

Onkologische Versorgung in Rheinland-Pfalz



Foto: MSAGD/Dennis Möbus

Sabine Bätzing-Lichtenthäler
Ministerin für Soziales, Arbeit, Gesundheit und
Demografie des Landes Rheinland-Pfalz

Die rheinland-pfälzische Gesundheitspolitik wird von dem Gedanken geleitet, eine möglichst gute und umfassende Versorgung zur Verfügung zu stellen. In diesem Zusammenhang verfügt Rheinland-Pfalz auch über eine stabile onkologische Versorgung in den Krankenhäusern. Dies gilt insbesondere auch für die pädiatrische Versorgung und die Kinderonkologie in der Universitätsmedizin und in Koblenz.

Die Universitätsmedizin bietet zudem begleitend auch die Teilnahme an sogenannten Tumorboards an. Dieser interdisziplinäre Ansatz wird in Kooperation mit dem Mutterhaus der Borromäerinnen in Trier, dem Klinikum Ludwigshafen und dem Westpfalz-Klinikum in Kaiserslautern durchgeführt.

Mit der Ausweisung der Universitätsmedizin als onkologisches Spitzenzentrum (Comprehensive Cancer Center) und des Mutterhauses der Borromäerinnen als onkologisches Zentrum (Cancer Center) ist Rheinland-Pfalz für die Behandlung von Krebspatientinnen und -patienten gut aufgestellt. Auch das „Brustkrebskonzept“ hat sich bewährt und soll weitergeführt werden.

Allerdings findet die onkologische Versorgung zunehmend auch im ambulanten Bereich statt. Die niedergelassene Ärzteschaft ist dabei nicht nur in der Nachsorge aktiv, sondern auch in der aktiven Behandlung. Insbesondere Leistungen der medikamentösen Tumortherapie werden heute von niedergelassenen onkologisch qualifizierten Ärztinnen und Ärzten erbracht.

Mit der Onkologievereinbarung haben die Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung die vertragliche Voraussetzung für eine flächendeckende ambulante Behandlung in der vertragsärztlichen Versorgung geschaffen. Dies trägt dazu bei, belastende stationäre Aufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen. Durch eine Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen und Hausärzten und ambulanten Pflegediensten kann eine ganzheitliche und ortsnahe Versorgung erfolgen.

Auch die psychoonkologische Beratung ist ein wichtiger Baustein in der Versorgung krebserkrankter Menschen und ihrer Angehörigen. Die Krebsgesellschaft Rheinland-Pfalz

e.V. und das Tumorzentrum Rheinland-Pfalz e.V. arbeiten eng zusammen und haben ein weitläufiges Beratungsstellennetz aufgebaut. Sie bieten fachkompetent vielfältige ambulante Unterstützungsangebote.

Weiterführende Informationen finden Sie unter folgenden Links: <https://www.krebsgesellschaft-rlp.de/> und <https://www.tuz-rlp.de/>.

Krebspatientinnen und -patienten in Rheinland-Pfalz können auf ein breites Spektrum an Versorgungsangeboten zurückgreifen. Trotz der bereits guten onkologischen Versorgung wird stetig eine Verbesserung im Sinne eines Aufbaus einer hochwertigen Versorgungsstruktur mit fachübergreifender, leitlinienkonformer Behandlung, angestrebt.

Auch das Krebsregister Rheinland-Pfalz leistet durch die flächendeckende Registrierung von Daten zu Auftreten, Behandlung und Verlauf bösartiger Neubildungen einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung und Versorgungsforschung. Die jährliche Auswertung der klinischen Daten ermöglicht eine Qualitätskontrolle, durch beispielsweise Erkenntnisse über die Effektivität von Therapien oder einen Vergleich verschiedener Einrichtungen.

Insgesamt unterstützt die Landesregierung Maßnahmen zur Krebsbekämpfung, wie die psychoonkologische Beratung, die Krebsregister, die Selbsthilfe oder Kampagnen zur Information und Aufklärung zur Vorsorge mit rund 1,3 Millionen Euro jährlich.

Onkologische Versorgung: Das Zusammenspiel zwischen Spitzenmedizin, Peripherie und Datensammlungen



Krebs ist ein zentrales Gesundheitsproblem und einer der größten Herausforderungen. Bundesweit leben derzeit über vier Millionen Menschen, die an Krebs erkrankt sind oder waren. Die Onkologie hat in den vergangenen Jahrzehnten viele Fortschritte gemacht. In den 1970er Jahren beispielsweise überlebte nur jeder vierte Betroffene seine Krebserkrankung. Heute können die Hälfte aller erwachsenen Patienten und vier von fünf Kindern geheilt werden.

Nach Angaben der Deutschen Krebshilfe erkranken in Deutschland über eine halbe Million jedes Jahr neu an Krebs. Für das Jahr 2030 soll es schätzungsweise 600.000 neue Krebsfälle geben. Hauptgrund für den Anstieg der Neuerkrankungen: die steigende Lebenserwartung; je älter der Mensch wird, desto anfälliger wird sein Körper für Erbgutschäden, aus denen ein Tumor entstehen kann.

Neben demografischen und genetischen Einflüssen spielen aber auch das individuelle Gesundheitsverhalten, Umweltfaktoren sowie Lebens- und Arbeitsbedingungen bei der Krebsentstehung eine Rolle. Experten schätzen, dass rund 40 Prozent aller Krebserkrankungen durch eine gesunde Lebensweise vermeidbar wären. Bei vielen Krebserkrankungen hängt der Heilerfolg maßgeblich davon ab, ob der Tumor früh genug erkannt wird. Das gesetzliche Krebsfrüherkennungsprogramm bietet Männern und Frauen verschiedene Möglichkeiten, Tumore möglichst in frühen Stadien ihrer Entwicklung aufzuspüren.

WHO: Zahl der Krebsfälle wird sich verdoppeln

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht davon aus, dass sich die Zahl der Krebsfälle weltweit bis 2040 fast verdoppeln wird. Das geht aus dem alle fünf Jahre neu erstellten Weltkrebsreport der Internationalen Agentur für Krebsforschung hervor. 2018 erkrankten demnach weltweit 18,1 Millionen Menschen neu an Krebs, 9,6 Millionen Menschen starben daran. Im Jahr 2040 dürften etwa 29 bis 37 Millionen Menschen neu an Krebs erkranken.

Häufigster Krebstyp weltweit sei Lungen-, gefolgt von Brust- und Darmkrebs. Lungenkrebs sei auch die häufigste krebsbedingte Todesursache, vor Darm- und Magenkrebs.

Krebs zu überleben, sei auch eine Frage des Wohlstands, so die WHO-Agentur. Sowohl Betroffene in ärmeren Ländern als auch ärmere Bevölkerungsschichten in reichen Ländern hätten geringere Überlebenschancen: Die Wahrscheinlich-

keit, an Krebs zu sterben, sei in Ländern mit hohem Einkommen zwischen den Jahren 2000 und 2015 um rund 20 Prozent gesunken, in Ländern mit niedrigem Einkommen um rund fünf Prozent.

Häufigste Tumorarten: Brust-, Lungen-, Prostata- und Darmkrebs

Krebs gehört zu den häufigsten Erkrankungen in Deutschland. Bei den Erwachsenen sind die vier häufigsten Tumorarten Brust-, Lungen-, Prostata- und Darmkrebs. Bei den Kindern und Jugendlichen stellen Leukämien, Tumore am Zentralnervensystem und Lymphome die häufigsten Fälle dar.

Nach Angaben des Statistischen Bundesamts stehen Krebserkrankungen seit vielen Jahren auf Platz zwei der Todesursachen. Platz eins belegen ebenfalls seit vielen Jahren die Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Rund ein Viertel aller Verstorbenen (230.031 Menschen) erlag im Jahr 2018 nach Angaben der Bundes-Statistiker einem Krebsleiden, darunter 124.810 Männer und 105.221 Frauen. Bei Männern war Lungen- und Bronchialkrebs mit 28.350 Fällen die am häufigsten diagnostizierte Krebsart. Bei Frauen war die häufigste Krebserkrankung mit Todesfolge der Brustkrebs mit 18.591 Fällen.

Das Robert-Koch-Institut (RKI) hat berechnet, dass Menschen, die an Krebs sterben, heute im Mittel etwa 74 Jahre alt werden - vier Jahre älter als noch 1980.

Nach einer neuen Schätzung des Robert Koch-Instituts wurden 2016 in Deutschland rund 492.000 Krebserkrankungen diagnostiziert. Etwa die Hälfte der bösartigen Tumoren betraf Brustdrüse (68.900), Prostata (58.800), Dickdarm (58.300) und Lunge (57.500). Das RKI prognostiziert für das Jahr 2020 eine Zunahme der neudiagnostizierten Krebserkrankungen auf rund 510.000 Erkrankungsfälle.



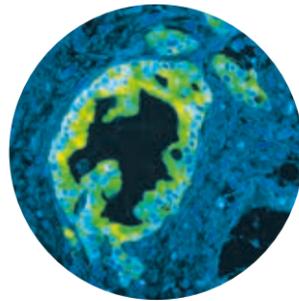


Foto: DKFZ/Hi-STEM, Martin Sprick

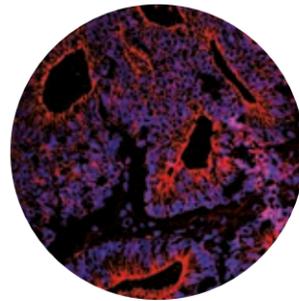


Foto: DKZ

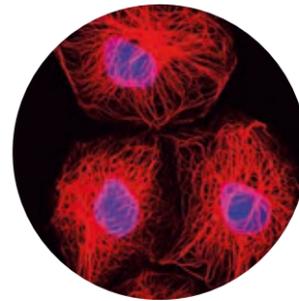


Foto: DKZ

Bauchspeicheldrüsentumor:
Die grüne Fluoreszenzfärbung macht Krebszellen eines menschlichen Bauchspeicheldrüsentumors (exokriner Typ) sichtbar (blau: Zellkerne). Die Tumorzellen sind positiv für CYP3A5, während stromale (Nicht-Tumorzellen) CYP3A5-negativ sind.

Darmkrebs:
Fluoreszenzfärbung eines Darmkrebs-Gewebeschnittes

Brustkrebszellen:
Brustkrebszelllinie mcf7, rot = Keratinfilamente, Blau = Zellkern

Auch in Rheinland-Pfalz geht nach Angaben des Statistischen Landesamts rund ein Viertel aller Sterbefälle auf Krebs zurück. Das durchschnittliche Sterbealter der an einem Krebsleiden Verstorbenen betrage 73 Jahre.

Nationaler Krebsplan

Der Anstieg der jährlichen Neuerkrankungen an Krebs in den vergangenen Jahrzehnten hat mit dazu beigetragen, dass in Deutschland der Nationale Krebsplan und auf europäischer Ebene verschiedene Initiativen zur Krebsbekämpfung entstanden sind.

Den Nationalen Krebsplan hat das Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam mit der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren im Jahr 2008 ins Leben gerufen. Hier arbeiten Länder, Krankenkassen, Rentenversicherung, Leistungserbringer, Wissenschaft und Patientenverbände zusammen, um die Aktivitäten aller an der Krebsbekämpfung wirksamer aufeinander abzustimmen. Die Hauptziele sind: Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung, der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung sowie Sicherstellung einer effizienten onkologischen Behandlung (Schwerpunkt zunächst auf onkologischer Arzneimitteltherapie) und Stärkung der Patientenorientierung. Ein Ziel ist es zudem, dass alle Krebspatient*innen bei Bedarf eine angemessene und bedarfsgerechte psychoonkologische Versorgung erhalten.

Ärzte sind wichtige Datenmelder

Klinische Krebsregistrierung ist ein wichtiger Baustein zur Verbesserung der onkologischen Versorgung. Datenerfassung und -auswertung helfen, die Behandlung der Tumorkranken weiter zu verbessern. Das Krebsregister Rheinland-Pfalz ist hierfür eine wichtige Anlaufstelle.

Ärztinnen und Ärzte, die kontinuierlich die Daten ihrer Krebspatienten melden, „sind wichtige Helfer, um die onkologische Versorgung weiter zu verbessern“,

so Landesärztekammer-Präsident Dr. Günther Matheis. „Die Datenmeldung ist auch keineswegs eine Einbahnstraße“, denn das Krebsregister sorgt dafür, dass die Datenanalyse den Meldern wieder versorgungsrelevante Informationen zurückspeigelt.

Matheis: „Das schafft Transparenz.“ Ein fundierter und valider Datenfundus liefere nicht nur Erkenntnisse über Diagnosen, Alter, Geschlecht und Wohnort der jeweils gemeldeten Patienten. Vielmehr ermögliche ein solcher Datenpool Auswertungen über die verschiedenen Krankheitsverläufe. „Dies ist deswegen von großer Bedeutung, um unterschiedliche Therapiestrategien und Leitlinien weiterzuentwickeln. Somit sind die Auswertungen des Krebsregisters auch für Patientinnen und Patienten wichtig“, fügt Matheis hinzu.

Krebsregister Rheinland-Pfalz: Außendienst erleichtert Meldungen

Die umfangreichen Daten auf Grundlage eines bundesweiten einheitlichen Datensatzes bieten vielfältige Auswertungsmöglichkeiten und werden der Wissenschaft und der Forschung zur Verfügung gestellt, erklären auch Antje Swietlik, Geschäftsführerin des Krebsregisters Rheinland-Pfalz, und dessen Ärztliche Leiterin PD Dr. Sylke Zeißig.

Des Weiteren würden durch die flächendeckenden Behandlungsdaten in klinischen Krebsregistern außerdem erfolgreiche Behandlungsmethoden schneller sichtbar. „Langfristig werden klinische Krebsregister dazu beitragen, eine bundesweit einheitliche Qualitätssicherung in der onkologischen Versorgung zu installieren“, sind sich Swietlik und Zeißig einig.

Außerdem biete eine zeitnahe Auswertung und Rückmeldung an die Leistungserbringer auch für die meldenden Ärzt*innen einen zusätzlichen Nutzen, beispielsweise in Form von Auswertungen und Tumorhistorien. Um aber verlässliche Aussagen über das Auftreten von Krebserkrankungen und die Versorgung der Patienten treffen zu können, „ist eine vollzählige Registrierung unerlässlich“.

Erfolgreiche Behandlungsmethoden werden viel schneller sichtbar.

Hierfür sei es essenziell, dass die Zahl der meldenden onkologisch tätigen Ärzt*innen weiter steige. Das Krebsregister Rheinland-Pfalz versuche deshalb, den Meldevorgang für die onkologisch tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie Institutionen so komfortabel wie möglich zu machen, beispielsweise durch das Angebot eines Außendienstes für die Melddokumentation und Meldungsbearbeitung.

Deutsches Kinderkrebsregister mit 95prozentiger Erfassungsquote

Seit 1980 werden auch speziell die Daten der erkrankten Kinder und Jugendlichen bundesweit erfasst und analysiert. Hier ist das Deutsche Kinderkrebsregister (DKKR) aktiv, das seinen Sitz in Mainz hat. Mit seiner repräsentativen Dokumentation hat es dazu beigetragen, das verbesserte Überleben von Kindern, die an Krebs erkrankt waren, zu belegen. Die erfassten Daten dienen dazu, Erkrankungsraten, zeitliche Veränderungen, regionale Unterschiede und Langzeit-Überlebenswahrscheinlichkeiten von Patienten mit einer Krebserkrankung im Kindes- und Jugendalter zu berechnen. Außerdem erforscht das DKKR die Spätfolgen von Kinderkrebserkrankungen. „Aufgrund des umfangreichen Datenmaterials und dieser hohen Vollständigkeit sind die Untersuchungen des Deutschen Kinderkrebsregisters von großem wissenschaftlichem Wert“, berichtet die Leiterin des Kinderkrebsregisters Dr. Friederike Erdmann, MPH.

Zentrum für Krebsregisterdaten bündelt Daten auf Bundesebene

Landesdaten finden darüber hinaus ihren Weg in eine gemeinsame bundesweite Sammelstelle: Die anonymisierten Daten der epidemiologischen Landeskrebsregister führt das Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) auf Bundesebene zusammen. Das ZfKD wurde im Januar 2010 auf Basis des Bundeskrebsregisterdatengesetzes im Robert Koch-Institut eingerichtet.

Das Team im ZfKD wertet die Daten länderübergreifend für Deutschland aus. Es schätzt und analysiert die Zahl jährlich neu aufgetretener Krebserkrankungen und berechnet weitere epidemiologische Maßzahlen sowie Trends. Wesentliches Ziel ist es, der wissenschaftlichen Forschung zuverlässige Daten zu Krebserkrankungen in Deutschland zur Verfügung zu stellen.

Was sind die Ziele von klinischen und epidemiologischen Krebsregistern?

Klinische Krebsregister und epidemiologische Krebsregister verfolgen unterschiedliche Zielsetzungen:

Die klinischen Register dienen vorrangig der Qualitätssicherung in der Versorgung krebserkrankter Menschen. Hier werden Daten von der Diagnose über einzelne Behandlungsschritte und die Nachsorge bis hin zu Rückfällen, Überleben und Tod erfasst.

STIFTUNG DEUTSCHE KREBSHILFE

Die Ärztin Dr. Mildred Scheel gründete 1974 die Stiftung Deutsche Krebshilfe und baute sie mit Hilfe von privaten Spendern auf. In ihrer Zeit als Ehefrau des damaligen Bundespräsidenten Walter Scheel engagierte sie sich für die Bekämpfung von Krebserkrankungen und gewann damit internationales Ansehen. Mildred Scheel erkrankte in den Folgejahren selber an Krebs und starb daran elf Jahre nach Stiftungsgründung. Ihre Stiftung lebt weiter. Im Geschäftsjahr 2019 nahm sie über 127 Millionen Euro ein. Fast die Hälfte davon stammt aus Erbschaften und Vermächtnissen. Der Großteil der Gelder fließt in neue Forschungsprojekte. 2019 wurden so 116 neue Projekte gefördert. (eb)

TODESURSACHENSTATISTIK

Zweithäufigste Todesursache im Jahr 2018 waren laut Statistischem Bundesamt die Krebserkrankungen: Rund ein Viertel aller Verstorbenen (230.031 Menschen) erlag einem Krebsleiden, darunter 124.810 Männer und 105.221 Frauen. Bei Männern war Lungen- und Bronchialkrebs mit 28.350 Fällen die am häufigsten diagnostizierte Krebsart. Häufigste Krebserkrankung mit Todesfolge war bei Frauen der Brustkrebs mit 18.591 Fällen. (eb)

KREBSDIAGNOSEN

Nach Schätzung des Robert Koch-Instituts (RKI) wurden 2016 in Deutschland rund 492.000 Krebserkrankungen diagnostiziert. Etwa die Hälfte der bösartigen Tumoren betrafen Brustdrüse (68.900), Prostata (58.800), Dickdarm (58.300) und Lunge (57.500). Das RKI prognostiziert für das Jahr 2020 eine Zunahme der neudiagnostizierten Krebserkrankungen auf rund 510.000 Erkrankungsfälle. (eb)

Ob medizinische Leitlinien beachtet werden oder ob Unterschiede in der Qualität der Behandlung bestehen - mit den Ergebnissen aus der klinischen Krebsregistrierung können solche Fragestellungen überprüft werden. Eine zeitnahe Rückmeldung der Ergebnisse und deren Diskussion mit den Behandelnden ist ein zentrales Element der klinischen Register. Ziel ist es, in ganz Deutschland ein leitliniengerechtes Versorgungsangebot und eine bestmögliche Versorgungsqualität zu gewährleisten.

Epidemiologie verhilft zu bevölkerungsbezogenen Analysen. Bei epidemiologischen Krebsregistern geht es um die bevölkerungsbezogene Analyse. Hier werden Erkenntnisse über Auftreten und Häufigkeit von Krebserkrankungen, ihre Verteilung nach Alter, Geschlecht und Wohnort der Patient*innen sowie über deren Überlebenszeit gewonnen. Die Epidemiolog*innen beschreiben zeitliche Trends und analysieren regionale und internationale Unterschiede bei den einzelnen Krebsarten. Die Auswirkungen von Programmen zur Krebsfrüherkennung und -prävention können mit Hilfe epidemiologischer Krebsregister untersucht werden. Auch bestimmte Qualitätsparameter von Screening-Programmen lassen sich bestimmen, beispielsweise der Anteil von Tumoren, die zwischen zwei Screening-Untersuchungen diagnostiziert wurden.

Deutsche Krebshilfe ist wichtigster privater Geldgeber

Forschung ist wichtig, um neue Erkenntnisse zu ermöglichen. Forschung kostet natürlich Geld. Die Deutsche Krebshilfe gilt als der wichtigste private Geldgeber auf dem Gebiet der Krebsforschung in Deutschland. Gegründet wurde sie in den 70er Jahren von Mildred Scheel. Als Stiftung finanziert sie sich aus Spenden sowie aus Erlösen aus Erbschaften. Im Geschäftsjahr 2019 verzeichnete die Deutsche Krebshilfe 127,6 Millionen Euro an Einnahmen; rund 71,7 Millionen Euro erhielt die Stiftung aus Nachlässen. Damit konnte sie insgesamt 116 neue Projekte fördern. Fördermittel in Höhe von rund 46 Millionen Euro hat sie 2019 für die Grundlagenforschung, die klinische Krebsforschung und die Versorgungsforschung bereitgestellt.

Im Jahr 2019 konnte die deutsche Krebshilfe 116 Projekte fördern.

Alle Krebspatienten sollen in Deutschland Zugang zu Diagnostik und Therapie auf dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens erhalten. Das hat sich die Deutsche Krebshilfe auf die Fahnen geschrieben. Sie hat deshalb vor rund 13 Jahren das Förderschwerpunktprogramm „Onkologische Spitzenzentren“ ins Leben gerufen. Die Organisation fördert deutschlandweit Spitzenzentren der Krebsmedizin. Das Netzwerk der Onkologischen Spitzenzentren ist der Zusammenschluss dieser Zentren. Die Spitzenzentren werden als Comprehensive Cancer Center (CCC) bezeichnet.



Foto: stock.adobe.com/Amelie Benoist/BSIP

Weltweite Beachtung für Comprehensive Cancer Center

Deutsche Krebshilfe und Deutsche Krebsgesellschaft haben damit Versorgungsstrukturen geschaffen, die inzwischen weltweit Beachtung finden. Der Mehraufwand in den Spitzenzentren werde jedoch nach wie vor ausschließlich von der Deutschen Krebshilfe getragen. Sie fordert daher von der Gesundheitspolitik und von den Krankenkassen, sich adäquat an der Finanzierung der Zentren zu beteiligen.

Derzeit unterstützt die Deutsche Krebshilfe deutschlandweit Onkologische Spitzenzentren an den universitären Standorten Berlin, Dresden, Essen, Frankfurt/Main, Freiburg, Hamburg, Heidelberg, Aachen/Bonn/Köln/Düsseldorf, München, Tübingen-Stuttgart, Ulm und Würzburg. Auch Mainz gehört zu diesen Onkologischen Spitzenzentren.

Drei-Stufen-Modell der onkologischen Versorgung

Die Onkologischen Spitzenzentren der Deutschen Krebshilfe bilden einen grundlegenden Teil eines umfassenden, dreistufigen Programms, das sie gemeinsam mit ihrer Partnerorganisation, der Deutschen Krebsgesellschaft, auf den Weg gebracht hat. Nach den Vorstellungen von Deutscher Krebshilfe und Deutscher Krebsgesellschaft sollen Krebspatienten

ausschließlich in ausgewiesenen Zentren behandelt und versorgt werden. Hierzu gehören auch onkologische Schwerpunktpraxen.

Die Comprehensive Cancer Center bilden die erste Ebene dieses Drei-Stufen-Programms. Die hier erarbeiteten Fortschritte und Standards werden allen onkologischen Versorgungseinrichtungen in Deutschland zugänglich gemacht.

Auf der zweiten Ebene – den rund 120 von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Klinischen Onkologischen Zentren – sollen diese Standards zum Wohl der Patienten umgesetzt werden. Hierbei steht grundsätzlich nicht wie bei den universitären Spitzenzentren die Entwicklung und Forschung im Vordergrund, sondern die bestmögliche Versorgung.

Die dritte Ebene bilden die über 1.300 zertifizierten Organkrebszentren, die sich auf nur eine bestimmte Tumorart spezialisiert haben.

Über eine halbe Million Menschen erkranken jedes Jahr neu an Krebs. Bei vielen Krebserkrankungen hängt der Heilerfolg maßgeblich davon an, ob der Tumor früh genug erkannt wird.

Onkologisches Spitzenzentrum in Mainz

Zu den 13 deutschen Onkologischen Spitzenzentren gehört auch das Universitäre Centrum für Tumorerkrankungen Mainz (UCT Mainz). Es ist ein Zusammenschluss aller onkologisch tätigen Einrichtungen der Universitätsmedizin Mainz, die einen Schwerpunkt in klinischer Onkologie und/oder onkologischer Forschung haben. „Als überregionales Zentrum für Tumorerkrankungen erhalten unsere Patienten hier alle Leistungen der Tumorthherapie aus einer Hand“, so der Leiter des UCT Mainz Univ.-Prof. Dr. Thomas Kindler.

Das soll sich künftig auch baulich zeigen: Die Universitätsmedizin Mainz hat Anfang dieses Jahres mit den Baumaßnahmen für eine zentrale Krebsklinik als primäre Anlaufstelle für alle Krebspatienten begonnen. Das Land hat den laufenden Doppelhaushalt aufgenommen und eine Finanzierung über 75 Millionen Euro zugesagt. Mit der Bewilligung von Planungskosten und der Zustimmung zum Beginn vorbereitender Maßnahmen sind nun die Voraussetzungen geschaffen, um mit ersten Bautätigkeiten auf dem Gelände zu beginnen. „Als Comprehensive Cancer Center (CCC) soll das UCT Mainz zu den führenden Behandlungszentren in Europa zählen – das ist unser Anspruch“, betont Prof. Kindler, der wesentlich in die Planung und Gestaltung des Neubaus involviert ist.

Deutsche Krebsgesellschaft

Die Qualitätssicherung onkologischer Leistungen ist ein Hauptanliegen der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG). Sie überprüft und zertifiziert Einrichtungen der onkologischen Versorgung. Heute sind bundesweit über 900 Zentren zertifiziert; europaweit sind es über 1.300. In der DKG-Datenbank „OncoMap“ sind für Rheinland-Pfalz über 50 Zentren gelistet, die von der DKG zertifiziert sind.

Dabei gilt: Ein Zentrum ist nicht nur eine Klinik oder ein Krankenhaus. Es ist ein Netzwerk aus stationären und ambulanten Einrichtungen, in dem alle Fachrichtungen zusammenarbeiten, die an der Behandlung eines Krebspatienten beteiligt sein müssen. Zu einem Zentrum gehören also Kliniken und Praxen, die spezialisiert sind und zusammenarbeiten. Die Zertifizierung der Deutschen Krebsgesellschaft umfasst immer alle Beteiligten eines Zentrums.

Die zertifizierten Zentren müssen jährlich nachweisen, dass sie die fachlichen Anforderungen für die Behandlung einer Tumorerkrankung erfüllen und über ein etabliertes Qualitätsmanagementsystem verfügen. Seit 2016 ist es zudem für DKG-zertifizierte Zentren außerhalb Deutschlands möglich, sich als „European Cancer Centre“ zertifizieren zu lassen.

In Rheinland-Pfalz sind über 50 Zentren von der DKG zertifiziert und in der Datenbank gelistet.



Krebsgesellschaft Rheinland-Pfalz begleitet Betroffene

Krebskranken und ihren Angehörigen ist neben der medizinischen Versorgung auch weitere Begleitung wichtig. Hier steht beispielsweise die Krebsgesellschaft Rheinland-Pfalz zur Seite. Seit über 60 Jahren unterstützt sie Betroffene und ihre Familien in allen nicht-medizinischen Belangen rund um eine Krebserkrankung. Psychoonkologische Fachkräfte bieten unter anderem Einzel- oder Paargespräche an, wenn Ängste, Veränderungen in der Familie oder Fragen der Neuorientierung belasten. Sie unterstützen aber auch beim Kontakt zu Behörden oder mit Hilfe verschiedener Fördervereine bei finanziellen Problemen.

Engpässe in der stationären Kinderonkologie in Trier

Brenzlig wird es für die onkologische Versorgung, wenn Unterfinanzierung und Ärztemangel ineinanderfließen. Wie beispielsweise in Trier. Dann steht die Versorgung krebskranker Kinder auf wackeligen Füßen.

So musste sich Anfang 2018 das Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen in Trier dazu entscheiden, intensive stationäre Therapien für Kinder und Jugendliche, bei denen eine bösartige Erkrankung neu diagnostiziert wurde, nicht mehr anzubieten. Es erfolgte ein Aufnahmestopp; Unterfinanzierung zwang das Haus zu diesem Schritt. Junge Patienten wurden für die stationäre Therapie an Kooperationspartnern wie die Kinder-Hämatologie des Universitätsklinikums des Saarlands in Homburg verwiesen. Der Grund: Zwei Kinderonkologen hatten das Klinikum verlassen und somit erfüllte das Klinikum nicht mehr die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) geforderte Mindestzahl an Fachärzten, um den Betrieb der Station vorhalten zu können.

Unterfinanzierung und Ärztemangel erschweren die stationäre Versorgung krebskranker Kinder.

Diese Lücke klaffe noch immer, teilte das Klinikum auf Nachfrage mit. Trotz „anhaltender intensiver Bemühungen“ könnten die Qualitätsstandard-Vorgaben des G-BA nicht erfüllt werden. Dieser setzt für den Bereich der Kinder-Hämatologie drei Kinderärzte voraus, die eine spezielle Weiterbildung in diesem Teilbereich haben.

Diese Lücke klaffe noch immer, teilte das Klinikum auf Nachfrage mit. Trotz „anhaltender intensiver Bemühungen“ könnten die Qualitätsstandard-Vorgaben des G-BA nicht erfüllt werden. Dieser setzt für den Bereich der Kinder-Hämatologie drei Kinderärzte voraus, die eine spezielle Weiterbildung in diesem Teilbereich haben.

Finanzierungsnot und Ärztemangel

Zur Finanzierungsfrage gesellt sich zudem der Ärztemangel. Der Blick in die Arztstatistik der Landesärztekammer zeigt, wie schwierig es werden kann, Nachfolger zu finden. Derzeit sind landesweit 18 berufstätige Kinder-Hämatologie- und Onkologen registriert. Hinzu kommt, dass es derzeit auch nur zwei Weiterbildungsbefugte für diesen Bereich gibt.

ARZTSTATISTIK

Bei der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz sind derzeit 56 berufstätige Ärzt*innen mit der Fachrichtung „Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie“ registriert. 20 von ihnen sind ambulant, 29 von ihnen stationär tätig. Hinzu kommen 91 weitere Ärzt*innen der Inneren Medizin, die den Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie erworben haben. Von ihnen arbeiten 39 im ambulanten und 36 im stationären Bereich. (eb)

Dass es in Trier keine stationäre Therapiemöglichkeit gibt, betrifft nach Klinikum-Aussage pro Jahr etwa 15 Kinder und deren Familien. Das Mutterhaus, so hieß es, werde aber weiter dafür kämpfen, krebskranke Kinder stationär versorgen zu können.

Doch nicht nur die Kinderonkologie werden Nachwuchssorgen belasten. Die Arztzahlstatistik zeigt, dass es auch im Fachgebiet „Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie“ eng werden kann: Aktuell gibt es Rheinland-Pfalz 56 berufstätige Ärzt*innen dieser Fachrichtung. 20 von ihnen sind ambulant, 29 von ihnen stationär tätig. Hinzu kommen 91 weitere Ärzt*innen der Inneren Medizin, die den Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie erworben haben. Von ihnen arbeiten 39 im ambulanten und 36 im stationären Bereich.

Ambulanter Bereich profitiert von Spitzenmedizin

Die onkologische Spitzenmedizin in Rheinland-Pfalz ist nach Einschätzung des niedergelassenen Internisten/Hämatologen Dr. Bernhard Rendenbach sehr gut; „von ihr können wir auch in den verschiedenen Regionen unseres Flächenlandes enorm profitieren“. Es gebe ein gutes Netzwerk, mit dessen Hilfe Niedergelassene immer wieder Unterstützung erfahren: „Das schätzen wir sehr.“

Doch mitunter komme die Individualität des Patienten zu kurz. „Hier sind wir Niedergelassene klar im Vorteil. Wir kennen unsere Patienten meist schon seit vielen Jahren“, so der Trierer Onkologe. „Das ist ein bisschen wie in der Allgemeinmedizin. Wir wissen um ihre Sorgen, kennen ihre Werte und ihre Familien. Da sind wir mitunter informierter als die Mediziner in der Spitzenmedizin. Und auch dieses Wissen ist für eine gute Behandlung wichtig“, fügt er hinzu. In seiner Region funktioniere die onkologische Versorgung „recht gut“.

Natürlich müssten Patienten zum Teil manchmal lange Wege in Kauf nehmen. Aber „es ist auch klar, dass es nicht möglich ist, überall in der Fläche eine wohnortnahe, spezialärztliche Versorgung in jedem Fach zu hundert Prozent zur Verfügung zu haben“, weiß er.

Klares Ja zur sektorübergreifenden Versorgung

Er selber sei ein Verfechter der sektorenübergreifenden Verzahnung. Krebspatienten müssten reibungslos zwischen Klinik und Praxis wechseln können. Seine Praxis kooperiert daher auch mit dem Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen in Trier und unterhält dort eine Zweigpraxis. Dass sich Praxis und Klinik ergänzen und sich noch mehr verzahnen als bisher ist für ihn ein großer Wunsch, damit die Versorgung Krebskranker noch besser aufeinander abgestimmt werden kann.

Krebspatienten müssen reibungslos zwischen Klinik und Praxis wechseln können.

Stärkung der Versorgungssicherheit statt Einschränkung von Therapieoptionen

Eine Forderung des Berufsverbandes der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland unterstützt auch er: Stärkung der Versorgungssicherheit statt Einschränkung von Therapieoptionen. Für eine indikations- und mengengerechte Verordnung von neuen Wirkstoffen gemäß Zulassung müssten „faire, adäquate und transparente Regeln zur Wirtschaftlichkeit gelten, damit Innovationen möglichst schnell denjenigen Patienten zur Verfügung stehen, die sie benötigen“. Ungerechtfertigte Regressrisiken würden die Versorgungssituation nur verschlechtern.

Der Berufsverband prognostiziert zudem, dass der Bedarf an ambulanter onkologischer Versorgung „in den nächsten 20 Jahren drastisch zunehmen“ werde. Und: Die rasante Entwicklung und zunehmende Komplexität von Therapieoptionen in der Krebsmedizin werde weiter hohe Anforderungen an die behandelnden Ärzt*innen stellen.

Ines Engelmohr

DEUTSCHE KREBSGESELLSCHAFT

Den Anfang der organisierten Krebsforschung datiert die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) auf Februar 1900. In diesem Monat wurde in Berlin das „Comité für Krebsforschung“ gegründet, der Vorläufer der Deutschen Krebsgesellschaft. Im Fokus standen im Jahr 1900 Sammelforschung, Massenbeobachtung und Statistik und somit die heutige Idee der Krebsregister.

Ende des 19. Jahrhunderts gab es laut Angaben der DKG eine „unübersichtliche Zahl an Publikationen und die unterschiedlichsten Theorien zur Entstehung tumoröser Erkrankungen“. Unter anderem dachte man, Krebs sei eine Folge von Infektionen mit Mikroorganismen und damit der Tuberkulose vergleichbar. Die wissenschaftliche Analyse des Krebsgeschehens in jener Zeit stütze sich weitgehend auf die Beobachtung von Einzelfällen. Das „Comité für Krebsforschung“ finanzierte zwischen 1900 und 1918 Sammelforschungen, stellte Krebschriften zusammen, baute eine wissenschaftliche Bibliothek auf, förderte Forschungsprojekte sowie Publikationen und vergab kleine Forschungsstipendien. Ärzte erhielten Weiterbildungsunterlagen zur Krebsfrüherkennung.

1911 nannte sich die Gesellschaft in „Deutsches Zentralkomitee zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheiten“ um. Es widmete sich neben bestehenden Aufgaben nun auch vermehrt der Ursachenforschung für berufsbedingte Krebserkrankungen und beteiligte sich an vielen Maßnahmen zur öffentlichen Aufklärung und Förderung der Frühdiagnostik.

Nach der nationalsozialistischen Machtergreifung wurde die Gesellschaft aufgelöst und durch den Wissenschaftlichen Ausschuss ersetzt, der im Reichsausschuss für Krebsbekämpfung aufging.

Nach Ende des Zweiten Weltkriegs lösten die Alliierten den Reichsausschuss für Krebsbekämpfung auf. In Westdeutschland bildeten sich erste Strukturen zur Krebsbekämpfung vor allem auf regionaler Ebene, zunächst ohne Vernetzung.

Aus den westdeutschen Landesverbänden gründete sich im März 1951 der Deutsche Zentralkomitee für Krebsbekämpfung und Krebsforschung – die heutige Deutsche Krebsgesellschaft. Im Dezember 1970 erfolgte die endgültige Namensänderung in Deutsche Krebsgesellschaft e. V. (eb)

Universitäres Centrum für Tumorerkrankungen Mainz: Therapie aus einer Hand

Umfassende Betreuung auf höchstem medizinischen Niveau und innovative translationale Forschung, das heißt Fortschritte aus der Forschung schnellstmöglich in die Patientenversorgung zu integrieren - das zeichnet das Universitäre Centrum für Tumorerkrankungen der Universitätsmedizin Mainz (UCT Mainz) aus.

Im UCT Mainz sind alle onkologisch tätigen Einrichtungen der Universitätsmedizin Mainz zusammengeschlossen, die einen Schwerpunkt in klinischer Onkologie und/oder onkologischer Forschung haben. Hier erhalten Patienten alle Leistungen der Tumorthherapie aus einer Hand.

Die Deutsche Krebshilfe hat das UCT Mainz als Onkologisches Spitzenzentrum und somit als Comprehensive Cancer Center (CCC) nach amerikanischem Vorbild ausgezeichnet. Damit zählt das UCT Mainz zu dem Netzwerk der 13 deutschen Onkologischen Spitzenzentren.

„Wir stehen überregional und flächendeckend allen Patienten zur Verfügung“, berichtet Univ.-Prof. Dr. Thomas Kindler, Leiter des UCT Mainz. „Unsere Patienten stammen meistens aus Mainz und dem Umland oder von weiter her.“ Das UCT Mainz arbeitet eng mit Partner-Kliniken, Onkologischen Zentren, Organzentren, niedergelassenen Ärzten sowie weiteren Einrichtungen in Rheinland-Pfalz und angrenzenden Bundesländern zusammen.

Gemeinsam das jeweils beste, individuelle Therapiekonzept entwickeln

Das UCT Mainz bietet tumorspezifische, interdisziplinäre Sprechstunden an, in denen für jeden Patienten ganz individuell Diagnostik- und Therapieoptionen erörtert werden. Auch alle modernen Formen der bildgebenden Diagnostik wie CT, MRT und PET-CT stehen zur Verfügung. Ärzte und Ärztinnen aller erforderlichen Disziplinen besprechen die Erkrankungs- und Verlaufsdaten jedes einzelnen Patienten dann in interdisziplinären Tumorkonferenzen. Gemeinsam wird hier „an einem Tisch“ das jeweils beste, individuelle Therapiekonzept entwickelt. Seit kurzem findet im UCT Mainz auch ein Molekulares Tumorboard und in naher Zukunft ein Immunonkologisches Board statt.

Auch Niedergelassene und Ärzte aus anderen Krankenhäusern nutzen die Expertise der UCT-Tumorboards, um Behandlungsvorschläge einzuholen. „Diese interdisziplinären und oftmals mehrstündigen Tumorboards sind daher ein sehr wichtiges Angebot für unsere externen Partner“.

Standardangebote in der Peripherie – komplexe Verfahren im UCT Mainz

Patienten kommen häufig ins UCT Mainz, wenn komplexe Verfahren wie beispielsweise Stammzelltherapien, Roboter-gesteuerte OP-Verfahren oder besondere Bestrahlungsver-

fahren benötigen werden, für die auch ein größeres Krankenhaus in der Region meist nicht ausgestattet sei, so Kindler und ergänzt: „Oft weisen uns auch Kollegen Patienten zu, da die Standardangebote ausgeschöpft sind und keine weiteren Therapieoptionen, wie z. B. im Rahmen von klinischen Studien, zur Verfügung stehen“.

In der regionalen Versorgung sieht Kindler durchaus „weiße Flecken“. Es gebe Gebiete, in denen Unterversorgung herrsche, wie beispielsweise im Hunsrück, dem Westerwald, der Eifel und auch der Südpfalz. Dies bedeutet für den einzelnen Patienten weite Wege zum nächsten Spezialisten. „Der Einsatz von Telemedizin, sowohl im Arzt-Patienten-Kontakt als auch direkt unter Kollegen, wird hier in Zukunft eine entscheidende Rolle spielen“, schlussfolgert Prof. Kindler.

Wissenszuwachs ist enorm

Hinzu komme, dass die Onkologie zunehmend komplexer geworden sei. „Es gibt nicht mehr den einen Lungenkrebs, sondern eine Vielzahl verschiedener Lungentumore mit den unterschiedlichsten Therapieformen“, so Kindler. Der stete Wissenszuwachs sei enorm und rasant; Leitlinien würden in immer kürzeren Abständen geändert. Deshalb biete das UCT Mainz sein Wissen auch all seinen regionalen Netzwerkpartnern an.

Netzwerken für Qualität in der Breite

Mit vielen Krankenhäusern und niedergelassenen Onkologen habe das UCT Mainz landesweit Kooperationsverträge geschlossen. Es herrsche ein reger Austausch in Tumorkonferenzen, bei gemeinsamen Weiterbildungsveranstaltungen und regelmäßigen Netzwerktreffen – und dies nicht nur mit Krankenhäusern und Niedergelassenen, sondern auch mit anderen Institutionen wie dem Krebsregister Rheinland-Pfalz, der Krebsgesellschaft Rheinland-Pfalz und anderen.

Kindler: „Wir versuchen, über viele Kanäle ein qualitatives Angebot vorzuhalten. Und am wichtigsten ist, dass man sich kennt in der Region, dass man weiß, wer und wo die Ansprechpartner für besondere Anliegen sind.“ Der kurze Draht und die direkte Abklärung seien extrem wichtig. Für



Univ.-Prof. Dr.
Thomas Kindler:

„Die Onkologie ist zunehmend komplexer geworden.“

Foto: Sabrina Dowidat

Patienten ist es am besten, wenn sie möglichst heimatnah behandelt werden. Deshalb ist es uns so wichtig, den Netzwerkpartnern unseren Rat anzubieten“. Onkologie brauche immer viel Erfahrung – auch im Nebenwirkungsmanagement. Und eben auch Qualität in der Breite, die mittels Netzwerken vermittelt werden kann. Das Netzwerk helfe dabei, onkologisch tätige Ärzte in den Regionen rasch mit den Spitzenmedizinerinnen des UCT Mainz und ihrem Wissen zu verbinden.

4.100 Erstdiagnosen pro Jahr

Tumorbehandlungen seien zudem auch immer interdisziplinär. Da sei ein großes Haus klar im Vorteil. Pro Jahr werden im UCT Mainz knapp 20.000 Tumorpatienten behandelt; diese Zahl beinhalte auch die Wiederkehrer und die Nachsorgepatienten. Erstdiagnosen gebe es rund 4.100 pro Jahr. Die Zentrale Tumordokumentation im UCT Mainz erfasse all diese Daten und melde sie entsprechend der gesetzlichen Vorgaben direkt an das Krebsregister Rheinland-Pfalz.

Gibt es Wartezeiten auf einen Termin? „Patienten bekommen sehr rasch einen Termin bei uns; meist innerhalb von wenigen Tagen oder auch direkt am selben Tag. Krebs ist eine ernste, zum Teil lebensbedrohliche Diagnose, da muss rasch gehandelt werden“, so Kindler.

Und kann die Bettenkapazität mithalten? Kindler: „Die onkologische Therapie wird zunehmend eine ambulante Therapie.“ Beispiel Chemotherapie: Die sei in der Regel ambulant, Strahlentherapie auch. Klinikbetten seien daher auch nicht direkt dem UCT Mainz zuzuordnen. Wenn Patienten stationär aufgenommen würden, dann in den entsprechenden Kliniken der Universitätsmedizin Mainz.

Über 120 aktive Studien – Molekulare Onkologie wird stärker

Zum UCT Mainz kommen auch viele Tumorpatienten, weil sie an Studien teilnehmen möchten. „Studien sind bei uns ein zentrales Element – durch sie können wir neue Medikamente anbieten“, berichtet Kindler. Aktuell würden im UCT Mainz rund 120 aktive Studien laufen.

Einen breiten Raum nehme auch immer mehr die molekulare Onkologie ein, welche zunehmend Teil der Standardtherapie werde. Die Behandlung orientiert sich hierbei weniger an der Krebsart oder dem Ursprungsorgan, stattdessen basiert die Therapieempfehlung auf dem Nachweis spezifischer molekulargenetischer Veränderungen im Tumor. Kindler: „Auf Basis genetischer Veränderungen kann man heute viel besser behandeln als früher. Der Fokus richtet sich immer mehr auf sogenannte Treiber-Mutationen, das heißt wir schauen nach, welche die treibende genetische Veränderung in jedem Tumor ist“.

Prävention und Krebsfrüherkennung sind wichtige Unterstützer

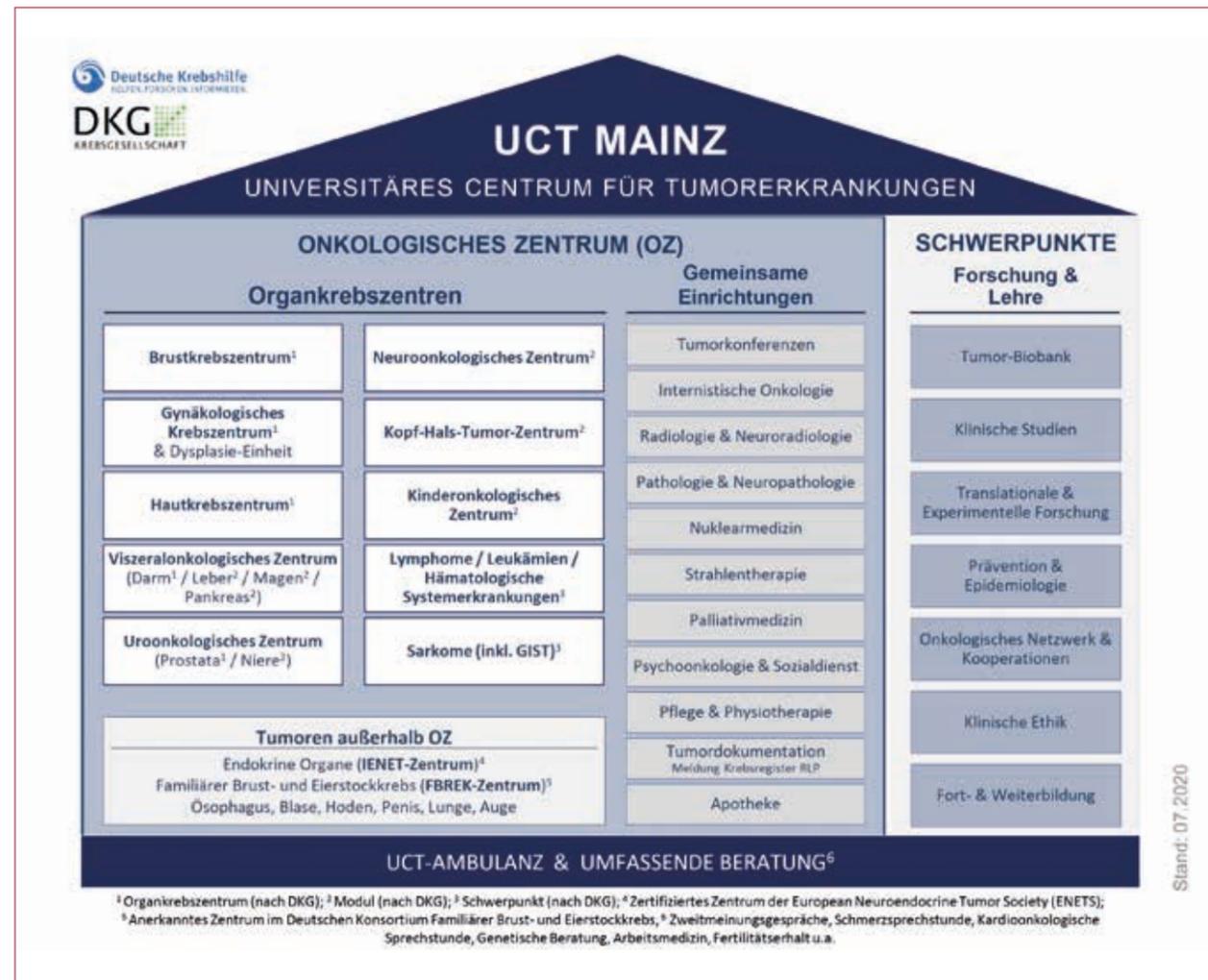
„Neben der modernen hochtechnisierten Medizin dürfen wir den Patienten in seiner Gesamtheit nie aus dem Auge verlieren“, betont Prof. Kindler. Unterstützung und Beratung zu Ernährung und Bewegung, psychoonkologischer Betreuung und zur Schmerzversorgung sowie Kontakte zu Selbsthilfegruppen seien ebenfalls sehr wichtig. Diese grundlegenden Bedürfnisse spielen ebenfalls eine wesentliche Rolle bei dem Heilungsprozess. Deshalb sei es auch richtig und wichtig, dass es Patientencoachs gebe. Das seien ausgebildete Krankenschwestern, die in Rücksprache mit dem Arzt genau diese Aspekte im Blick haben.

→

Ebenso wichtig ist dem UCT-Leiter aber auch der Blick auf die Prävention, „auch wenn wir hier leider noch nicht so weit sind, wie wir gerne wollten“. Insbesondere die primäre Prävention sei der Hebel, an dem man ansetzen müsse: Rauchen, Übergewicht, mangelnde Bewegung. „Mit guter Prävention und intensiver Krebsfrüherkennung könnten 50 bis 70 Prozent der Krebsfälle verhindert oder geheilt werden. Deshalb ist es so wichtig, dass Patienten gut informiert sind. Hier gibt es für uns also noch viel zu tun“, resümiert Kindler abschließend.

Ines Engelmohr

Abbildung: Universitätsmedizin Mainz



Im UCT Mainz sind alle onkologisch tätigen Einrichtungen der Universitätsmedizin Mainz zusammengeschlossen, die einen Schwerpunkt in klinischer Onkologie und/oder onkologischer Forschung haben.

Klinisch-epidemiologische Registrierung im Krebsregister Rheinland-Pfalz

Jährlich erkranken bundesweit fast 500.000 Menschen an Krebs. Krebserkrankungen stellen die zweithäufigste Todesursache nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Deutschland dar. Die Behandlung und Heilung der ambulanten und stationären Tumorpatienten ist das erklärte Ziel der onkologisch tätigen Ärzte und Ärztinnen. Hierbei leisten die Krebsregister in Deutschland durch die Erfassung und Auswertung, aber vor allem auch durch die Datenrückmeldung an die Ärzteschaft und Krankenhäuser einen entscheidenden Beitrag zur Unterstützung und Verbesserung in der onkologischen Versorgung sowie bei der Bekämpfung von Krebserkrankungen.

Das Krebsregister Rheinland-Pfalz

Neben der flächendeckenden Erfassung von stationären und ambulanten Patientendaten zu Auftreten, Behandlung und Verlauf von Tumorerkrankungen werden die Daten im klinisch-epidemiologischen Krebsregister Rheinland-Pfalz auch ausgewertet. Bei der Datenerfassung ist das Krebsregister Rheinland-Pfalz auf die Mitarbeit der niedergelassenen onkologisch tätigen Ärzte und Ärztinnen sowie der Krankenhäuser angewiesen.

Die Vorgabe zur gesetzlichen Meldepflicht kann in Rheinland-Pfalz dem Landeskrebsregistergesetz (LKR vom 01.01.2016, Stand Januar 2019) entnommen werden. Hier ist die Verpflichtung zur Meldung an das Krebsregister bei einem sogenannten Meldeanlass vorgegeben. Einen Meldeanlass stellt beispielsweise die Diagnose einer Krebserkrankung oder der Beginn sowie der Abschluss einer therapeutischen Maßnahme dar.

Bis 2015 wurden die Daten im Krebsregister Rheinland-Pfalz nur auf epidemiologischer Basis erfasst. Nach der erfolgreichen Auf- beziehungsweise Umbauphase werden im nun klinisch-epidemiologischen Krebsregister Rheinland-Pfalz seitdem nicht nur die bevölkerungsbezogenen Daten, sondern auch zusätzlich die behandlungsortbezogenen Daten zu Therapie, Behandlung und Verlauf von Krebserkrankungen aufgenommen und verarbeitet. Für klinische Krebsregister erfolgt die Erfassung auf Grundlage des bundesweiten Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes (KFRG).

Meldungen erfolgen elektronisch

Die Meldungen an das Krebsregister Rheinland-Pfalz können elektronisch per Schnittstelle oder über das elektronische Melderportal, auf Grundlage des Onkologischen Basisdatensatzes, übermittelt werden. Die einzelnen Meldungen werden durch eine Vergütung honoriert. Eine Meldungsvergütung erfolgt aber nur bei vollständigen und gültigen Meldungen. Im vergangenen Jahr 2019 belief sich die Auszahlungssumme für korrekte Meldungen auf eine Summe von fast 1,1 Millionen Euro.

Von Seiten des Krebsregisters Rheinland-Pfalz erfolgt die Unterstützung der Melder bei der Erfassung durch eine breite Angebotspalette. Neben kostenlosem Infomaterial, Video-

Tutorials und Schulungen zur Tumordokumentation können auch persönliche Beratungstermine gebucht werden.

Außendienst unterstützt meldende Ärzt*innen

Weiterhin finden Melder Unterstützung durch den Außendienst im Krebsregister Rheinland-Pfalz. Die Mitarbeiter des Außendienstes können bei Bedarf direkt vor Ort in den Praxen die niedergelassenen Ärzt*innen unterstützen. Der Außendienst übernimmt dann die Meldungen an das Krebsregister. Auf diese Weise können die Mitarbeiter in den Praxen entlastet, ebenso kann so aber auch die gesetzliche Meldepflicht in vollem Umfang erfüllt werden. Die korrekten und vollständigen Meldungen leisten wiederum einen wichtigen Beitrag für die unterschiedlichen Auswertungen des Krebsregisters Rheinland-Pfalz.

Die Rückmeldung der Daten als wichtiger Baustein für die Behandlung

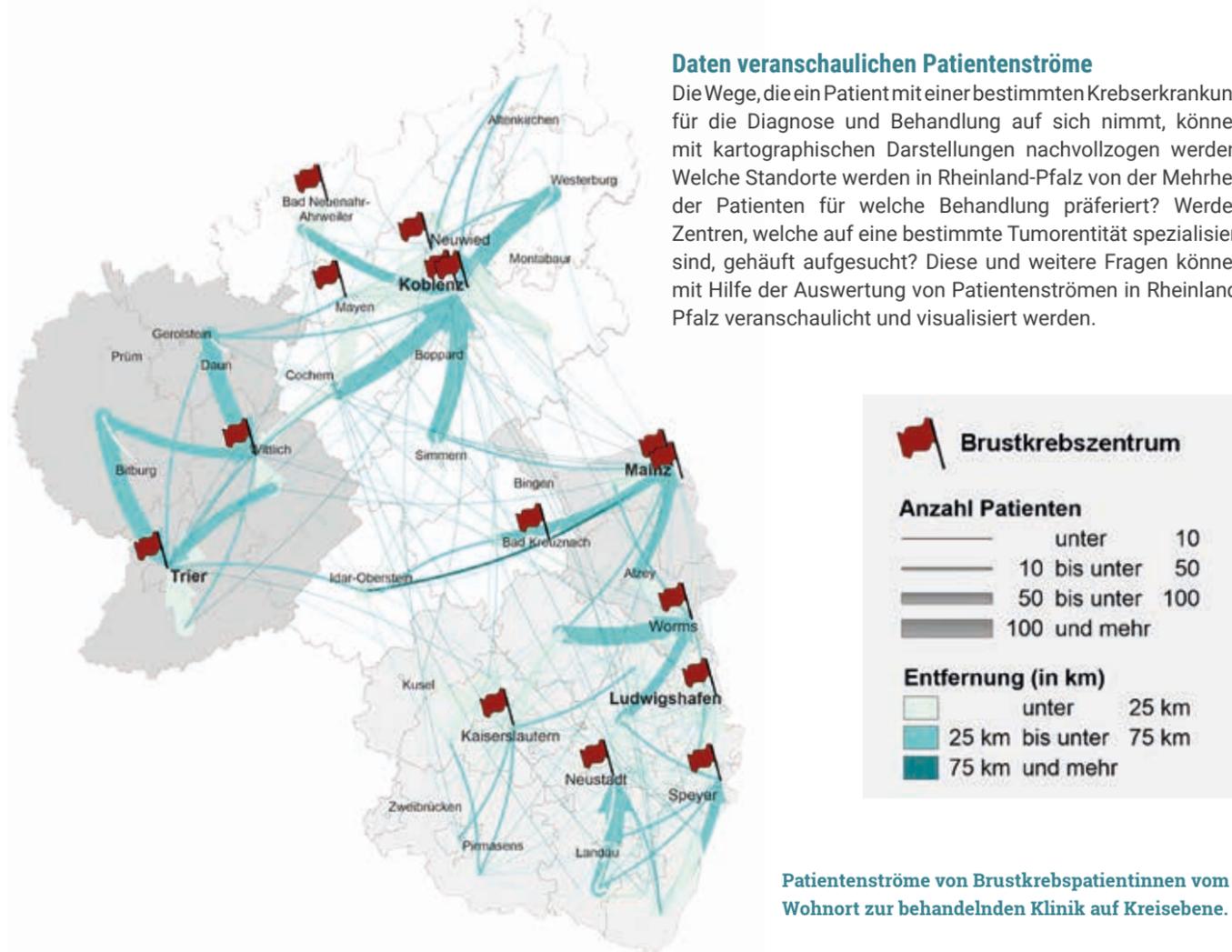
Auf Grundlage der Datenerfassung werden im Krebsregister Rheinland-Pfalz Auswertungen zur Datenrückmeldung an onkologisch tätige Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenhäuser erstellt. Das Krebsregister ist dazu verpflichtet, die Daten an die Melder zurückzuspielen. Die Datenrückmeldung ist im KFRG und LKR festgeschrieben.

Für Auswertungen bietet der Onkologische Basisdatensatz vielfältige Möglichkeiten. Neben Auswertungsformaten, die durch regelmäßige Rückmeldesysteme des Krebsregisters Rheinland-Pfalz den Meldern bereitgestellt werden, können Ärztinnen und Ärzte sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aktiv Auswertungen anfordern. Die Auswertungen sollen die Behandlung der Patienten direkt unterstützen.

Neben bereits standardisierten Auswertungen aus dem bestehenden Portfolio des Krebsregisters Rheinland-Pfalz, wie aggregierte Analysen analog zur öffentlichen Berichterstattung für Rheinland-Pfalz und dem RKI, Auswertungen zur Meldeaktivität sowie zur Abrechnung und Meldevergütung, werden auch aktiv gestellte Anfragen mit einer hohen inhaltlichen Variation bearbeitet. Hierzu gehören neben aggregierten Analysen auch personenbezogene Datenlieferungen. Weiterhin können die Krankengeschichten der behandelten Patienten oder Patientenströme innerhalb von Rheinland-Pfalz dargestellt werden. →

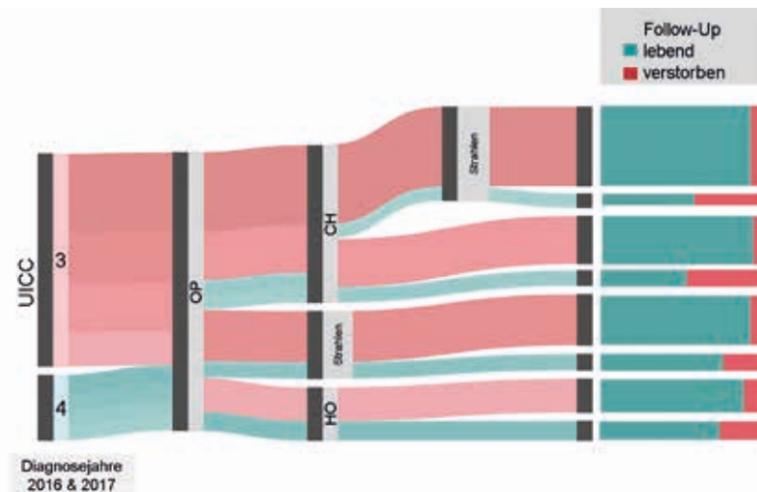
Daten veranschaulichen Patientenströme

Die Wege, die ein Patient mit einer bestimmten Krebserkrankung für die Diagnose und Behandlung auf sich nimmt, können mit kartographischen Darstellungen nachvollzogen werden. Welche Standorte werden in Rheinland-Pfalz von der Mehrheit der Patienten für welche Behandlung präferiert? Werden Zentren, welche auf eine bestimmte Tumorentität spezialisiert sind, gehäuft aufgesucht? Diese und weitere Fragen können mit Hilfe der Auswertung von Patientenströmen in Rheinland-Pfalz veranschaulicht und visualisiert werden.



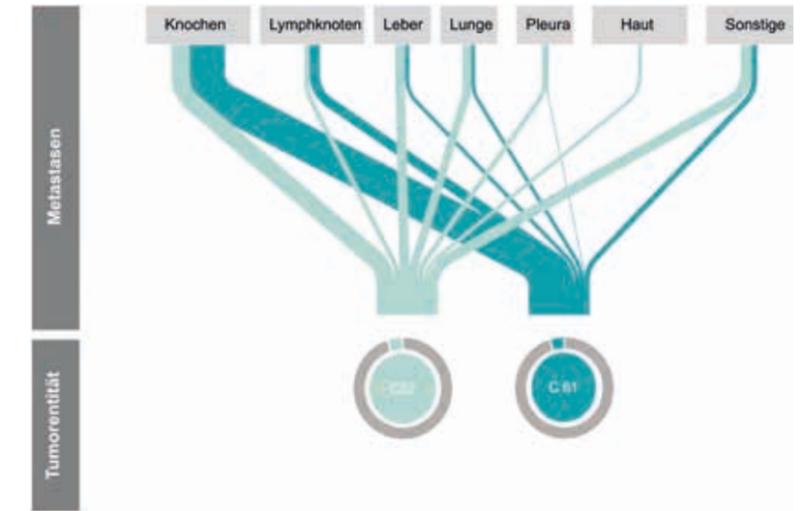
Patientenströme von Brustkrebspatientinnen vom Wohnort zur behandelnden Klinik auf Kreisebene.

Ebenso kann der gesamte Behandlungspfad eines Patienten von der Diagnose bis zur Nachsorge abgebildet werden. Die Aufbereitung der erhobenen Daten mittels eines Sankey-Diagramms ermöglicht es, die Verteilung der verschiedenen Therapiearme über proportionale Mengenflüsse zwischen den verschiedenen Therapieinterventionen darzustellen. Gekoppelt werden diese Verteilungen derzeit mit dem aktuellen Status des Follow-Up der Patienten.



Häufigste Therapiepfade in Rheinland-Pfalz für Brustkrebs im Stadium 3 und 4 mit prozentuaem Überleben.

Eine genauere Betrachtung der Daten gibt beispielsweise die Verteilung der Lokalisation von Fernmetastasen bei Patienten einzelner Einrichtungen gegenüber der Gesamtverteilung in Rheinland-Pfalz wieder. Wie hoch ist der Anteil von Patienten mit Fernmetastasen und an welchen Organsystemen treten diese im Vergleich zu gesamt Rheinland-Pfalz auf? Mit Hilfe der Visualisierungen kann diese Frage mit einem Blick sofort beantwortet werden.



Prozentuale Verteilung der Fernmetastasen von Brust- und Prostatakarzinomen für gesamt Rheinland-Pfalz.

Datenauswertung zeigt auch Therapieerfolge

Auch Therapieerfolge können durch das Krebsregister Rheinland-Pfalz ausgewertet werden. Eine Unterstützung der Analysen soll bei diesen Auswertungen zukünftig durch das Machine Learning erfolgen. Anhand von Mustern in den Meldungsdaten können bestimmte Therapien und mögliche Einflussfaktoren auf die Therapie untersucht werden. Eine Kausalität lässt sich an dieser Stelle, im Gegensatz zu randomisierten klinischen Studien, nicht zwingend feststellen. Die Daten des Krebsregisters Rheinland-Pfalz entsprechen der Definition von Real World Data und nicht den hohen Standards, die klinische Studien erfüllen müssen.

Diese Fragen lassen sich nur schwer innerhalb des Settings einer klinischen Studie beantworten. Hier sind Daten aus der realen onkologischen Versorgung stärker denn je gefragt. Es sollte eine Wechselseitigkeit und Ergänzung beider Ansätze vorliegen. Anhand von Real World Data, in diesem Fall Krebsregisterdaten, können Hypothesen generiert, fachlicher Austausch ermöglicht und die Behandlung von Krebspatienten über alle Behandlungssektoren hinweg beobachtet werden.

Randomisierte, kontrollierte Studien (RCTs) sind nach wie vor Goldstandard in der klinischen Forschung zur Untersuchung von Wirksamkeit und Sicherheit neuer therapeutischer Maßnahmen sowie Protokollen. Sie bilden die Grundvoraussetzung für die evidenzbasierte Medizin. Dennoch bieten die Daten des Krebsregisters Rheinland-Pfalz einen entscheidenden und bereichernden Vorteil gegenüber klinischen Studien – Während eine klinische Studie unter Idealbedingungen stattfindet, bieten Krebsregisterdaten die Möglichkeit, das Verhalten und die Umsetzung von therapeutischen Standards, neuen Verfahren und Therapeutika in der onkologischen Versorgung unter realen Bedingungen zu beobachten.

Dabei bleibt die Grundvoraussetzung für das Gelingen dieser Vorhaben eine vollständige Datenbasis. Denn der Nutzen von Krebsregisterdaten kann nur durch jene maximiert werden, die ihn primär brauchen – die onkologisch tätigen Ärztinnen und Ärzte.

Reale Versorgungsdaten sind gefragt

Unter welchen Bedingungen werden wann welche therapeutischen Maßnahmen durch die onkologisch tätige Ärzteschaft eingesetzt? Wie unterscheiden sich Behandlungsprotokolle zwischen verschiedenen Standorten der onkologischen Versorgung? Werden die durch onkologische Leitlinien vorgegebenen Therapiestandards auch umgesetzt? Wie sehen Anschlussbehandlungen im ambulanten Bereich aus? Welche Langzeiteffekte sind zu beobachten und gegebenenfalls zu untersuchen?

Autorinnen



Foto: Stefan F. Sämmmer

Antje Swietlik (r.)
Geschäftsführerin des Krebsregisters Rheinland-Pfalz

PD Dr. Sylke Zeißig (l.)
Ärztliche Leiterin des Krebsregisters Rheinland-Pfalz

Deutsches Kinderkrebsregister: Datenauswertung über Spätfolgen hilft, Nachsorge zu verbessern

Krebskranke Kinder und Jugendliche haben dank zunehmend besserer Therapiemöglichkeiten gute Heilungschancen. Derzeit erkranken in Deutschland jedes Jahr etwa 1.800 Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren neu an Krebs. Während die durchschnittlichen Überlebensraten in den 60er Jahren mit 30 Prozent sehr gering waren, überleben heute über 80 Prozent ihre Krebserkrankung. Derzeit leben etwa 50.000 bis 60.000 Menschen in Deutschland, die in ihrer Kindheit oder Jugend an Krebs erkrankt waren.

Das Deutsche Kinderkrebsregister (DKKR) erfasst seit 1980 die Daten der erkrankten Kinder und Jugendlichen, wertet sie aus und evaluiert sie. Das DKKR zählt zu den größten Kinderkrebsregistern weltweit und ist am Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik an der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz angesiedelt; finanziert wird es von den Gesundheitsministerien von Bund und Ländern.

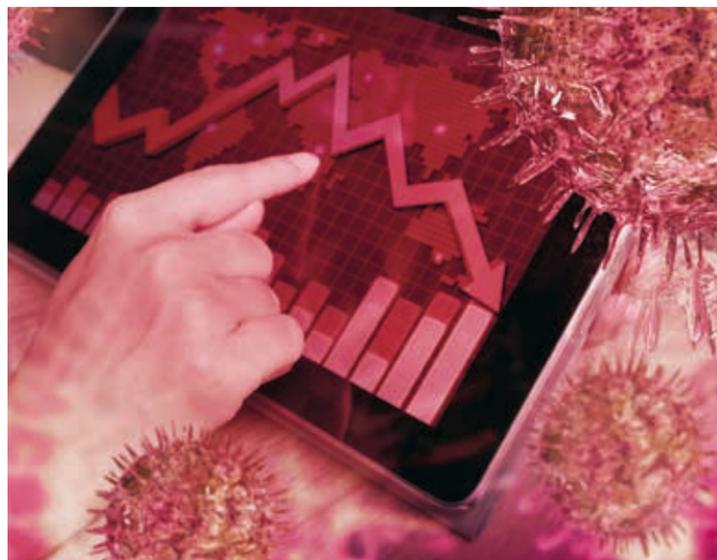


Foto: stock.adobe.com/Athitit Shinagowin

95%

95-prozentige Meldequote

Mit seiner repräsentativen Dokumentation hat das Deutsche Kinderkrebsregister dazu beigetragen, das verbesserte Überleben von Kindern, die an Krebs erkrankt waren, zu belegen. Die erfassten Daten dienen

dazu, Erkrankungsdaten, zeitliche Veränderungen, regionale Unterschiede und Langzeit-Überlebenswahrscheinlichkeiten von Patienten mit einer Krebserkrankung im Kindes- und Jugendalter zu berechnen. Außerdem erforscht das DKKR mit vielen (kooperativen) Forschungsprojekten aktuell insbesondere die Spätfolgen von Kinderkrebskrankungen.

In den Jahren 1980 bis 2017 wurden deutschlandweit Erkrankungen von über 64.000 Patient*innen in diesem Register erfasst. Bis zum Jahr 2008 sammelte das DKKR die Daten von Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren. Seit 2009 werden auch Krebserkrankungen bei Jugendlichen bis zu dem Alter von unter 18 Jahren gesammelt. Die Vollständigkeit der Erfassung beträgt deutschlandweit bereits seit 1987 etwa 95 Prozent und entspricht somit den internationalen Anforderungen an epidemiologische Krebsregister.

Große Datenbasis für epidemiologische Studien

Die Meldungen an das DKKR erfolgen nach einer recht kurzen Aufbauphase des Registers durch die große Unterstützung der meldenden Kliniken aber auch der betroffenen Familien, die den Nutzen einer solchen Meldung mit Ihrer Einwilligung stützen, nahezu vollzählig. Diese Datenbasis bietet eine ausgezeichnete Grundlage, um mögliche zeitliche Trends und regionale Häufungen zu erkennen sowie um epidemiologische Forschungsprojekte aufzusetzen. „Aufgrund des umfangreichen Datenmaterials und dieser hohen Vollständigkeit sind die Untersuchungen des Deutschen Kinderkrebsregisters von großem wissenschaftlichem Wert“, berichtet die Leiterin des Kinderkrebsregisters Dr. Friederike Erdmann, MPH.

„Wir sind immer in Kontakt mit den diagnostizierenden Kliniken. Das macht alles persönlicher und erleichtert die Zusammenarbeit“, so Erdmann. Jährlich würden etwa 2.200 Patienten aus den pädiatrisch-onkologischen Einrichtungen gemeldet, die in der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH) zusammengeschlossen sind. An die Meldungen der erkrankten Kinder und Jugendlichen zu kommen, sei mitunter nicht so einfach, so Erdmann. Der Grund: In Abhängigkeit von der Tumorentität, werde diese Altersgruppe schon nicht mehr pädiatrisch, sondern erkrankungsspezifisch außerhalb der Kinder- und Jugendonkologie behandelt. Das erschwere deren Erfassung.

Gleichzeitig im Blick: aktuelle Fälle und Spätfolgen

Das Kinderkrebsregister registriert zum einen die neuen Krebsfälle und zum anderen hat es die Nachbeobachtung im Blick. Seit 2006 gibt es eine zeitlich unbefristete Nachbeobachtung. Gerade die Nachbeobachtung und auch die Versorgungsforschung eröffnen nach Erdmanns Einschätzung viele Ansätze für die künftige Versorgung derjenigen, die Krebs überleben. Fast 40.000 Langzeitüberlebende würden regelmäßig kontaktiert. Das erfordere einen hohen logistischen Aufwand und ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen den Betroffenen und den Mitarbeitenden des Deutschen Kinderkrebsregisters.

„Datenauswertungen sind wichtig. Sie helfen, dass Forscher und Ärzte Krebserkrankungen und ihre Folgen besser verstehen und gezielter therapieren können.“

Über Risikofaktoren wisse man immer noch zu wenig; und es gebe daher auch noch keine primärpräventiven Maßnahmen. Erdmann: „Krebserkrankungen im Kindes- und Jugendalter können weitestgehend nicht verhindert werden. Aber wir können die Nachbetreuung verbessern, wenn wir wissen, welche möglichen Spätfolgen und psychosoziale Konsequenzen bestehen.“ Gerade die Spätfolgenforschung habe sich in den vergangenen Jahrzehnten sehr verändert und verbessert. Man wisse inzwischen, dass sich bei rund zwei Dritteln der Langzeitüberlebenden (länger als fünf Jahre) Spätfolgen nach etwa zehn bis 15 Jahren zeigen würden. Ein Drittel leide sogar unter schweren Spätfolgen.

Spätfolge-Daten helfen Lebensqualität zu verbessern

Ehemalige Krebspatienten benötigen eine spezielle Nachsorge. Denn durch die Krankheit selbst oder auch durch die intensive Therapie können Spätfolgen entstehen. Je nach Art der Behandlung könne es zu unterschiedlichen Spätfolgen kommen wie beispielsweise therapiebedingten kardialen Problemen. Zu den gravierenden Spätfolgen nach

einer Krebstherapie zählen Zweitkrebskrankungen. Hinzu kommen bei vielen Überlebenden Probleme, die Zeit der Erkrankung und Behandlung innerlich zu verarbeiten.

Die Auswertung der Daten über Spätfolgen nach Krebs im Kindes- und Jugendalter hilft, die Lebensqualität, psychosoziale Konsequenzen und Lebensbedingungen der langzeitüberlebenden Patient*innen nachhaltig zu verbessern.

Die Untersuchung und Vermeidung möglicher Spätfolgen hat einen besonderen Stellenwert. Das Deutsche Kinderkrebsregister liefert hinzu wichtige Beiträge etwa durch die Intensivierung der Langzeitnachbeobachtung und die Erfassung von Zweittumoren.



Dr. Friedrike Erdmann, MPH:

„Krebserkrankungen im Kindes- und Jugendalter können bis heute weitestgehend nicht verhindert werden. Aber wir können die Nachbetreuung verbessern, wenn wir wissen, welche möglichen Spätfolgen und psychosoziale Konsequenzen bestehen.“

Foto: Universitätsmedizin Mainz/Thomas Böhm

„Ein umfangreiches Datenregister ist das eine. Auswerten und Schlussfolgerungen ziehen ist das andere“, stellt Erdmann immer wieder fest. Denn gerade die Ergebnisse, die Datenauswertungen bringen, seien für die Betroffenen, deren Familien und auch für die Ärzt*innen wichtig. Datengrundlagen helfen, dass Forscher und Ärzte Krebserkrankungen und ihre Folgen besser verstehen und so auch gezielter therapieren können. →

Forschung aus gewonnenen Daten kommt Familien zu Gute

Für DKKR-Leiterin Erdmann ist es sehr wichtig, die gewonnenen Daten für Forschungen zu nutzen und damit der Allgemeinheit dienen können. Somit würden auch die Gelder, die investiert wurden, den Familien und der Gesellschaft allgemein wieder zu Gute kommen.

Ein großes Anliegen ist es ihr ferner, sich auch bei überregionalen Forschungsprojekten zu beteiligen. So trägt das Kinderkrebsregister auch dazu bei, dass Daten aus Deutschland in internationale Projekte einfließen. Deshalb beteiligt sich das DKKR beispielsweise bei den Sammlungen der Registerdaten der IARC (International Agency for Research on Cancer) inklusive der International Incidence of Childhood Cancer (IICC), EURO CARE und CLIC (Childhood Cancer und Leukemia International Consortium). Für diese Krebsforschungsregister sammelt die Weltgesundheitsorganisation weltweit Daten. Bislang sind nach IICC-Angaben weltweit von 440 Registern in fünf Kontinenten Daten gesammelt, validiert, evaluiert und analysiert worden.

Ebenfalls Mitglied ist das Kinderkrebsregister bei der International Association of Cancer Registries, dem European Network of Cancer Registries und PanCare. Dieses Netzwerk hat sich das Ziel gesetzt, die Häufigkeit und Schwere krankheits- und therapiebedingter Spätfolgen bei den ehemaligen Patienten zu verringern.

Datenerfassung nur, wenn Betroffene zustimmen

Besonders Betroffene und Familien haben Erdmanns Erfahrung nach „ein großes Interesse daran, dass Forschung gemacht wird, damit andere davon profitieren“. Das zeige sich auch bei der sehr hohen Meldequote der Betroffenen zur Registrierung der Daten. Kinderkrebsregister-Leiterin Erdmann: „Eine Datenerfassung erfolgt nur, wenn die Betroffenen zustimmen.“ Und sie würde sich freuen, wenn die Bereitschaft, bei der Langzeitbeobachtung und bestimmten Forschungsinitiativen mitzumachen, noch steigen würde – „auch wenn es einige Fragebögen sind, die für manche Studien auszufüllen sind“.

Langfristig gesehen wünscht sich Erdmann, dass die Kinderkrebsregisterdaten in noch stärkerem Umfang für registerbasierte Forschungsaktivitäten genutzt werden als bisher. Hierfür müssten sich die verschiedenen Institutionen und Register noch mehr verlinken und austauschen dürfen als momentan möglich, um spezifische Daten zu generieren und zu verknüpfen - beispielsweise aus den Krebsregistern der Länder, der Todesursachenstatistik, den Einwohnermeldedaten und den Krankenkassen. Erdmann: „Datenschutztechnisch ist das eine Herausforderung, aber für die Forschung sehr sinnvoll!“

Ines Engelmohr

STATISTIK IN KÜRZE

Im Jahr 2017 sind nach Angaben des Deutschen Kinderkrebsregisters 2.216 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren an Krebs erkrankt (darunter 1.838 Kinder unter 15 Jahren).

Die häufigsten Diagnosegruppen bei Kindern sind die Leukämien und Lymphome mit zusammen 45 Prozent und die Tumoren des zentralen Nervensystems (24 Prozent).

Durchschnittlich 410 Kinder versterben jährlich an einer bösartigen Neubildung. Abgesehen vom ersten Lebensjahr, in dem angeborene Fehlbildungen und Erkrankungen sowie der plötzliche Kindstod als Todesursache im Vordergrund stehen, ist damit etwa jeder fünfte Todesfall im Kindesalter auf eine Krebserkrankung zurückzuführen.

(eb)



Foto: Engelmohr

Niedergelassener Onkologe: Wir profitieren in der Fläche von der Spitzenmedizin

In der ambulanten onkologischen Versorgung sind die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte breit aufgestellt und für die Patientinnen und Patienten äußerst wichtige Stützen. Zwar haben die Niedergelassenen nicht die Möglichkeit, in ihren Praxen das abzubilden, was die onkologische Spitzenmedizin leistet, aber „wir kennen unsere Patienten und ihr persönliches Umfeld dafür viel besser, und unsere Patienten brauchen beides“, stellt Dr. Bernhard Rendenbach immer wieder fest. Rendenbach ist niedergelassener Facharzt für Innere Medizin, Hämatologe und Onkologe in Trier.

Die onkologische Spitzenmedizin in Rheinland-Pfalz ist seiner Einschätzung nach sehr gut; „von ihr können wir enorm profitieren“. Es gebe ein gutes Netzwerk, mit dessen Hilfe Niedergelassene in den verschiedenen Regionen immer wieder Unterstützung erfahren. Mainz verteile seine Spitzenmedizin wie ein Multiplikator gut ins Land hinein. „In den Regionen können wir Niedergelassene die Diagnostikmöglichkeiten natürlich nicht genauso bieten wie die Uni, aber deren Vorschläge zur Behandlung setzen wir um“, so Rendenbach: „Wir niedergelassene Onkologen sind somit quasi der verlängerte Arm der Mainzer Spitzenmedizin.“

Individualität der Patienten kommt zu kurz

Rendenbach: „Das schätzen wir sehr.“ Doch mitunter komme die Individualität zu kurz. Also nicht die Individualität der Erkrankung, sondern die Individualität des Patienten. Bei der Patientenvorstellung in Tumorkonferenzen stehe die Erkrankung im Mittelpunkt, nicht aber der Patient mit seiner Persönlichkeit, seinem familiären und sozialen Umfeld und seiner Lebensauffassung. „Hier sind wir Niedergelassene im Vorteil. Wir kennen unsere Patienten meist schon seit vielen Jahren“, so der Onkologe. „Das ist ein bisschen wie in der Allgemeinmedizin. Wir wissen um ihre Sorgen, ihre Werte und um ihre Familien. Und auch dieses Wissen ist für eine gute Behandlung wichtig“, fügt Rendenbach hinzu.

Lange Fahrten sind kein generelles Hindernis

Die onkologische Versorgung funktioniere in seiner Region „recht gut“ - sowohl in Wittlich, Mayen, Bitburg und in Trier. Auch wenn Patienten mitunter Wege in Kauf nehmen müssten. Und das seien mitunter schon lange Wege, gibt Rendenbach zu. Nach Mainz seien es bis zu 170 Kilometer für eine Strecke. Aber „es ist auch klar, dass es nicht möglich ist, überall in der Fläche eine wohnortnahe, spezialärztliche Versorgung in jedem Fach zu hundert Prozent zur Verfügung zu haben“.



Die Fahrten bekämen die Patienten „auch irgendwie organisiert“; das sei kein generelles Hindernis. In den nordischen Ländern „klappt die Versorgung ja auch und da sind die Wegstrecken noch länger als bei uns“, so Rendenbach.

Gute Erfahrungen mit der Palliativversorgung

Zur onkologischen Betreuung gehöre leider auch immer wieder die palliative Begleitung. Auch diese funktioniere in seiner Region gut. Er mache gute Erfahrungen sowohl mit dem ambulanten Hospizdienst als auch mit dem stationären Hospiz. Auch hierfür sei Netzwerken extrem wichtig.

Bei der onkologischen Versorgung legt Rendenbach zudem Wert auf eine gute Verzahnung zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich. In Trier sind beide Krankenhäuser als Onkologische Zentren zertifiziert. Rendenbach: „Ich bin ein Verfechter der sektorenübergreifenden Versorgung.“ Krebspatienten müssten reibungslos zwischen Klinik und Praxis wechseln können. Das sei schließlich während der Behandlung immer wieder nötig.



Dr. Bernhard Rendenbach steht für eine sektorenübergreifende Versorgung in der Onkologie.

Foto: privat

Onkologische Zweigpraxis in der Klinik

Seine Praxis kooperiert mit dem Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen in Trier und unterhält dort eine Zweigpraxis, die aufgrund der Zertifizierung des Mutterhauses ebenfalls zertifiziert ist. Rendenbachs Hauptstandort ist in der Trierer Innenstadt. Ein angestellter Oberarzt arbeitet zur Hälfte in der Klinik und zur anderen Hälfte in der Klinikzweigpraxis. So könnten Patienten zwischen Klinik und Praxis quasi aus einer Hand betreut werden.

Er höre von Patienten manchmal, dass sie sich nach ihren Klinikaufhalten darüber beklagten, dass sie dort mitunter feste Ansprechpartner vermisst hätten. Das sei natürlich der Dienstplangestaltung unter Berücksichtigung des Arbeitszeitgesetzes geschuldet, weiß Rendenbach. Es sei ein nicht zu lösendes strukturelles Problem, dass es im Krankenhaus deswegen häufig wechselnde oder gar keine feste Ansprechpartner gebe. Rendenbach: „Dieses Problem haben wir in der ambulanten Versorgung nicht. Bei uns haben unsere Patienten immer ihre vertrauten Ansprechpartner.“

Er selber hat sich 1993 in Trier gemeinsam mit einem Nephrologen niedergelassen. Über die Jahre ist die Praxis gewachsen. Aktuell sind in der Praxis vier Partner: zwei Hämatologen/Onkologen und zwei Nephrologen. Hinzu kommen drei angestellte Hämatologen mit jeweils halben Stellen; zwei von ihnen sind in der Trierer Praxis, der dritte arbeitet in der Klinik-Zweigpraxis. Pro Quartal versorgt die Praxis rund 2.000 Patienten, etwa 1.400 von ihnen onkologisch

Weiterbildung sollte mehr ambulante Einblicke ermöglichen

Manchmal wünsche er sich noch mehr Verständnis der Klinikärzte für die Kollegen in den Praxen. Jeder Niedergelassene kenne aus eigener Erfahrung während seiner Weiterbildungszeit die Arbeitsabläufe im Krankenhaus, aber „noch lange nicht jeder Krankenhausarzt weiß, wie es in der Praxis aussieht“. Er fände es daher gut, wenn es während der Weiterbildungszeiten mehr Möglichkeiten gebe, die Versorgung im ambulanten Bereich kennenzulernen.

Insgesamt sieht Rendenbach die ambulante, internistische Onkologie gut aufgestellt, „auch wenn sie nicht immer direkt vor der Haustür zur Verfügung steht“. Und sollte manchmal etwas doch nicht gleich lösbar sein, dann motiviere er sich gern mit einem Spruch des ehemaligen US-Senators Carl Schurz: „Ideale sind wie Sterne, man kann sie nicht erreichen, aber man kann sich an ihnen orientieren.“

Ines Engelmohr