

Versorgung von Krebspatienten in Pandemiezeiten

Interview mit Prof. Dr. med. Wolfgang Knauf, Frankfurt.

Man hat von unterschiedlichen Fachgesellschaften gehört, dass sich seit der SARS-CoV-2-Pandemie weniger Krebspatienten behandeln ließen, onkologische Eingriffe verschoben und diagnostische Untersuchungen sowie Nachsorgemaßnahmen teilweise stark zurückgefahren würden. Daten aus dem Zentralinstitut der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Taskforce des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) haben jedoch unterschiedliche Erkenntnisse zur Versorgung der Krebspatienten vor dem Hintergrund der Pandemie geliefert. Der Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland (BNHO) hat eine retrospektive Bestandsaufnahme der Versorgung in seinen Schwerpunktpraxen während der Pandemie im Zeitraum April bis Juni 2020 veranlasst. Diese Untersuchung des Wissenschaftlichen Instituts der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (WINHO GmbH) hat dabei keine Reduktion oder Verzögerung der Behandlungen von Krebspatienten in diesem ersten Lockdown ergeben. Die Auswertung des WINHO basiert auf der Datenlage von 101 Schwerpunktpraxen mit ca. 162.000 onkologischen Patienten aus dem zweiten Quartal 2020. Bei den Patienten mit einer floriden Tumorerkrankung ist sogar ein Anstieg der Patientenzahlen zu beobachten. Diese validen belastbaren Daten zeigen somit, dass eine adäquate ambulante Versorgung von Patienten mit einer Krebserkrankung auch unter Pandemiebedingungen gewährleistet werden konnte. Prof. Dr. Wolfgang Knauf, Frankfurt, erläutert im nachfolgenden Interview die aktuellen Ergebnisse zur ambulanten Versorgungslage.



Prof. Dr. Wolfgang Knauf, Frankfurt

Wie kommt es zu diesen unterschiedlichen Erkenntnissen in Bezug auf die Versorgung von Krebspatienten?

Bei der Taskforce hat es sich um telefonische Abfragen in großen Tumorzentren gehandelt, die nach eigener Aussage nur 10-20% der Tumorpatienten in Deutschland betreuen. Telefonabfragen liefern oftmals eher „weiche“ Informationen. In diesem Taskforce-Beitrag ist zudem auch betont worden, dass es vor allem im Rahmen der Früherkennung zu Einbrüchen gekommen ist. Das ist insofern verwunderlich, weil die Zentren, die angefragt wurden, gar nicht für die Früherkennung zuständig sind. In Deutschland findet die Früherkennung im niedergelassenen Bereich statt, d.h. sie erfolgt u.a. beim Gynäkologen, Urologen und durch die Koloskopie

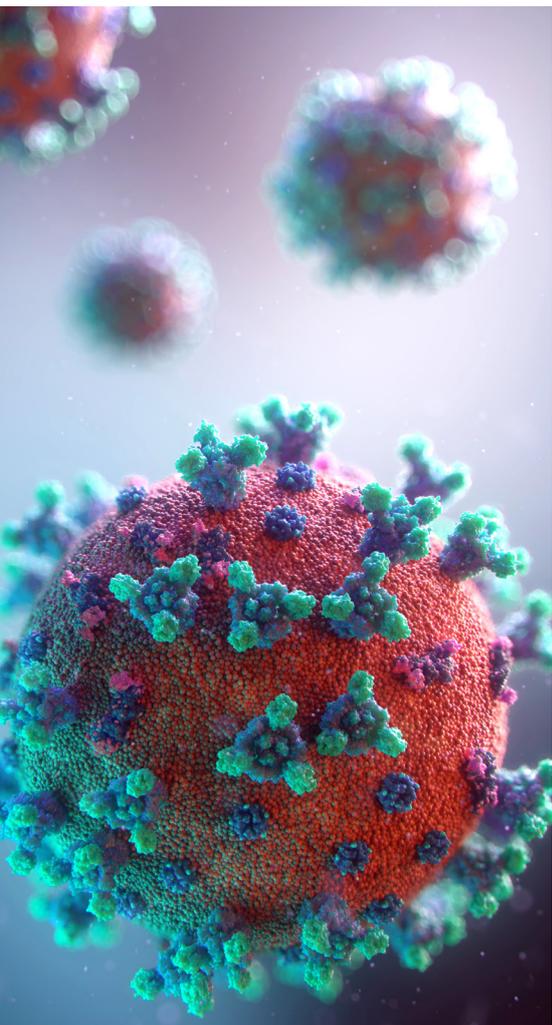
beim Gastroenterologen – nicht jedoch in den großen Krebszentren.

Sie haben keine Versorgungsverschlechterung festgestellt, vielmehr wurde sogar ein Anstieg der Patientenzahlen beobachtet. Welche Erklärung gibt es hierfür?

Unser eigener Beitrag beruft sich auf nachvollziehbare valide Daten von über 162.000 Patienten im zweiten Quartal 2020, also während des ersten Lockdowns. Dabei haben wir unser Augenmerk auf die Patienten gerichtet, die tatsächlich auch eine medikamentöse, ambulante Therapie erhalten haben. Hier sehen wir einen Zuwachs gegenüber Vergleichsquartalen der Vorjahre um etwas über 8%. Parallel dazu gab es einen Beitrag der Helios-Klinikgruppe, die dagegen einen

Rückgang ihrer Patienten beschrieben hat. Dies kann man mit den politischen Vorgaben erklären, die im Rahmen des ersten Lockdowns verfügt wurden. In einem Appell an die Krankenhäuser hieß es nämlich, dass planbare Operationen, wenn möglich, verschoben und Personal und Fachkräfte möglichst für den Einsatz auf Intensivstationen freigestellt werden sollten. Das hat dazu geführt, dass Spezialambulanzen an großen Kliniken und sogar stationäre Bereiche geschlossen und die Operationsfrequenzen heruntergefahren wurden. Dies bezog sich natürlich eher auf medizinisch vertretbar aufschiebbare Eingriffe, d.h. auf operative Maßnahmen, die nicht akut notwendig waren.

Wir erklären den Zuwachs an Patienten bei uns dadurch, dass wir das zumindest teilweise aufgefangen haben.



Es gibt darüber hinaus eine zweite interessante Information von der Felix Burda-Stiftung, die sich sehr um die Früherkennung gastrointestinaler Tumoren kümmert und die immer wieder Kampagnen initiiert, um Patienten zur Darmspiegelung aufzurufen. So gab es 2020 im Vergleich zu 2019 über 9.000 Darmspiegelungen mehr. Bei den Darmtumoren einerseits und bei der medikamentösen ambulanten Tumorthherapie andererseits hat es demnach wohl keine Versorgungslücke gegeben. Ferner muss man die Früherkennung von Brustkrebs gesondert betrachten. In Deutschland ist es so geregelt, dass jede Frau ab dem 50. Lebensjahr eine Einladung zur Mammographie erhält. Hierbei wird aber nicht berücksichtigt, ob die Frauen gesund sind oder Beschwerden oder einen tastbaren Tumor haben. Bei Frauen, bei denen

weder der Gynäkologe noch sie selbst einen Knoten getastet haben und die man daher als gesund betrachten kann, spielt es im Grunde kaum eine Rolle, wenn sie erst 1 oder 2 Monate später zur Mammographie gehen.

Das Mammographie-Screening war im März und April 2020 praktisch komplett ausgesetzt, sodass es hier einen Rückgang gab – das lag in erster Linie daran, dass es keine Schutzkleidung gab. Ich denke jedoch, dass dadurch kein Schaden entstanden ist, denn ab Mai und Juni sind die Zahlen wieder gestiegen, sodass alles wieder aufgeholt wurde und man auch hier nicht von einer Versorgungslücke sprechen kann.

Dies wird auch an den Zahlen vom Zentralinstitut der KBV ersichtlich. Dort wurden wochenweise die Frequenzen anhand der Abrechnungsziffern überprüft und man hat festgestellt, dass es im März und April 2020 tatsächlich in manchen Fachgebieten einen rasanten Rückgang gab. Spätestens ab Mai kam es quasi zu einer Überkompensation, und es wurden sogar mehr Patienten gesehen und betreut als in den Vergleichsjahren zuvor. Betrachtet man diese Situation über das gesamte Jahr, sieht man in den verschiedenen Sektoren Schwankungen, die sich aber im Verlauf wieder aufheben.

Ob es tatsächlich vielleicht doch im Rahmen von zu spät gestellten Diagnosen oder verzögerten Therapien zu einer Verschlechterung der Prognose kam, werden wir erst in mehreren Jahren wissen. Hierfür brauchen wir eine lange Beobachtungszeit und sehr viele Datensätze.

Daher werden wir als Berufsverband der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen auch die nachfolgenden Quartale entsprechend analysieren. Wir rechnen dabei mit Datensätzen von 140.000 bis 160.000 onkologischen Patienten aus etwa einem Drittel unserer Mitgliedspraxen. Somit generieren wir belastbare und valide Daten angesichts der rund 450.000 bis 500.000 Patienten, die wir pro Quartal behandeln.

Natürlich schauen sich auch die Krankenhauskonzerne wie z.B. Sana,

Helios und andere jedes Quartal, wahrscheinlich sogar jeden Monat an, sodass auch hier ausreichend Datenmaterial vorhanden ist, und diese Daten werden akribisch erhoben und ausgewertet.

Im ersten Lockdown wurden richtigerweise, da man nicht wusste, was passiert, die Intensivstationen freigehalten für möglicherweise beatmungspflichtige Corona-Patienten. Letztendlich und zum Glück wurde aber ein Großteil der Intensivbetten nicht gebraucht. Wie sich das in der aktuellen dritten Welle angesichts neuer Virusmutanten entwickeln wird, bleibt abzuwarten. Es ist aber nicht zielführend, nur die Anzahl der Intensivbetten zu betrachten; auch Intensivmediziner haben schon mehrfach darauf hingewiesen, dass die Zahl der Intensivbetten wenig nützt, wenn es kein Personal dafür gibt. Der Engpass ist das intensivmedizinische Fachpersonal und zwar insbesondere im Bereich der Pflege. Hier muss dringend nachgebessert werden.

Es ist insgesamt eine komplexe Thematik, und man muss versuchen, die einzelnen Mosaiksteine zusammenzuführen, wobei ich in diesem Zusammenhang betonen möchte, dass sich unser sog. duales System – d.h. stationär auf der einen Seite und die fachärztliche ambulante Schiene auf der anderen Seite – hier als segensreich erwiesen hat. Denn in dem Moment, in dem die Krankenhäuser vorzugsweise für etwas Anderes eingesetzt werden müssen, steht die fachärztliche ambulante Schiene bereit, um diese Lücke auszugleichen. Deshalb steht Deutschland wahrscheinlich besser da als viele andere Länder im europäischen Umfeld, in denen es diese ausgeprägte ambulante fachärztliche Versorgung so nicht gibt.

Es gibt Patienten, die während der Pandemie Angst vor einem Klinikaufenthalt haben. Wie könnte man mit ihnen am besten kommunizieren, um ihnen die Angst zu nehmen?

Menschen haben natürlich Ängste, zumal wenn sie Tumorkranke sind und sich nun zusätzlich einer Viruspandemie ausgesetzt sehen. Dies kann

mit irrationalen Handlungen einhergehen. Hier sind wir als onkologische Fachärzte gefragt, und das ist auch ein weites Feld für die Hausärzte, die im engen Kontakt mit ihren Patienten stehen. Ebenso ist das eine Aufgabe für die vielen Selbsthilfegruppen, die ihre Mitglieder entsprechend motivieren und aufklären können. Und es ist sicher auch ein Thema für die Presse. Hier gibt es spezielle Publikationen, die von der Allgemeinheit sehr gern gelesen werden und die ebenfalls Aufklärung betreiben können. Letztendlich geht es vor allem um Vernunft, und Angst ist leider in der Lage, Vernunft auszuhebeln. Daher muss man den Menschen die Angst nehmen, und dies ist mit gut begründbaren Argumenten möglich. Das bedeutet, nicht einfach alles schönzureden, sondern die Dinge klar anzusprechen. Ich zitiere gern die Nobelpreisträgerin Marie Curie, die den Satz geprägt hat „Man braucht nichts im Leben zu fürchten, man muss nur alles verstehen.“ Wenn man den Menschen die Situation gut erklärt und sie dann auch die Zusammenhänge verstehen, ist das möglicherweise das beste Mittel, um Ängste zu nehmen.

Vielleicht wären viel mehr Patienten gekommen, wenn sie nicht die Angst gehabt hätten, sich in der Praxis anzustecken. Aber das wissen wir natürlich nicht, denn einen Patienten, der nicht zu uns kommt, können wir nicht analysieren. Deshalb lautet auch immer der Appell an die potenziellen Patienten: Bitte haben Sie keine Angst vor einem Praxisbesuch. Die Praxen haben genauso wie die Klinikambulanzen in kürzester Zeit umfassende Hygienekonzepte entwickelt. Auch die Mitarbeiter werden immer wieder überprüft. Zudem gibt es Einlasskontrollen und natürlich Schutzmasken, Trennwände und verschiedene weitere Maßnahmen – also keine Angst vor einer Infektion in einer Praxis.

Man kann daher den Patienten versichern, dass die Praxen selbstverständlich Schutzmaterialien wie Masken, Handschuhe und Schutzkleidung bei unmittelbarem Kontakt mit den Patienten haben. Auch die Sprechstundenzeiten sind gestreckt worden mit dem Ziel, die Personendichte in der Praxis

gering zu halten. Das bedeutet auch, dass bei vielen Patienten, die zu Routinebesuchen gekommen wären, auf eine Telefonsprechstunde umgestellt wird – wenn medizinisch vertretbar. Um digitale Technologien kümmern sich z.T. die Angehörigen von älteren Patienten, falls erforderlich, vielfach genügt aber das Telefon. Auch hier muss man berücksichtigen, ob es sich um einen Patienten handelt, der vor 3 oder 4 Jahren eine Darmkrebsoperation hatte, nun aber keinerlei Beschwerden hat und zu einer Routinekontrolle kommt. Diese kann ggf. auch einmal um 1-2 Monate verschoben werden. In dem Moment, in dem Beschwerden auftreten, wie Schmerzen oder Blut im Stuhlgang, darf der Termin natürlich nicht verschoben werden. Bei Patienten, die sich gerade einer Chemotherapie unterziehen, muss diese Therapie natürlich fortgesetzt werden.

Insgesamt konnten wir zeigen: Bei uns sind die Chemotherapien weitergelaufen. Möglicherweise gab es in manchen Kliniken Verschiebungen, aber wir haben, wie gesagt, sogar einen Zuwachs zu verzeichnen.

Wie werden die Besuche bei Krebspatienten und die Aufnahme von Patienten in Pandemiezeiten geregelt? Welche Vorsichtsmaßnahmen sind generell erforderlich?

Für Familienzusammenkünfte gibt es ganz offizielle klare Richtlinien, die in Zusammenarbeit mit dem RKI, der ständigen Impfkommision und der Bundesregierung regelmäßig publiziert werden. Große Treffen fallen natürlich aus, aber ein kleiner, überschaubarer Teilnehmerkreis, abhängig von der jeweiligen Inzidenzlage und mit Verzicht auf allzu engen Körperkontakt, ist durchaus möglich.

Krankenhäuser und Praxen haben klare Hygienestrategien, d.h. es sollten möglichst keine Begleitpersonen anwesend sein, damit die Personendichte gering bleibt. Stationäre Aufnahmen erfolgen nur mit negativem PCR-Test, ein Schnelltest genügt nicht. Das gilt natürlich nicht für Patienten, die normalerweise in die Klinik kommen. In diesem Fall wird ein Schnelltest durchgeführt.

Die Patienten werden anschließend aber weiter isoliert, bis das Resultat eines PCR-Tests vorliegt. Das Ergebnis des PCR-Tests erhalten wir bereits am Folgetag; wird der Test frühmorgens veranlasst, kann das Ergebnis sogar schon am Abend verfügbar sein. Das geht insgesamt sehr schnell.

Hier muss betont werden, dass sich die Labormediziner sehr schnell auf diese Situation eingestellt und diese Tests flächendeckend angeboten haben. Diese ärztlichen Gebiete, die in der öffentlichen Wahrnehmung sonst eher im Hintergrund agieren, haben hier absolut einen wesentlichen Beitrag geleistet.

In den geschlossenen Räumen, in den Praxen und in den Krankenhäusern besteht grundsätzlich Maskenpflicht, entweder eine FFP2-Maske oder die OP-Maske. Mit dieser chirurgischen Maske werden in einem mehr oder weniger sterilen Umfeld ja auch große Operationen durchgeführt; daher sind das sichere Masken. Selbstgeschneiderte Stoffmasken sind allerdings passé.

Es mag natürlich gerade im Medizinbereich unter Umständen Teilbereiche geben, in denen explizit FFP2-Masken erforderlich sind. Grundsätzlich kann mehr Sicherheit nicht schaden.

Wie beurteilen Sie die Maßnahmen, die im Zuge der Pandemie getroffen wurden und deren Effekte?

Das Verhalten von manchen Teilen der Bevölkerung ist z.T. unverständlich. Kaum scheint die Sonne, ist alles vergessen. Es ist eine gewisse Müdigkeit entstanden, da in den öffentlich-rechtlichen Fernsehprogrammen Corona nach wie vor überpräsent ist. Dazu kommt eine oftmals sehr unglückliche Kommunikationspolitik, bei der sich Entscheidungsträger öffentlich widersprechen und unausgeglichene Äußerungen verlautbart, einen Tag später aber wieder zurückgenommen werden. Die Datenlage wechselt ständig, wobei die Politik dafür nichts kann. Aber hier kann man sehen, dass es manchen Menschen eben schwerfällt, flexibel darauf zu reagieren. Die

Menschen sind zum Teil zermürbt, weil sie kein Ende absehen.

Es reicht nicht aus zu sagen, „mach dies bzw. mach dies nicht“; das muss mit mehr Informationen unterfüttert werden.

Irreführend ist m. E. auch das Festhalten an bestimmten Inzidenzen. Eine Inzidenz von 100 besagt schließlich nicht, ob das Menschen sind, die einen positiven Test, aber gar keine Symptome haben. Dann ist man nicht krank, jedoch eine Gefahr für andere. Man ist kein Patient, sondern ein Infizierter. Oder handelt es sich um 100 Schwerkranke, die ein Intensivbett brauchen oder um 100 Menschen in einer Altenpflegeeinrichtung, während das Umfeld negativ ist? Das sind enorme Unterschiede, es ist jedoch stets die gleiche Inzidenz. Ein und dieselbe Inzidenz kann also etwas ganz anderes aussagen. Auch das wird zu wenig thematisiert. Man muss daher berücksichtigen, ob es sich um kranke oder infizierte Personen handelt und ob die Situation lokalisierbar ist: Gibt es irgendwo einen Hotspot, den man isolieren kann oder liegt eine diffuse Lage vor, wo ganz andere seuchenhygienische Maßnahmen ergriffen werden müssen?

Ich hoffe aber diesbezüglich, dass es eine steile Lernkurve gibt – wobei wir nicht auslernen.

Insgesamt glaube ich schon, dass es in Deutschland relativ diszipliniert abgelaufen ist und die Maßnahmen Wirkung gezeigt haben. Man muss nun aber aufpassen, dass sich solche Maßnahmen nicht von der Realität abkoppeln. Am Ende muss jeder Einzelne für sich begreifen, dass er nicht nur sich selbst schützen muss oder sollte, sondern auch die Mitmenschen. Es geht schließlich darum, dass die Virusinfektion nicht grenzenlos verbreitet wird. Daher sind diese Impfungen so wichtig. Wichtig ist auch zu analysieren, ob

nicht nur die Rate der schweren Krankheitsverläufe zurückgeht, sondern ob wir auch die Weitergabe des Infektes verhindern können. Das ist ganz wesentlich. Ist der Geimpfte vielleicht geschützt vor einer schweren Verlaufsform, aber vielleicht trotzdem noch infektiös für andere – oder ist er das nicht? Dazu brauchen wir aber noch eine längere Beobachtungszeit. Es gibt ermutigende Hinweise, dass auch die Infektiosität abnimmt, das ist jedoch mit Vorsicht zu betrachten. Deswegen ist es auch weiterhin so wichtig, dass auch Geimpfte nach wie vor Masken tragen und sich an die Abstandsregeln halten.

Der bürokratische Mehraufwand durch u.a. bauliche Infektionsschutzmaßnahmen ist enorm. Wie kann man sich diese erweiterten Hygienepflichten vorstellen? Und was muss daneben noch berücksichtigt werden?

Größere Umbaumaßnahmen oder gar neue Räumlichkeiten waren in der Regel nicht notwendig, aber es wurden Trennwände und Plexiglasscheiben eingeführt. Die organisatorische Umstellung fand zudem bereits letztes Jahr im März statt. Es hat sich also alles eingespült.

Was erschreckend war, war das Nicht-Vorbereitetsein des Staates: es gab keine Masken, keine Handschuhe, keine Schutzkleidung. Es mussten Masken aus China importiert werden, die sich dann als teilweise untauglich erwiesen. Dies zeigt, dass man sich nicht von Zulieferern abhängig machen darf, insbesondere was medizintechnischen Bedarf und Medikamente betrifft. Auch die Produktion von Impfstoffen war verlangsamt, weil es bei Zusatzstoffen wie den Liposomen einen Lieferengpass gab. Diese Engpässe haben wir auch in ganz anderen Bereichen – z.B. bei Antibiotika oder Zytostatika. Das darf einfach nicht sein.

Hier muss man umdenken, und es muss eine langfristige Strategie entwickelt werden, damit eine ausreichende Belieferung sichergestellt ist. Zudem, und das hat die Politik auch zugegeben, hat man sich sehr lange mit Preisverhandlungen aufgehalten, aber nicht bedacht, dass auch die Produktionsmöglichkeiten geschaffen werden müssen. Im letzten Sommer, als die Inzidenzen sehr niedrig waren, man aber bereits wusste, dass auf jeden Fall eine zweite Welle kommt, wurden nach meiner Wahrnehmung keine ausreichenden Vorbereitungen getroffen. Man hätte damals die forschende Pharmaindustrie an einen Tisch holen können und über potenzielle Impfstoffe diskutieren und entsprechende Vorbereitungen mit Aufgabenzuweisung treffen können, um sofort loszulegen.

Gibt es bereits aktuelle Daten zur Versorgung der Patienten in 2021?

Aus meinem Umfeld kann ich bestätigen, dass sowohl die medikamentöse Tumorthherapie, die bildgebende Diagnostik als auch die gastroenterologische Versorgung mit Magen- und Darmspiegelung während der Pandemie in 2020 nicht beeinträchtigt waren. Auch Mammographien wurden, wie bereits erwähnt, mit einer tolerablen Zeitverschiebung durchgeführt.

Man kann festhalten, dass die Kontinuität in der ambulanten Versorgung von Patienten mit einer Krebserkrankung auch unter den Pandemiebedingungen im zweiten Quartal 2020 sichergestellt werden konnte.

Details zu den Ergebnissen können im Artikel im Ärzteblatt nachgelesen werden: www.med4u.org/19314

Vielen Dank für das Gespräch!

*Das Interview führte
Dr. med. vet. Astrid Heint*