehende Kompetenz bei der Diagnostik und Therapie zu positionieren und damit Angriffe auf unseren alleinigen Anspruch bei der onkologischen Betreuung unserer Patientinnen und Patienten abzuwehren. Wie gehen wir nun aber mit den genannten Herausforderungen um?

Ad 1 Medikamentöse Tumorthherapie

Es steht außer Zweifel, dass wir im Rahmen der Neuordnung der

Facharztweiterbildung bei der Formulierung der Musterweiterbildungsordnung schwere Fehler gemacht haben, u. a. durch Aufgabe eindeutig definierter Leistungsanforderungen z. B. zur Erhaltung der onkologischen Kompetenz. Hier gilt es, nach Möglichkeit die Zusatzbezeichnung medikamentöse Tumorthherapie in der Facharztausbildung zu versenken. Bislang gelang dieses nur im Rahmen der Verhandlungen mit der Landesärztekammer Berlin, wo seit 2010 die medikamentöse Tumorthherapie integraler Bestandteil des Facharztes für Urologie ist. Es sollte versucht werden, dieses Berliner Vorgehen bundesweit zu etablieren. Anlässlich des 14. Deutschen Ärztetages vom 31.05. – 03.06.2011 in Kiel wurde ein entsprechender Antrag zur Änderung der Musterweiterbildungsordnung – Zusatzweiterbildung medikamentöse Tumorthherapie an den Vorstand der Deutschen Ärztekammer (Drucksache IV – 15) überwiesen. Jene Kolleginnen und Kollegen, deren Länderärztekammern noch ein Überleitungsverfahren anbieten (z.B. Niedersachsen), sollten davon dringend Gebrauch machen zur Stärkung der urologischen Fachgruppe.

Ad 2 Onkologievereinbarung

Zum 31.12.2008 kündigte der VDAK/AEV einseitig die Onkologievereinbarung. In den darauf folgenden Monaten hat der Berufsverband der Deutschen Urologen, unterstützt von der Deutschen Gesellschaft für Urologie, auf verschiedenen Ebenen vielfach versucht, die Onkologievereinbarung im Sinne der Urologen zu beeinflussen. Heraus gekommen ist ein zum 01.07.2009 verabschiedetes Vertragswerk, das deutliche Zeichen der Einflussnahme durch die Urologen zeigt.

So wurde gegenüber den ersten Entwürfen eine Öffnungsklausel vereinbart, die schließlich, im Falle eines drohenden Versagens der onkologischen Versorgung auf der Fläche ein Abweichen von den Mindestmengen in Absprache mit den Vertragspart-

nern auf Landesebene ermöglicht. Dennoch weist die Onkologievereinbarung in der derzeit gültigen Fassung derart schwere handwerkliche Fehler auf, dass nunmehr zeitnah mit einer Überarbeitung oder gar vollständigen Novellierung zu rechnen ist. Bis auf weiteres jedoch werden Übergangsregelungen verlängert werden bis zu einer möglicherweise vollständigen Neuordnung der onkologischen Versorgung durch den gemeinsamen Bundesausschuss (auf Bundesebene) oder durch Steuerungsgremien „Landesausschuss ambulante Onkologie“ auf Landesebene.

Unabdingbare Voraussetzung für die Aufrechterhaltung unserer urologisch-onkologischen Kompetenz ist indes die kontinuierliche Fort- und Weiterbildung, zum Beispiel durch die Teilnahme an AKO-AUO-Intensivkursen zur Urologischen Onkologie, an den Veranstaltungen der Akademie der Deutschen Urologen und die Fortbildungen des BDU zur Leitliniengerechten Therapie bei urologischen Malignomen. Auch die regelmäßige Fort- und Weiterbildung des beschäftigten Assistenzpersonals (Bestandteil der alten wie neuen Onkologievereinbarung) sollte regelmäßig durchgeführt werden. Ebenso wichtig ist die regelmäßige Teilnahme an einer interdisziplinären Tumorkonferenz (Tumorbord), die gleichzeitig als freiwillige Kontrolle bei der Therapie der eigenen Patienten dient sowie, als positiven Nebeneffekt, für die erforderliche onkologische, CME-zertifizierte Fort- und Weiterbildung sorgt (Beispiel Aufbau und Ablauf der interdisziplinären onkologischen Tumorkonferenz der Universitätsklinik Hamburg Ependorf).

Ad 3 und 4 Provokationen der Urologie durch die AIO sowie die Zertifizierungskommission onkologischer Zentren

Dem aus Sicht der Deutschen Urologie völlig unverständliche Entschluss der Arbeitsgemeinschaft Internistischer Onkologen, unter dem Dach der Deutschen

Krebsgesellschaft eine Arbeitsgruppe zur Diagnostik und Therapie urothelialer Neoplasien aus Sicht der Internisten zu gründen, wurde durch die Arbeitsgemeinschaft Urologischer Onkologen vehement widersprochen. Zitat aus einem Schreiben an die AIO vom 09.11.2009, Prof. Albers: „Der Vorstand der AUO kann“, die eigenständige Gründung von Arbeitsgruppen für urologische Tumore der AIO nicht unterstützen und lehnt die Bildung derartiger Parallelgruppen ab, da diese eine interdisziplinäre und kollegiale Kooperation nicht fördern“.

Ebenso vehement wurde dem Ansinnen seitens der AUO widersprochen, zukünftig im Rahmen wöchentlicher Tumorkonferenzen die Diagnostik und Therapie urologischer Tumorentitäten durch Tumorkonferenzen unter der Leitung eines Hämatonkologen zu planen. Es wurde vielmehr eingefordert, dass eine entsprechende Tumorkonferenz, wenn überhaupt, ausschließlich unter der Leitung der Urologen durchgeführt werden kann, gern bei komplexen Krankheitsgeschehen unter Hinzuziehung weiterer Fachdisziplinen. In jedem Fall muss aber die Leitung in der Hand des Urologen verbleiben.

Ad 5 Zukünftige onkologische Versorgung im Rahmen der Gesetzgebung

Die hier dargestellten Angriffe auf die onkologische Kompetenz der Urologen, durch welchen Gründe auch immer motiviert, zwingen zu einer gemeinsamen Neudefinition der urologisch-onkologischen Kompetenz gegenüber den Verantwortlichen des Gesundheitssystems.

In enger Abstimmung zwischen der Deutschen Gesellschaft für Urologie, dem Berufsverband der Deutschen Urologen sowie der Arbeitsgemeinschaft Urologischer Onkologen wurde ein Grundsatzpapier entwickelt, das als Grundlage der Weiterentwicklung des Selbstverständnisses des Urologen in

Klinik und Praxis, der die eigenverantwortliche Versorgung onkologisch erkrankter Patienten betreibt, formuliert. Dieses Eckpunktepapier artikuliert den Versorgungsanspruch der Urologen im Rahmen der Onkologievereinbarung ebenso wie bei der weiteren Entwicklung der Anforderungen an den zukünftigen Facharzt für Urologie (publiziert Urologe Nr. 8, Seite 1008–1009). Die Lektüre des Positionspapiers sei jedem dringend angeraten, da es die Grundlage unseres Selbstverständnisses wiedergibt und in weiteren Verhandlungen gegenüber der KV, den Krankenkassen sowie anderen Leistungsträgern unseren onkologischen Anspruch definiert.

Fazit

Zur Wahrung der berechtigten Interessen urologischer Tumorpatienten für eine optimale onkologische Versorgung sind - selbstverständlich unter Pflege und Ausbau der sinnvollen und notwendigen interdisziplinären Kooperationen mit anderen Fachgruppen - alle urologischen Initiativen und Energien zu bündeln, die diagnostische sowie therapeutische Federführung für unsere Fachgruppe zu erhalten.

Dr. Andreas W. Schneider

Vorsitzender des BDU-Arbeitskreises der urol. Belegärzte
Vorsitzender der Onkologiekommision der KV Niedersachsen