

Entwicklung der Zertifizierungsverfahren für Organkrebszentren und Onkologische Zentren der Deutschen Krebsgesellschaft

Die onkologisch tätigen Fachgesellschaften haben unter dem Dach der Deutschen Krebsgesellschaft ein Zertifizierungssystem erarbeitet, das maßgeblich zu der Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungslandschaft beiträgt. Das Ziel ist eine umfassende und qualitätsgesicherte Betreuung der onkologischen Patienten durch eine interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit aller beteiligten Fachdisziplinen. Für die Umsetzung dieses Ziels werden die inhaltlichen Grundlagen und die Rahmenbedingungen des Zertifizierungssystems, wie im Folgenden dargestellt, kontinuierlich und in interdisziplinärer Absprache weiterentwickelt.

Seit 2003 werden onkologische Versorgungsstrukturen durch die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert. Ausgangspunkt des Verfahrens war die Zertifizierung der ersten Brustkrebszentren. Die Entwicklung dieser Initiative wurde maßgeblich durch gesundheitspolitische Impulse auf europäischer und nationaler Ebene unterstützt und beschleunigt. So beschäftigte sich das europäische Parlament Anfang 2002 intensiv mit der Situation von Patientinnen mit Brustkrebs in der europäischen Union. In dem dazugehörigen Report [7] wurden unter anderem die Ergebnisse der EUROCARE-Studien zitiert, die zum Teil erhebliche Unterschiede in den Überlebensdaten der Patientinnen in den verschiedenen Mitgliedsstaaten zeigten. Ursächlich verantwortlich für diese großen Unterschiede wurden die unterschiedlichen Zugangs-

möglichkeiten zu den diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen für die Behandlung von Brustkrebs gemacht. Die Arbeitsgruppe des europäischen Parlaments kam zu dem Schluss, dass für eine signifikante Verbesserung der Überlebensdaten an Brustkrebs erkrankter Frauen neben weiteren Maßnahmen der Zugang zu hochspezialisierten Brustkrebszentren in allen Staaten der europäischen Union ermöglicht werden müsse. Dabei sollten diese speziellen Struktureinheiten auf den Inhalten des Anforderungskatalogs der European Society of Mastology (EUSOMA) basieren [3], in dem die strukturellen, personellen und technischen Anforderungen für Brustkrebszentren zusammengefasst sind.

» Auch auf nationaler Ebene wurden die Unterschiede in der Versorgung von Brustkrebspatientinnen analysiert

Nicht nur auf europäischer, auch auf nationaler Ebene wurden die Unterschiede in der Versorgung der Patientinnen, die an Brustkrebs erkrankt sind, analysiert. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen stellte in seinem Gutachten von 2000/2001 fest, dass Hinweise auf erhebliche, medizinisch nicht erklärbare Variationen und Abweichungen der gegenwärtigen Therapie des Mammakarzinoms von anerkannten Behandlungsleitlinien [8] existieren und aus Sicht des Rates dringender Interventionsbedarf durch gezielte Kompetenzbündelung bestehe.

Als Reaktion auf diese nationalen und internationalen Entwicklungen erarbeitete die Deutsche Krebsgesellschaft in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Senologie interdisziplinäre Anforderungen für die Zertifizierung von Brustkrebszentren, die die Inhalte des Positionspapiers der EUSOMA und darüber hinaus auch die Inhalte der damals gültigen Leitlinien für die Therapie des Mammakarzinoms berücksichtigten. Damit wurde erstmalig nicht nur der auf europäischer Ebene und durch den Sachverständigenrat festgestellte fehlende Bezug zu den Inhalten der Leitlinien aufgegriffen, sondern auch ein entscheidender Schritt für alle weiteren Entwicklungen innerhalb des Zertifizierungssystems der DKG getan [9].

Dreistufenmodell der onkologischen Versorgung

In den nächsten Jahren sind, dem Vorbild der Brustkrebszentren folgend, auch für die anderen häufigen Tumorentitäten in Deutschland sog. Organkrebszentren entstanden, und so gibt es seit 2008 Zentren für Brust-, Darm-, Prostata-, Lungen-, Haut- und gynäkologische Krebserkrankungen.

Parallel zu dem Entstehen der Organkrebszentren entwickelt sich jedoch auch das Gesamtkonzept der onkologischen Versorgung weiter. Ergebnis dieses Entwicklungsprozesses ist das Dreistufenmodell der onkologischen Versorgung [1], das 2007 erstmals vorgestellt und später Grundlage und Ziel der Arbeitsgruppe des Nationalen Krebsplans wird, die sich mit der Zertifizierung der onkologi-



Abb. 1 ▲ Dreistufenmodell der onkologischen Versorgung. (Mit freundl. Genehmigung der Deutschen Krebsgesellschaft)



Abb. 2 ▲ Jahresbericht der zertifizierten Brustkrebszentren. (Mit freundl. Genehmigung der Deutschen Krebsgesellschaft)

schen Versorgungsstrukturen beschäftigt [6]. Basis des dreistufigen Modells sind die zertifizierten Zentren: Während die Organkrebszentren auf ein Organ oder ein Fachgebiet spezialisiert sind, werden in einem Onkologischen Zentrum mehrere Tumorentitäten unter einem Dach betreut. Dabei gibt es seit 2010 innerhalb der Onkologischen Zentren die Möglichkeit, über sog. Module auch Pankreaskarzinom-, Kopf-Hals-Tumor-Zentren und Neuroonkologische Tumorzentren als Teil des Onkologischen Zentrums zertifizieren zu lassen. Die Onkologischen Spitzenzentren, die durch die Deutsche Krebshilfe gefördert werden, legen ihren Schwerpunkt neben der klinischen Versorgung v. a. auf Forschung und Lehre.

Das Dreistufenmodell (■ **Abb. 1**) wird häufig in einer Pyramidenform dargestellt. Damit wird sehr gut die Verteilung der unterschiedlichen Zentrumsformen widerspiegelt: Die Organkrebszen-

tren stellen die breite Basis dar, die möglichst flächendeckend für eine spezifische Tumorentität, z. B. Brustkrebs, umgesetzt wird, während die Onkologischen Zentren einen höheren Grad an Spezialisierung benötigen, da hier die Expertise für seltene Erkrankungen gebündelt wird und somit keine flächendeckende Verteilung erreicht werden kann und muss. Folgerichtig sind die Onkologischen Spitzenzentren mit ihrem spezialisierten Fokus noch weiter zentralisiert und stellen die schmale Spitze in dem Pyramidenmodell dar.

Unabhängig von dieser Darstellung, die die unterschiedlichen Schwerpunkte der Zentren und auch ihre regionale Verteilung wiedergibt, sind die fachlichen Anforderungen an die Betreuung der Patienten unabhängig von der Zentrumsform auf allen Ebenen gleich und miteinander abgestimmt.

Beginn des Zertifizierungssystems

Neben der Entwicklung des Gesamtkonzepts, also dem Aufbau des Zertifizierungssystems, gab es eine Reihe von grundlegenden inhaltlichen Weiterentwicklungen innerhalb des Systems. Wie zuvor beschrieben, entstand das Zertifizierungssystem 2003 mit der Zertifizierung der ersten Brustkrebszentren. Grundlage für diese Zertifizierungen war ein Erhebungsbogen, in dem erstmals der Gedanke einer umfassenden Versorgung onkologischer Patienten, also einer Versorgung der Patienten von der Diagnose über die Therapie bis hin zur Nachsorge in Form von fachlichen Anforderungen abgebildet war, die bei der Zertifizierung erfüllt werden mussten. Damit wurde ein Paradigmenwechsel eingeleitet, der in den nächsten Jahren auch auf andere Tumorentitäten übertragen werden sollte. Die Behandlung einer Tumorerkrankung, zunächst dem Brustkrebs, erfolgte nicht mehr ausschließlich unter der Führung der Gynäkologen, sondern in interdisziplinärer Abstimmung der Hauptbehandlungspartner beispielsweise im Rahmen von Tumorkonferenzen oder Qualitätszirkeln. Von Beginn an war das Ziel der Zertifizierung aber nicht nur die interdisziplinäre Zusammenarbeit der me-

dizinischen Fachdisziplinen, sondern die multiprofessionelle Zusammenarbeit aller Fachdisziplinen, die an der Betreuung onkologischer Patienten beteiligt sind, beispielsweise den Mitarbeitern des Sozialdiensts, der Psychoonkologie oder auch den Vertretern der Selbsthilfe.

» Bedeutend war die Einbindung der Inhalte evidenzbasierter Leitlinien in die Erhebungsbögen

Ein weiterer wichtiger Schritt in der Entwicklung des Zertifizierungssystems war die Einbindung der Inhalte evidenzbasierter Leitlinien in die Erhebungsbögen. Während bei den Darmkrebszentren von Anfang an die Inhalte der S3-Leitlinie für das kolorektale Karzinom in die Zertifizierungsanforderungen integriert waren, wurde bei den anderen Tumorentitäten der Organkrebszentren zunächst hauptsächlich auf S2-Leitlinien Bezug genommen, da die evidenzbasierten S3-Leitlinien noch nicht fertiggestellt waren. So wurden für die Brustkrebszentren die konkreten Leitlinienempfehlungen 2006 in den Erhebungsbogen übernommen, nachdem die erste S3-Leitlinie für das Mammarkarzinom 2004 veröffentlicht worden war. Mit der Aufnahme dieser konkreten Empfehlungen in die Anforderungskataloge mussten die Zentren mit den Leitlinien arbeiten und sie v. a. bei ihren Patienten anwenden und Abweichungen von diesen Behandlungsempfehlungen im Rahmen der Audits begründen.

Einführung des Kennzahlensystems

Einschränkend in dieser Phase der Entwicklung des Zertifizierungssystems war die Tatsache, dass die Ergebnisse der Zentren sowohl in der Einzelbetrachtung als auch in einer vergleichenden Gesamtanalyse aller Zentren nicht aussagekräftig dargestellt werden konnten, da genaue Definitionen der zu betrachtenden Patientenkollektive fehlten und jedes Zentrum individuell seine eigenen Grundgesamtheiten festlegte. Das änderte sich 2008 durch die Einführung der sog. Kennzahlenbögen zunächst bei den Brustkrebszentren und

Hier steht eine Anzeige.



dann in den folgenden Jahren auch bei allen anderen Tumorentitäten. In den Kennzahlenbögen sind zum einen die Grundelemente der interdisziplinären Zusammenarbeit in einem Zentrum abgebildet, wie die Anzahl der Patienten, die in der Tumorkonferenz vorgestellt werden, aber auch beispielsweise die Quote der Vorstellungen bei den Mitarbeitern der Sozialarbeit oder der Psychoonkologie. Darüber hinaus sind immer auch Kennzahlen aus den tumorspezifischen Leitlinienempfehlungen enthalten sowie Kennzahlen, die die Expertise der medizinischen Fachdisziplinen, beispielsweise die Raten der Anastomoseninsuffizienzen nach operativer Therapie des kolorektalen Karzinoms, wiedergeben. Für jede Kennzahl gibt es eine eindeutige Zähler- und Nenner-Definition, also eine eindeutige Definition der zu betrachtenden Patientenkollektive. Das hat den Vorteil, dass die Zentren ihre Ergebnisse in dem Kennzahlenbogen und gerade die Entwicklung ihrer Ergebnisse über mehrere Jahre übersichtlich abgebildet sehen. Die Kennzahlen können somit hervorragend genutzt werden, um in der interdisziplinären Diskussion zwischen den Hauptkooperationspartnern eines zertifizierten Zentrums Stärken und auch Verbesserungspotenzial zu identifizieren und daraus konkrete Aktionen für die Weiterentwicklung des Zentrums abzuleiten. Die Auswertungen der 2011 durchgeführten Befragung der Schlüsselpersonen, also Personen mit Leitungsfunktion in zertifizierten Brustkrebszentren, zeigen [5], dass annähernd alle Zentren mindestens einmal pro Jahr, teilweise auch vierteljährlich, die Ergebnisse des Kennzahlenbogens innerhalb ihrer Steuerungsgremien diskutieren.

Die Inhalte der Zertifizierung werden also von den Zentren kontinuierlich als Mittel für Qualitätsverbesserungen genutzt. Zertifizierung wird damit zu einem wichtigen Instrument, das den Zentren Orientierung über die Ergebnisse ihrer Arbeit und eine daraus folgende Weiterentwicklung ermöglicht. Darüber hinaus bietet der Kennzahlenbogen natürlich auch für die Auditoren vor Ort konkrete Möglichkeiten, beispielsweise Abweichungen von Empfehlungen der Leitlinie, die ja durchaus berechtigt sein können, zu diskutieren. Mit der Einfüh-

Onkologie 2012 · 18:511–516 DOI 10.1007/s00761-012-2211-4
© Springer-Verlag 2012

S. Wesselmann

Entwicklung der Zertifizierungsverfahren für Organkrebszentren und Onkologische Zentren der Deutschen Krebsgesellschaft

Zusammenfassung

Mit der Etablierung des Zertifizierungssystems für onkologische Versorgungsstrukturen wurde erstmals die Vision einer umfassenden, interdisziplinären und multiprofessionellen Betreuung der onkologischen Patienten im klinischen Alltag umgesetzt und mit der Erfüllung fachlicher Anforderungen im Rahmen der Audits auch überprüft. In dem Artikel wird beschrieben, wie sich das Zertifizierungssystem in den letzten Jahren sowohl im Aufbau hin zu einem Dreistufenmodell der onkologischen Versorgung als auch in seinen Möglichkeiten für eine fortwährende Qualitätsverbesserung im klinischen Alltag stetig weiterentwickelt hat. Mit der Erarbeitung von Kennzahlen, die die Leitlinienempfehlungen, die Anforderungen an die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die fachliche Expertise der Zentren widerspiegeln, ist es gelungen, die Qualität der on-

kologischen Versorgung in den zertifizierten Zentren transparent darzustellen. Nicht nur die Zentren nutzen die Ergebnisdarstellungen für die interne Qualitätsverbesserung, auch die Zertifizierungs- und Leitlinienkommissionen und die interessierte Öffentlichkeit können von den Gesamtauswertungen in Jahresberichten profitieren. Darüber hinaus wird durch die Einbeziehung der Patientensicht in Form von bundesweiten Befragungen eine zusätzliche Informationsebene erschlossen, die in Benchmark-Workshops für die zertifizierten Zentren eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Strukturen und Prozesse ermöglicht.

Schlüsselwörter

Organkrebszentrum · Onkologisches Zentrum · Zertifizierung · Leitlinien · Qualitätsmanagement

Development of the certification process for organ cancer centers and oncology centers of the German Cancer Society

Abstract

With the establishment of the certification system for oncology care structures, a vision of a comprehensive, interdisciplinary and multidisciplinary care of cancer patients has been implemented in clinical practice and the fulfillment of these certification requirements is reviewed by audits. The article describes how the certification system has steadily evolved in recent years both in a framework towards a 3-stage model of cancer care as well as in the opportunities for continuous quality improvement in clinical practice. With the development of indicators that reflect the guideline recommendations, the requirements for the interdisciplinary cooperation and the professional expertise of the centers, it has been possible to assess the

quality of oncological care in certified centers. Not only the centers use the results for internal quality improvement but also the certification and guidelines commissions and the interested public can benefit from the overall analysis in annual reports. Moreover, by integrating the patient perspective in form of nationwide surveys, an additional level of information is opened and with benchmark workshops based on the results of the surveys, a continuous evolution of the structures and processes will be achieved.

Keywords

Organ cancer center · Oncology center · Certification · Guidelines · Quality management

zung des Kennzahlenbogens für alle Zentren wurden die Leistungen des Einzelzentrums somit zum ersten Mal transparent dargestellt, die Informationen bleiben jedoch auf das Einzelzentrum beschränkt. Das bedeutet, dass eine vergleichende Übersicht aller zertifizierten Zentren, beispielsweise aller Brustkrebszentren, noch nicht möglich war.

Jahresberichte der zertifizierten Zentren

Das änderte sich mit der Veröffentlichung der ersten Jahresberichte für Brust- und Darmkrebszentren im Jahr 2011 [2]. In den Jahresberichten sind die Ergebnisse aller Kennzahlenbögen aus den Zertifizierungsverfahren 2010 in Form von

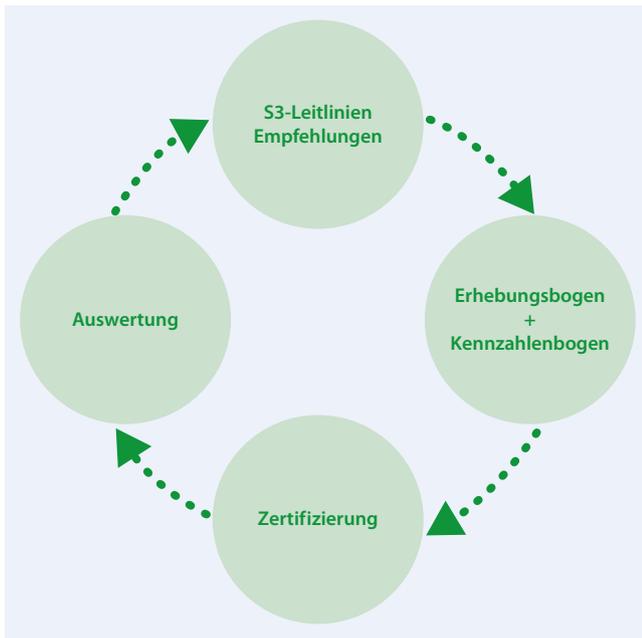


Abb. 3 ◀ Qualitätszyklus der onkologischen Versorgung

Grafiken und Tabellen zusammengefasst (▣ **Abb. 2**). Das Einzelzentrum kann einen individualisierten Jahresbericht erhalten, in dem die eigenen Ergebnisse grafisch im Vergleich zu den anderen zertifizierten Zentren dargestellt sind. Somit ergibt sich eine weitere Ebene, die wichtige Informationen für ein aktives Qualitätsmanagement enthält. Mit Hilfe der anonymisierten Gesamtjahresberichte, die auf den Websites der DKG und OnkoZert herunterzuladen sind, wird erstmals nicht nur für Zentren, sondern auch für alle Interessierten ein umfassender Überblick über die Qualität der onkologischen Versorgung in Zentren möglich. Die Gesamtauswertungen bieten darüber hinaus wichtige Informationen für die Zertifizierungskommissionen, die mit den Kennzahlenergebnissen das Zertifizierungssystem weiterentwickeln. Ferner ist die Jahresauswertung der Kennzahlen auch für das Onkologische Leitlinienprogramm, in dem die evidenzbasierten S3-Leitlinien erarbeitet werden, von großer Bedeutung. Die leitlinienbasierten Kennzahlen in den Kennzahlenbögen entsprechen wenn möglich den Qualitätsindikatoren, die aus den Empfehlungen der Leitlinien abgeleitet wurden. Bei der Zertifizierung müssen die gegenwärtig über 680 zertifizierten Zentren mit ihren Behandlungsdaten nachweisen, dass sie die Qualitätsindikatoren erfüllen und dementsprechend leitliniengetreu behandeln. So

mit existiert mit diesem Zyklus der Zusammenarbeit (▣ **Abb. 3**) die Möglichkeit, Inhalte evidenzbasierter Leitlinien nachhaltig, bundesweit einheitlich und zudem für die häufigsten Tumorentitäten gemeinsam in den klinischen Alltag zu integrieren. Gleichzeitig wird der Grad der Implementierung in gemeinsamer Arbeit mit den Zentren während der Audits vor Ort immer wieder neu überprüft und intensiviert. Die konsequente Implementierung der Leitlinieninhalte wird es mittelfristig auch möglich machen, Effekte der Anwendung von Leitlinien auf konkrete Behandlungsverläufe zu evaluieren [10].

Bundesweite Befragung der Patienten in Zentren und Benchmarking-Workshops

Die zuvor beschriebenen Entwicklungen sind Weiterentwicklungen, die das Zertifizierungssystem aus sich selbst heraus generiert hat. 2011 ist jedoch mit der Durchführung einer Befragung der Patientinnen in zertifizierten Brustkrebszentren noch ein zusätzliches Element in den Entwicklungsprozess aufgenommen worden, nämlich die Sicht von außen auf das Zertifizierungssystem. Die Auswertung der über 7300 Antworten zeigt, dass sich die Patientinnen in den zertifizierten Brustkrebszentren insgesamt sehr gut von den Ärzten unterstützt fühlen. Die Zufriedenheit der Patientinnen, insbesondere mit

dem ärztlichen und pflegerischen Personal und der medizinischen Behandlung, ist sehr hoch. Nichtsdestotrotz ergab die Auswertung auch Verbesserungspotenzial, z. B. im Bereich der psychoonkologischen Betreuung der Patientinnen und bei zusätzlichen Informationen über gesundheitsfördernde Maßnahmen. Zudem zeigten sich teilweise erhebliche Unterschiede zwischen den zertifizierten Zentren [4]. Im Sinne der Entwicklung des Zertifizierungsverfahrens und der einzelnen Zentren wurde auf Grundlage dieser Ergebnisse ein Benchmarking-Workshop durchgeführt, zu dem alle Zentren, die an der Befragung teilgenommen haben eingeladen wurden, in kleinen Arbeitsgruppen mit den Besten des jeweiligen Themengebiets verschiedene Umsetzungsstrategien diskutieren konnten.

Fazit für die Praxis

- Mit der Etablierung des Zertifizierungssystems für onkologische Versorgungsstrukturen wurde erstmals die Vision einer umfassenden, interdisziplinären und multiprofessionellen Betreuung der onkologischen Patienten im klinischen Alltag umgesetzt und mit der Erfüllung fachlicher Anforderungen im Rahmen der Audits auch überprüft.
- Das Zertifizierungssystem hat sich in den folgenden Jahren sowohl in seinem Aufbau hin zu einem Dreistufenmodell der onkologischen Versorgung als auch in seinen Möglichkeiten für eine fortwährende Qualitätsverbesserung stetig weiterentwickelt.
- Mit der Erarbeitung von Kennzahlen, die die Leitlinienempfehlungen, die Anforderungen an die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die fachliche Expertise der Zentren widerspiegeln, ist es gelungen, die Qualität der onkologischen Versorgung in den zertifizierten Zentren transparent darzustellen.
- Nicht nur die Zentren nutzen die Ergebnisdarstellungen für die interne Qualitätsverbesserung, auch die Zertifizierungs- und Leitlinienkommissionen und die interessierte Öffentlichkeit können von den Gesamtauswertungen in Jahresberichten profitieren.

- Darüber hinaus wird durch die Einbeziehung der Patientensicht in Form von bundesweiten Befragungen eine zusätzliche Informationsebene erschlossen, die in Benchmark-Workshops für die zertifizierten Zentren eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Strukturen und Prozesse ermöglicht.

Korrespondenzadresse



Dr. S. Wesselmann
Deutsche Krebsgesellschaft
e. V., Berlin
Straße des 17. Juni 106–108,
10623 Berlin
wesselmann@krebsgesell-
schaft.de

Interessenkonflikt. Die korrespondierende Autorin gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Beckmann MW et al (2007) Dreistufenmodell optimiert Behandlung unter Kostendeckung. Wie die künftigen Strukturen der onkologischen Versorgung in Deutschland aussehen sollten. Dtsch Arztebl 04(44): A 3004–3009
2. Deutsche Krebsgesellschaft. Benchmarking 2011: Jahresbericht der zertifizierten Brustkrebszentren http://www.onkoziert.de/aktuelles_110629.htm (30.12.2011)
3. EUSOMA (2000) The requirements of a specialist breast unit. Eur J Cancer 36:2288–2293
4. Kowalski C, Wesselmann S, Kreienberg R et al (2012) Zertifizierte Brustkrebszentren aus Sicht der Patientinnen: Stärken und Verbesserungspotentiale. Geburtshilfe Frauenheilkd., Artikel angenommen
5. Kowalski C, Wesselmann S, Kreienberg R, Pfaff H (2012) Zertifizierte Brustkrebszentren aus Sicht der Zentrumsleitungen: Ergebnisse einer Schlüsselpersonen-Befragung. Geburtshilfe Frauenheilkd., Artikel angenommen
6. Nationaler Krebsplan, Handlungsfeld 2: Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/N/Nationaler_Krebsplan/Nationaler_Krebsplan_Zielpapier_5.pdf (30.12.2011)
7. Report on breast cancer in the European Union (2002/2279(INI)), Committee on Women's Rights and Equal Opportunities. A5–0159/2003 <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+REPORT+A5-2003-0159+0+DOC+PDF+V0//EN> (30.12.2011)
8. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III Über-, Unter- und Fehlversorgung, Gutachten 2000/2001
9. <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutachten01/Kurz-f-de.pdf>, S. 161 (30.12.2011)
10. Wesselmann S (2011) Entwicklung des Zertifizierungssystems der DKG. Forum Onkologische Pflege 1:26–28
11. Wesselmann S, Follmann M (2011) Leitlinien und Zertifizierung im DKG-Qualitätszirkel. Forum 26:15–17

DKG-Internetportal: Aktuelle Kongressberichte von DGP und AACR 2012

Das Internetportal der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) berichtet regelmäßig und zeitnah in Form von Kongressberichten, Gesprächsrunden und Interviews von den wichtigsten nationalen und internationalen Kongressen. Für interessierte Ärzte hat das Redaktionsteam des DKG-Internetportals nun den 53. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) sowie das Annual Meeting des AACR (American Association for Cancer Research) in Chicago besucht – und eine Auswahl wissenschaftlicher Themen aufbereitet. Ab sofort abrufbar unter www.krebsgesellschaft.de sind die Berichte zum DGP-Kongress, u. a. mit einer Bewertung aktueller Studienergebnisse beim frühen und fortgeschrittenen NSCLC. Thematisiert werden außerdem die ACT-1-Studie mit neuen Daten zur Lebensqualität beim kleinzelligen Lungenkarzinom sowie die Behandlungsoptionen beim malignen Pleuramesotheliom. Zudem gibt das Portal aktuelle Einblicke in die Arbeit einer europäischen Initiative, die über eine Bestandaufnahme vorhandener Leitlinien bestrebt ist, die Versorgungsqualität von Lungenkrebspatienten in ganz Europa nachhaltig zu verbessern. Anlässlich des AACR 2012 stellten verschiedene Forschergruppen erste Erfolg versprechende Ergebnisse bei der zellulären Immuntherapie des metastasierten malignen Melanoms vor. Weitere Kongressberichte beschäftigen sich mit neuen Daten zu prädiktiven Biomarkern bei Melanompatienten und möglichen Therapieoptionen bei Patienten mit metastasiertem malignem Melanom.

Quelle: Deutsche Krebsgesellschaft e.V., www.krebsgesellschaft.de

Durchbruch bei der Operation großer Lebertumoren

Regensburger Ärzte haben eine neue Methode zur operativen Resektion großer oder weitläufig verteilter Lebertumoren entwickelt. Bei Tumoren in der Leber liegt die einzige Heilungschance in der Regel in einer Operation, wobei einzelne kleine Tumoren meist sicher entfernt werden können. Eine Entfernung von sehr großen Wucherungen oder mehreren Tumorknoten stellt sich als kompliziert dar, da hier das Gewebe der Leber großräumig entfernt werden muss. Wird das gesamte Tumorgewebe entfernt, bleibt daher oft nicht genügend funktionsfähiges Lebergewebe übrig um die Funktionen aufrecht erhalten zu können. Die neu entwickelte Operationstechnik umgeht dieses Problem indem es sich die besondere Eigenschaft der Leber zunutze macht, sich selbstständig zu regenerieren und zu wachsen. Das Operationsverfahren besteht aus zwei Schritten. In einer ersten Operation, wird der erkrankte Teil der Leber von dem gesunden getrennt, ohne dass Gewebe aus dem Körper entfernt wird. Die Blutversorgung des betroffenen Teils wird teilweise unterbrochen. Er verbleibt aber noch im Körper und erfüllt Teilfunktionen der Leber. Innerhalb von 10 Tagen wächst der gesunde Leberteil fast auf das Doppelte seiner Größe an. Nachdem nun in einer zweiten Operation das Stück mit dem Tumor entfernt wurde kann der nachgewachsene Teil der gesunden Leber alle Funktionen in ausreichendem Umfang übernehmen. Dieses Verfahren ermöglicht die komplette Entfernung einiger, bisher als inoperabel geltender Tumoren und verschafft den Patienten eine erhöhte Überlebenschance. In einzelnen Fällen wurde das Verfahren in verschiedenen Ländern bereits erfolgreich durchgeführt.

Literatur:
Schnitzbauer A et al (2012). Right Portal Vein Ligation Combined With In Situ Splitting Induces Rapid Left Lateral Liver Lobe Hypertrophy Enabling 2-Stage Extended Right Hepatic Resection in Small-for-Size Settings. Ann Surg. 255:405–414

Quelle: Universität Regensburg, www.uni-regensburg.de