

Onkologie 2000 zwischen molekular- biologischer Forschung und Ganzheitlichkeit

G. Nagel

Einführung

Prognosen zur Krebsmedizin von morgen sind naturgemäß mit Unsicherheiten behaftet. Dennoch gibt es aktuelle Entwicklungen, die jeden Verantwortungsträger in Medizin, Forschung und Gesundheitswesen zwingen, mit bestimmten Entwicklungen zu rechnen und entsprechende Anpassungsarbeit an Konzepten der Dienstleistung, Qualitätssicherung, Zukunftsinvestition und des Marketing zu leisten. Diese Entwicklungen dürften vor allem von zwei Extremen geprägt werden, der molekularbiologischen Forschung einerseits und dem Aufkommen einer neuen Generation kompetenter Patienten andererseits.

Molekularbiologische Krebsforschung

Die Methoden der molekularbiologischen Krebsforschung machen es möglich, die natürlichen Mechanismen des Entstehens, der Ausbreitung und des Vergehens von Tumoren einschliesslich der Funktion körpereigener Stimulantien und Inhibitoren des Krebswachstums aufzuklären. Diese Mechanismen spielen sich im wesentlichen auf der molekularen Ebene, das heisst im Erbgut sowie in intra- und interzellulären Signalketten ab. Die Forschung glaubt, durch die Identifizierung genau definierter molekularer Strukturen, die für Wachstum und Kommunikation von Krebszellen verantwortlich sind, hochspezifische Diagnostika und Therapeutika entwickeln zu können.

Sensible Sonden der molekularen Diagnostik werden auf ihre Brauchbarkeit zur Früherkennung von Tumoren oder Tumorrezidiven getestet werden. Bewähren sie sich, werden die heute schon bei der Diagnostik der erblichen Krebsbelastung bestehenden ethischen Probleme neue Dimensionen annehmen.

Die langfristige, psychologische Stigmatisierung gesunder Kranker und die Fragen präventiver Lebensstilgestaltung werden eine Entfaltung qualifizierter Beratungs- und Führungsdienste in der Onkologie mit sich bringen. In der therapeutischen Situation könnte es sein, dass Molekularsonden früher Auskunft über das Ansprechen eines Tumors auf medikamentöse Therapien geben, als es heute mit den bildgebenden Verfahren möglich ist.

Noch nicht abzuschätzen ist, ob die therapeutischen Produkte aus der molekularbiologischen Krebsforschung, ob Biomodulatoren, Substanzen der Endo-, Para- und Autokrinie, Wachstumsfaktoren und deren Inhibitoren, Anti-Angiogenese-Mittel, Apoptose-Induktoren, Immuntherapeutika usw. das gleiche Heilungspotential haben werden wie Zytostatika bei einzelnen Tumoren. Wahrscheinlich werden sie sich ähnlich verhalten wie herkömmliche Biomodulatoren, etwa die Hormone und Anti-Hormone zur Behandlung endokrin regulierter Tumoren, also eher zytostatisch (*no change status*), als zytozid (Remission) wirken. Die neuen Biomodulatoren dürften aller Voraussicht nach also zur Chronifizierung von Krebserkrankungen beitragen. Dies hätte Folgen: *einerseits* mehr langfristige Tumorthapien mit wahrscheinlich sehr teuren Präparaten, *andererseits* eine weitere Verkomplizierung der ohnehin nicht trivialen Pharmakotherapie des Krebses.

Strukturfragen

Da neue Mittel und Verfahren die herkömmlichen kaum verdrängen können, wird die Tumorthapie immer komplexer und interdisziplinärer, die Selektion der Therapie erster, zweiter und dritter Wahl immer schwieriger werden. Wer sich nicht wirklich spezialisiert hat und sich auf dem laufenden hält, wird keine Kompetenz als Krebstherapeut mehr besitzen. Virtuelle Tumorboards werden entstehen, in denen Krebspezialisten aller Gattungen zusammenarbeiten, um das optimale Vorgehen im Einzelfall festzulegen. Eine zentrale Funktion wird dabei das Internet haben.

Krebsmedizin wird damit immer mehr auch zu einer Sache spezialisierter *Centers of Excellence* werden. Sofern in diesen Zentren vorklinische oder klinische Arzneimittelprüfungen stattfinden, werden sie näher an die forschende Pharmaindustrie herandrücken. Letztere wird bei strategisch wichtigen Schritten der Arzneimittelentwicklung, etwa der Auswahl der richtigen Zielgruppen für frühe Phasen der Arzneimittelprüfung, immer mehr auf die klinische Expertise angewiesen sein.

Prüfkliniken werden auch noch aus einem anderen Grund in die Arzneimittelentwicklung früher als heute eingebunden werden. Sie haben nämlich lange vor Beginn der eigentlichen klinischen Arzneimittelprüfung geeignete Diagnostiksysteme zum Wirksamkeitsnachweis von Biomodulatoren zu entwickeln. Wir haben dies am Beispiel der Anti-Angiogenese erlebt, wo die klinische Prüfung erst nach Etablierung

Korrespondenz:
 Prof. Dr. G. Nagel
 Universität Freiburg
 Klinik für Tumorbiologie
 Breisacher Strasse 117
 D-79106 Freiburg i.B.

der Messmethoden für die Reaktion von Gefässendothelien oder Blut- und Lymphkapillaren beginnen konnte.

Wenn in den nächsten Jahren eine Fülle neuer Krebsmittel bei der Produktauswahl auftauchen wird, dürfte die Präparatewahl im Einzelfall schwieriger werden. Es wird immer länger dauern, bis die Indikationen für neue Therapien und Therapiekombinationen im Rahmen von prospektiven Studien herausgearbeitet sein werden. Entsprechend wird der Therapeut bei der Produktauswahl einen enormen Ermessensspielraum haben.

Seine Therapieentscheidung wird dadurch erschwert werden, dass ihm eine neue Generation von Patienten gegenübersteht. Es sind dies kompetente Patienten.

Kompetente Patienten

Kompetente Patienten mischen sich in ihre eigenen Angelegenheiten ein. Sie wissen über ihre Krankheit und die therapeutischen Möglichkeiten Bescheid. Sie sind über Aktuelles aus der Medizin und Forschung informiert. Sie haben klare, subjektive Vorstellungen zur Therapie ihrer Krankheit und Bewältigung der Folgeprobleme. Sie wollen diese Vorstellungen in medizinische Behandlungskonzepte eingebracht wissen. Sie glauben, es sei wichtig, aktiv zu sein, um als Patient Erfolge zu erzielen. Sie fordern ihre Rechte, im eigenen Denkstil wahrgenommen und orientiert zu werden. Sie wollen mehr wissen, als im Internet steht, und als über die offiziellen Quellen über neue Ergebnisse der Krebsforschung zu erfahren ist. Immer häufiger stehen sie sogar mit der forschenden Pharmaindustrie direkt in Kontakt. Sie tendieren dazu, sich eine onkologische Zweitmeinung (*second opinion*) einzuholen, denn sie wissen um viele Kontroversen in der Onkologie, zumal der Palliativonkologie.

Sie tun dies der eigenen Sicherheit wegen und um trotz Krebserkrankung souverän zu bleiben. Sie fordern eine «offene Medizin».

Offene Medizin ist ein anderer Begriff für den umstrittenen Terminus «Ganzheitlichkeit». Als offen wird eine Form der Medizin bezeichnet, die der schulmedizinischen Tradition verpflichtet ist, sich aber öffnet für die Bedürfnisse und subjektiven Erlebniswelten von Patienten. Dazu versucht die offene Medizin, eine Synthese zweier Denkstile. Deren einer ist der krankheitszentrierte pathotrope Denkstil mit dem Handlungsmuster Heilung durch Krankheitstherapie. Der andere ist der gesundheitszentrierte, salutotrope Denkstil mit der therapeutischen Grundidee der Selbstheilung.

Patientenkonzepte hängen vorwiegend mit dem salutogenetischen Paradigma zusammen.

Die Behandlung und Führung eines kompetenten Patienten von morgen verlangt von Onkologen besondere Fachkompetenz als Spezialist für die Krankheit im Patienten *und* besondere Sozialkompetenz als Spezialist für den Patienten in der Krankheit. Wir haben gelernt, dass es zu solcher therapeutischen Ganzheitlichkeit in der Onkologie einer alternativen Medizin bedarf, und zwar einer offenen Medizin als einer alternativen Schulmedizin.

Unter dem Druck kompetenter Patienten wird die Onkologie von morgen nicht darum herum kommen, wissenschaftlich auf dem Sektor der Salutogenese zu arbeiten. Eine zentrale Frage wird sein, ob kompetente psychosozial optimal betreute und eingebettete Patienten nicht nur bezüglich Lebensqualität, sondern auch bezüglich Lebensprognose günstiger abschneiden als Patienten, die mehr oder weniger abschliesslich einer Krankheitstherapie unterzogen, im übrigen aber alleine gelassen werden.

Zusammenfassung

Die Forschung und ihre Ergebnisse, die komplexer werdenden Möglichkeiten der Krebstherapie und die immer wichtiger werdende Interdisziplinarität in der Tumorthherapie werden in der Onkologie immer mehr hochspezialisierte Fachleute für das Management von Krankheiten hervorbringen.

Andererseits wird sich die Schulmedizin offener und patientenfreundlicher als bisher orientieren müssen.

Beides, Fachkompetenz und Sozialkompetenz, werden zusammengeführt werden und zur Ausprägung neuer *Centers of Excellence* der ambulanten und stationären Onkologie führen.

Die klinische Forschung wird bezüglich Qualitätssicherung und Aufwand klinischer Studien wissenschaftlich anspruchsvoller werden, als es heute der Fall ist.

Von der Onkologie sind in den letzten 30–40 Jahren wesentliche Beiträge zum Wandel der Medizin geleistet worden, Beiträge zu den Themen Design und Durchführung klinischer Studien; Wahrheit und Wahrhaftigkeit am Krankenbett; klinische Psychologie; Transplantationsmedizin; Vernetzung stationärer und ambulanter Versorgungssysteme; Krankheitsregister und klinische Epidemiologie usw. Es ist zu wünschen, dass sich die Onkologie auch künftig zu einer gewissen Wegweiserfunktion bekennt, etwa um Neuorientierungen zwischen Forschung und Ganzheitlichkeit aufzuzeigen.