



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR UROLOGIE e.V.
BERUFSVERBAND DEUTSCHER UROLOGIE e.V.
ARBEITSGEMEINSCHAFT UROLOGISCHE ONKOLOGIE



Positionspapier zur Urologischen Onkologie

Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Urologie, des Berufsverbandes der Deutschen Urologen und der Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft

Maligne Erkrankungen des Harntraktes und des männlichen Genitaltraktes umfassen die Entitäten der Karzinome von Niere und Nebenniere, des Urothels (Nierenbecken, Ureter, Harnblase und Urethra), der Prostata und Samenblasen, des Penis und der Hoden. Diese urogenitalen Malignome sind zusammen genommen häufig und machen nach der Inzidenzliste des Robert-Koch-Institutes ca. 25% aller soliden Tumore in Deutschland aus. Das Prostatakarzinom ist das häufigste Organmalignom des Mannes in Deutschland.

Die primäre Diagnose und Therapie dieser malignen Erkrankungen ist fachlich integraler Inhalt des medizinischen Fachgebietes der Urologie. Dies erstreckt sich von der Primärdiagnose über die operative Therapie bis zur systemischen Therapie bei fortgeschrittenen und/oder metastasierten Erkrankungen und die Nachsorge. Diagnostik und Therapie dieser Erkrankungen ist Inhalt der Weiterbildung für jeden Urologen in Deutschland.

Im Rahmen des Nationalen Krebsplanes wurden seitens der Politik Ziele und Strategien zu einer Verbesserung der nationalen Krebsfrüherkennung, -vorsorge und -behandlung vorgegeben. Diese Vorgaben werden von Fachgesellschaften und übergeordneten interdisziplinären Fachgesellschaften aufgegriffen. Ausdruck dieser Bemühungen sind die Erstellung von interdisziplinären Leitlinien, Aufbau von Onkologischen Zentren mit interdisziplinären Tumorkonferenzen, ambulanten Netzwerken und eine verstärkte fachliche Weiterbildung von Ärzten.

Die politische Formulierung von wünschenswerten Zielen allein erreicht jedoch keine notwendigerweise verbesserte Ergebnisqualität. Auch die Schaffung neuer Strukturen allein belegt noch nicht eine Verbesserung der Ergebnisse. Das Ziel, eine Verbesserung der Ergebnisse für die Patienten, also von Lebensqualität und Überleben, muss an erster Stelle stehen und nachweislich erreichbar sein.

Die Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU), der Berufsverband der Deutschen Urologen (BDU) und die Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft (AUO) sehen mit Sorge Fehlentwicklungen im Bereich der Bedarfsplanung und der Fachorientierung bei den urologischen Krebserkrankungen.

Kompetenz der Behandlung

Die inhaltliche und fachliche Kompetenz für die Diagnose, Therapie und Nachsorge der urogenitalen Malignome liegt von Ausbildung und klinischer Erfahrung her beim Urologen. Vorsorge und Primärdiagnostik dieser Tumore werden von niedergelassenen Urologen erbracht und die operative Therapie als Primärtherapie von urologischen Kliniken geleistet. In den Fällen, wo eine primäre oder adjuvante Strahlentherapie indiziert ist, besteht grundsätzlich eine enge Zusammenarbeit mit radioonkologischen Einrichtungen.

Die systemische Polychemotherapie von urogenitalen Erkrankungen erfolgt primär in vielen, aber nicht allen urologischen Zentren und Hauptabteilungen. Die antihormonelle und chemotherapeutische Behandlung des Prostatakarzinoms erfolgt ebenso wie die intravesikale Chemotherapie des Blasenkarzinoms heute überwiegend ambulant an vielen urologischen Kliniken und Praxen, ebenso die palliative, supportive und schmerztherapeutische Betreuung vieler Patienten mit fortgeschrittenen urogenitalen Malignomen. Die Weiterbildung „Medikamentöse Tumorthherapie“ erfolgt an urologischen Kliniken und auch in urologischen Schwerpunktpraxen.

Diese strukturelle und inhaltliche Kompetenz und Erfahrung der Urologen ist aus der bundesweiten Versorgungsrealität nicht wegzudenken. Eine Übernahme der umfassenden Versorgung und Behandlung von Patienten mit fortgeschrittenen urogenitalen Malignomen, die einer systemischen Therapie bedürfen, durch andere Fachgebiete und Strukturen ist allein mengenmäßig - im Hinblick auf eine wohnortnahe Versorgung - und von der fachlichen Kompetenz her ausgeschlossen.

Die kompetente und über Jahrzehnte bewährte Versorgung und Begleitung von Patienten mit urogenitalen Krebserkrankungen durch ein Fachgebiet mit Kompetenz für alle Stadien dieser Erkrankungen, für deren Komplikationen und für deren funktionelle Auswirkungen auf den Harntrakt ist für die Patienten sinnvoll und notwendig.

Fort- und Weiterbildung

Die Deutsche Gesellschaft für Urologie mit dem Arbeitskreis Onkologie (AKO), der Berufsverband der Deutschen Urologen und die Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft (AUO) haben die vom Nationalen Krebsplan angestoßenen Entwicklungen konsequent und nachhaltig mit Maßnahmen im Bereich der Therapie und der Fortbildung aufgegriffen (Entwicklung der interdisziplinären S3-Leitlinie Prostatakarzinom (veröffentlicht 2009 von DGU und DKG), gegenwärtige Erarbeitung von Leitlinien zum Nierenkarzinom und zum Peniskarzinom, projektierte Leitlinie zum Harnblasenkarzinom, Etablierung eines Zweitmeinungszentrums zu Hodentumoren). Stark frequentiert sind die seit mehreren Jahren viermal jährlich stattfindenden mehrtägigen AKO-AUO-Intensivkurse zur Urologischen Onkologie, die Veranstaltungen der Akademie der Deutschen Urologen und die Fortbildungen des BDU zur Leitliniengerechten Therapie bei urologischen Malignomen.

Für die Weiterbildung zum Facharzt für Urologie wurde im Rahmen der letzten Neufassung der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer zusätzlich zum Facharzt für Urologie die Medikamentöse Tumorthherapie als nach erfolgter Weiterbildung zu absolvierende Zusatzweiterbildung neu definiert.

Aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Urologie und des Berufsverbandes der Deutschen Urologen ist die Ausbildung und umfassende Erfahrung in der onkologischen Systemtherapie urogenitaler Erkrankungen an vielen ausbildenden urologischen Kliniken vollumfänglich gegeben und lediglich dort nicht, wo die primäre Chemotherapie nicht in den urologischen Abteilungen durchgeführt wird.

Es ist daher sinnvoll, die „Medikamentöse Tumorthherapie“ als zusätzliche Qualifikation zu definieren, die aber begleitend zur und im Rahmen der Weiterbildung erworben werden kann, wenn die systemische Therapie an der jeweiligen urologischen Klinik durchgeführt wird. Für Urologen, die ihre Ausbildung an einer Klinik ohne diese inhaltliche Komponente der systemischen Chemotherapie absolviert haben, besteht die Notwendigkeit, diese Zusatzqualifikation der Medikamentösen Tumorthherapie zusätzlich an einer anderen Klinik zu erwerben.

Zusätzlich streben die Deutsche Gesellschaft für Urologie und der Berufsverband der Deutschen Urologen durch eine Änderung der Musterweiterbildungsordnung die Etablierung einer Zusatzqualifikation „Urologische Onkologie“ an. Voraussetzung für diese Zusatzqualifikation müssen der vorherige Abschluss der Facharztweiterbildung und die Zusatzweiterbildung „Medikamentöse Tumorthherapie“ sein.

Onkologievereinbarung

Die neu eingeführte Onkologievereinbarung definiert Mindestmengen in der systemischen Therapie, vorgeblich um eine Qualitätsverbesserung zu erreichen. Es ist unklar, ob so eine Qualitätsverbesserung erreicht werden wird.

Die Onkologievereinbarung orientiert sich an Merkmalen der Strukturqualität und an Mindestmengen. Mit der Argumentation, eine Qualitätsverbesserung erreichen zu können, wurde die Onkologievereinbarung so geschaffen, um onkologisch tätige Ärzte mit geringeren Fallzahlen aus der Versorgung herauszunehmen.

Die angewandte Mindestmengenanforderung ist dabei unsachgemäß angewandt. Es wurde eine Mindestmenge für niedergelassene Hämato-Onkologen definiert und von dieser zwei Drittel als Mindestmenge für Urologen festgesetzt. Dies ist insofern unsachgemäß, als der Hämato-Onkologe nichts anderes tut, als systemische Tumorthherapie bei einer großen Vielzahl an Tumorentitäten zu verabreichen. Der onkologisch tätige Urologe behandelt ausschliesslich die urogenitalen Krebserkrankungen und therapiert diese aber umfassend, funktionell, komplikationsbezogen, systemisch, supportiv und palliativ. Dies entspricht einer ganzheitlichen Behandlung der Person und der Erkrankung.

Die uroonkologische Therapie unterliegt darüber hinaus einer rasanten medizinischen Entwicklung. Eine Vielzahl neuer Therapiemodalitäten (oral applizierbare Therapien beim fortgeschrittenen Nierenkarzinom, Sekundärtherapie des hormonrefraktären Prostatakarzinoms, Zweitlinienchemotherapie des Prostatakarzinoms, Therapie mit Tumorvakzinen) erfordern spezielle Kenntnisse und Erfahrungen in der uroonkologischen Therapie. Diese wird von onkologisch tätigen Urologen erbracht, nicht jedoch von allgemein tätigen Hämato-Onkologen.

Mindestmengen für uro-onkologisch tätige Urologen müssen sich deshalb an Qualifikation, persönlicher Kompetenz und vergleichbaren Behandlungszahlen anderer onkologisch verantwortlicher Fachärzte orientieren. Dabei muss eine Betrachtung aller Tumortherapien des Faches Urologie erfolgen, also neben der intravasalen Chemotherapie auch die perorale antiproliferative und antineoplastische Therapie, die intravesikale Therapie, die systemische hormonelle Therapie und die supportive Tumortherapie.

Grundsätzliches zu Mindestmengen in der Onkologie

Die Definition von Mindestmengen beinhaltet mehrere grundsätzliche Probleme:

1. Sie orientiert sich an Gesamtmengen der Tumortherapie unabhängig von der Art der Tumorerkrankung. Sinnvoll definierbar sind Mindestmengen nur, wenn sie bezogen werden auf spezifische Tumorentitäten oder Gruppen verwandter Tumorentitäten (z.B. Prostatakarzinom, z.B. urogenitale Tumore, etc.).
2. Mindestmengen beinhalten die Gefahr der Indikationsausweitung. Diese Gefahr ist realistisch und fachunabhängig und besteht darin, dass Therapien auch deswegen gegeben werden, um die Behandlungszahlen im Bereich oberhalb der Mindestmenge zu halten. Dies wäre eine völlig abträgliche Entwicklung und schädlich für Patienten.
3. Mindestmengen reflektieren nicht automatisch Behandlungsqualität. Zahl und Inhalt sind immer verschiedene Dinge; entscheidend sind Qualifikation, Kompetenz und Erfahrung des Behandlers. Eine solche Gesamtkompetenz ließe sich besser als kumulative Gesamterfahrung in der systemischen Therapie und nur entitätsbezogen sinnvoll definieren.
4. Es ist nicht angemessen, für Urologen eine Mindestmenge von Therapiezyklen pro Quartal zu definieren, die nur unwesentlich unter derjenigen liegt, die für Hämato-Onkologen definiert wurde, da Urologen sehr viel weniger Tumorentitäten behandeln als Hämato-Onkologen.
5. Gewährleistet bleiben muss eine umfassende und kompetente uro-onkologische Versorgung. Eine Onkologievereinbarung, welche eine große Anzahl niedergelassener und kompetenter Urologen aus der uro-onkologischen Versorgung ausschließt, wird zu erheblichen Versorgungsproblemen und einer Verschlechterung der kompetenten uro-onkologischen Patientenversorgung führen.

Schlussfolgerung

Die Deutsche Gesellschaft für Urologie, der Berufsverband der Deutschen Urologen und die Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft fordern deshalb zusammenfassend eine Neudefinition der Onkologievereinbarung, einen fachlich und inhaltlich sinnvollen Umgang mit Mindestmengen und eine Neudefinition der uro-onkologischen Weiterbildung in der Weiterbildungsordnung.



Univ.-Prof. Dr. O. Hakenberg
Generalsekretär
Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V.



Dr. A. Schroeder
Präsident
Berufsverband der Deutschen Urologen e.V.



Univ.-Prof. Dr. J. Gschwend
Sprecher
Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie
Deutsche Krebsgesellschaft e.V.