



Protokoll Bremen

Freitag 15. Juni

Präoperative Vorbereitung

Schmeding: Darmvorbereitung

Kein sicherer wiss. Begründeter Benefit, wenn dann orale Antibiotika

Spüllösung ohne Einfluss auf Outcome

Diskussion über lokale oder systemische AB-Wirkung, Wirkung auf das Mikrobiom, Einfluss Mikrobiom auf Komplikations- oder Infektrate

Raab: Entwicklungsstand der S3-Leitlinie

4 Kapitel überarbeitet: Früherkennung/Vorsorge, Adjuvante/neoadj. Therapie, Metastasierte Situation

- 1) Ab 50 LJ. Vorsorge möglich, komplette Kolo Goldstandard, WH nach 10 J. wenn ok
- 2) Adj. Therapie Kolon: Stadium III soll, Stadium II (Nutzen 2-5%, nicht sign.) kann (nicht bei MSI-instabil). Kontraindikationen spezifiziert. Nur aus Altersgründen nicht zu unterlassen. Baldmöglichst postoperativ eingeleitet werden
- 3) Indikation neoadj. Ther. Rektum: Stadium II und III soll! Oberes Drittel wie Kolon behandeln (ggfs. Risikokonstellation).
- 4) Primäre Resektion II und III: T1/T2 unten/mitte fragl. Lkn. Befall, T3 mittleres Drittel ohne LKn., Abstand mesorektale Faszie spielt keine Rolle
- 5) Neoadj. Kurzzeitbestrahlung gleichberechtigt, man kann längeres Intervall (4-8 Wochen) lassen
- 6) Metastasierung und pall. Situation:
 - a. Primär max. Tumorresektion, Metastasenresektion bei progn. günstigen Kriterien immer anstreben
 - b. Beurteilung durch Tumorboard mit Met.chir. erfahrenem Chirurgen
 - c. Therapiealgorithmus
 - d. Grundsätzlich Zugang zur effektivsten, noch tolerablen Therapie
 - e. Resektabilität: Einschätzung in Zusammenschau aller Faktoren
 - i. Risiko-Scores (Fong) dafür nicht ausreichend: Score 4 noch 30% ÜL
 - ii. Einholung der Zweitmeinung empfohlen
 - iii. Zweitmeinung sollte mit ausgewiesenen Zentren / multidisziplinären Tumorkonferenzen durchgeführt werden
 - iv. Neoadj Therapie von primär resektablen Lebermetastasen sollte nicht durchgeführt werden
 - v. Bei primär resektabler Erkrankung und progn. ungünstigen Kriterien kann primär eine systemische Therapie erfolgen
 - vi. Bei syst. Therapie zeitnahe Resektion anstreben
 - vii. Resektion historisch befallener Segmente: keine ausreichende Evidenz
 - viii. Keine adjuvante Therapie NACH Resektion von Metastasen.
 - ix. Durchführung HIPEC an high-volume Zentren

Diskussion: Paradigmenwechsel von Nacheinander zu Miteinander



S. Benz: ist die CME schon Standard?

Darstellen der CME und des Unterschiedes

LKn.befall zentral 5,8 % (Resektatstudie, Jap. Studie)

Unterschied retrospektiv – Lancet Oncol. Unterschied ca. 10%

CME mehr Organverletzungen (re. Und li. Kombiniert) – postop. Mehr Sepsis und resp. Failure:
zusammenfassend aber keine erhöhte Morbidität bei verbesserter Langzeitmortalität

Selektion für CME möglich? Grosse Tumore? Flexurentumore? Das sind die schwierigsten Fälle für eine CME... - Übungsaspekt!

Varianz zwischen Pathologien bezüglich „West“Klassifikation: Nichtübereinstimmung zwischen den Pathologen doch noch signifikant

Staging : optimal Typ 0, Typ I, Typ II, Typ III, alle noch nach (West)a-c

Resektatstudie: 40 % Typ 0, 40% Typ I, je 9 % Typ II-III

Laparoskopische CME re. – Arbeitsgruppe für Dreiebenenmodell

Darstellung des Open book Modells und Darstellung der Standardisierten OP dazu

Diskussion: Wann nicht? Querkolon, adipös, T4 Karzinome am Duodenum, sonst fallweise Entscheidung.

Wenn perioperatives Risiko überschaubar, CME immer, Angst vor postop. paralytischem Ileus eher nicht.

Pox: Leitlinienänderungen adjuvante und neoadjuvante Therapie

IDEA: Pool-Studie international mehr als 12000 Patienten: 3 monate vs. 6 monate

Neurotoxizität: 3 Mon. Vs. 6 Monate signifikanter Unterschied

3yr DFS absoluter Unterschied 0,9%. Therapie nach Vorgaben unterlegen...

T3N1: kein Unterschied in der Niedrigrisiko-Gruppe: also diese Patienten nur noch 3 Monate behandeln

Bei T3 oder N2 aber wesentlicher Unterschied. Hochrisikogruppe weiter 6 Monate versuchen. 5 FU
möglichst auf jeden Fall, Ox nach Neurotoxizität

Frage Beginn: Risiko nimmt zu je länger man wartet: 60% ÜL nach 4 Wochen Start, 48 % nach 8 Wochen

Frage Alter: Gesamtüberleben kein Unterschied, Ox normalerweise nicht über 70 Jahre, auch Capecitabine ist nicht ohne NW

UICC II: ÜL-Vorteil 1,5 %. Ausnahme T4 N0 Karzinome, Tumorperforation/-einriss, NotfallOP usw.) Aber nur 5 FU.

Rektum neoadjuvante Therapie:

cT3a-b Tumore mit limitierter Ausdehnung können primär operiert werden

OP nach 6-8 Wochen (längeres Warten aktuell ohne zusätzlichen Nutzen). Eine Empfehlung für oder gegen eine adjuvante Therapie kann nicht gegeben werden.

Adjuvante RCTx: bei Risikofaktoren sollte dies durchgeführt werden

Diskussion: Abbruchrate adjuvante Patienten 6 Monate 40%, bei 3 Monaten 15-20%

Bei komplexer Adjuvanz-Indikation Benefiz-Rechner sinnvoll? Haben wir derzeit nicht.. auch zu komplex.

Horn: Normothermie in der Chirurgie des kolorektalen Karzinoms

Seit ca. 20J. Beschäftigung mit dem Thema:

Ein Grad Temperaturverlust: - 10% Leistung der Gerinnungsfkt., reversibel

Decisive period of infection: 4 h entscheiden über Infekt oder nicht, auch ein Problem der Anästhesie

Hypothermie: kardiale Kompl + 2,2

Gerinnungsfaktoren: 1 Grad = - 10%

Wundheilungs-Störungen +4%

Druckulcera +1,9%

Postop. Kältezittern Zufriedenheitsfaktor, wenn zu gross Problemindikator



Leitlinie: S3 zur Vermeidung der perioperativen Hypothermie 2014 und 2017 veröffentlicht 50 p

Körpertemp. : messen

Wärmung: aktive Wärmung

Qualitäts- und Erfolgskontrolle: postop. Hypothermie, Inzidenz alle 3-6 monatlich erheben

Körperkerntemperatur: Evidenz IIa, 36 – 37, Grad, Hypothermie kleiner 36% (Level Ia)

Start der Anästhesie: Gefäßdilatation bei Einleitung , auch bei der Spinalanästhesie, dann starke Wärmeabstrahlung

Prinzipien: Vorwärmung, zeitliche Darstellung des periop. Temperaturverlaufs

Ohrthermometer „nur Fahrkarten“ – richtig : Blasenkatheter, sublinguale Temperaturmessung

Beginn der Messung 1-2 h VOR dem Eingriff, intraoperativ kontinuierlich oder alle 15 min.

Pat. zugedeckt lassen wenn es geht.

Bei Vorwärmung müssen nur noch die langen OP's intraop. gewärmt werden.

Spüllösung vorwärmen, v.a. intrathorakal, intraabdominell.

Diskussion: Vorwärmen hebt sogar Verdunstungskälte durch Abwaschen auf.

Hypothermie wichtiger als Flüssigkeitsmanagement: beides wichtig. Thermoregulation nicht verpennen, sonst Infektion.

Kähler: Stellenwert der Endoskopie bei Anastomoseninsuffizien

Diagnostik: Endoskopische Überlegenheit der Leckagen-Detektion, dtl. besser als KM

VAC-Therapie, auch endoluminal, Rektum-Anastomoseninsuff, zuerst Grosshadern

Technisch betonte Falldarstellung

Probleme und Lösungen:

 Bottle neck Fistelzugang

 Ballondilatation? Schlauch-Folien-Drainage

 Urorektale Fistel

 Konsequente Harndrainage, ggf. auch durch VAC

 Chronifizierte Fistel: evt. Marsupialisation durch Stapler

Bestehende Fragen:

 Porengröße?

 Sogstärke 50 -125 mmHg

 Applikations-Technik

 Wechselfrequenz

 Prophylaktische Einlage

Diskussion: Medizinproduktegesetz – Konflikt? Naja..

Wechselfrequenz nicht systematisch untersucht, zurück bis auf 1x / Woche, individualisieren

Wildenauer, Mainstockheim: Perioperatives Infusionsmanagement

Seit 2013 Risiko-Ausschuss HES definiert als Risiko

5/2018 PRAC-Empfehlung zum Ruhen der Zulassung wiederholt

0,9% physiologische NaCl-Lösung:

 19 Studien, 18 RCT mit 1096 Patienten

 Postop. pH um 0,5 niedriger, postop. Hyperchlorämie

Studien: gegen Plasmalyte: kein Unterschied, aber zu wenig Volumen bei ASA 1 verabreicht

Geplant: Randomisierte Studie in Neuseeland, bisherige 1 % Unterschied bzgl. Dialysepflichtigkeit bei sehr großen Studien



Volumeneffekt ist immer kontextsensitiv: Ringerlaktat Volumeneffekt von 16%: man kann niemanden „auffüllen“..

Beamten-Dreisatz: Wir haben das immer so gemacht..
Wers anders macht fliegt raus
Und was soll das überhaupt

Hypervolämie mit den bekannten negativen Auswirkungen

Zu ersetzen ist die Perspiratio und die Urinausscheidung: max. 1 ml kg KG / Stunde

„Ein akutes Nierenversagen ist nicht durch Spülung / Volumengabe zu beeinflussen“.

Evolution: natriumsparender, wassersparender Organismus

Physiologische Oligurie nach chirurgischem Trauma

qSOFA

Passive leg raising test: RR-Änderung um 12 -15%, dann Volumendefizit

Lasix ohne Wasser ist wie Denken ohne Hirn

Neu: Fluid Creep... zum Offenhalten... enterale Ernährung ... zusammen 33 % des Bedarfs unnötig

Samstag, 16. Juni 2018

S. auch Programm

Bestandsaufnahme 1

M. Klinkhammer-Schalke **Ergebnisverbesserung durch Zertifizierung**

s. PDF-Folien

Bevölkerungsbezogene Ergebnisse der Zertifizierung

Reissfelder, Mannheim **Ergebnisverbesserung durch Zertifizierung 2**

s. PDF-Folien

Dresdner AOK-Daten

E. Griesshammer, DKG **Ausbau der Zertifizierungs-Systeme**

s. PDF-Folien

European Cancer Certification Programme

Erfahrungen des dt. Systems nutzen, einheitliche Datenbasis

Inzwischen 86 Standorte im eur. Ausland: Schweiz, Italien, Österreich, Luxemburg

Luxemburg: erstes Prostata-Zentrum, das Nat. Krebsinstitut möchte landesweit ECC ausweiten

Italien: Mailand im Juli 2018

Schweiz: DKG-Zertifizierung in Ratsbeschluss Züricher Spitalisten aufgenommen

Dänemark: Anfrage vom Danish Comprehensive Cancer Center Network

China: Shanghai Hospital Nr.1, Projektvorschlag, Workshop in Neu-Ulm, 2. Anfrage aus Shanghai

Russland: Samara Regional Clinical Oncology Dispensary, Pre-Audit durchgeführt, > 1200 Primärfälle,

Verbesserungspotential, Pat. live in der TuKo dabei

Aufbau der onkologischen Strukturen in Europa: verschiedene europäische Fachtagungen

Fachexpertenlehrgang für Oktober 2018 geplant (ECC Schwerpunkt)

Anmeldung bei Interesse über H. Odenwald, Onkoziert

iPAAC: innovative partnership action against cancer



Bestandsaufnahme 2

Bruns, DKG

DKG oder IQTIQ: wer führt die Versorgungs-Struktur?

s. PDF-Folien

Zertifizierungssystem als Managementhilfe

Kowalski, DKG

Oncobox als Studienplattform

s. PDF-Folien

Big Data: wenn der Datensatz gross genug ist.... Und die Mathematik komplex genug....
ist dann jede Frage zu beantworten?

OncoBox Big Data in strukturierter und kontrollierter Form

Innovationsfonds: Förderung der Versorgungsforschung (75 Mio jährlich)

1. OncoBox research: als Studienplattform
2. Zusätzliche Felder – Schlüsselvariable ergänzen (s. PCO/ Edium)
3. EDIUM konkretes Projekt

1201 Organzentren, 118 Onk. Zentren, 16 CCC

Bisher nur aggregierte Daten

In OncoBox auch Betrachtung individueller Datensätze – prüft auf Patientenebene – möglich: OncoBox Research

Besondere Eigenschaften der OncoBox:

- Sinnvolle Variablen
- Validiert und plausibilisiert
- Hohes Mass an Vollständigkeit und Vollständigkeit
- Kommt aus den Zentren / ist für die Zentren

PCO Studie – 76 DKG Prostata-Zentren mit int. Vergleich – Movember initiiert

EDIUM-Studie: ab Juli = Ergebnisqualität bei Darmkrebs, Identifizierung von Unterschieden und

Formulierung von Massnahmen (DKG, addz, IMBE, ILCO, OnkoZert)

Gefördert durch Innovationsfonds beim GBA, limitiert 100 DZ

Ziel risikoadj. Erfassung der Ergebnisqualität – lassen sich Massnahmen ableiten? Neu zu bisherigen KZ PRO prä- und posttherapeutisch über Fragebogen

Nutzen: sowohl individuelle Rückmeldung als auch Benchmarking

Start Januar 2019 – geplant 12 Monate, 6 Pilotzentren schon ab Oktober

Operativ elektiv, oder palliativ, alle Primärfälle

Bisher 117 Teilnehmer – Resonanz dtl. über Erwartung – Zielvorgabe 80 % Einschluss, unter 50% nicht belastbare Daten

Aktuell Vorbereitung des Prüfprotokolls für die Ethikkommission Berlin

Kick off-Meeting am 15. 10. In München (Org. Prof. Schepp)

Kämmerle, OnkoZert **Erfahrungsbericht OnkoZert**

s. PDF-Folien

OncoMap: 10709 Kooperationspartner., 292 DZ Ende 2017

Seit dieser Woche neues OncoMap, Programmieraufwand 1400 Stunden

Feedback zu den Zentren:

- Fristgerechte Unterlagen problemlos
- Auditcheck:2015 noch Kritik, jetzt fest etabliert, Auditqualität standardisiert
- Bearbeitung/Analyse Datenblatt: meist permanente Weiterentwicklung, aber Qualitätsschere zu spüren



- Struktureinschätzungen: Leuchtturmszentren nutzen vielfach ihre Möglichkeiten nicht im möglichen Masse
- Organübergreifende Organisation vielfach nicht ideal

Gesamteinschätzung: viel Zustimmung, Akzeptanz, auch politisch und bei den Kassen

Zur OncoBox: Ziel vergleichbare Daten 97,16 % Abdeckung

Zur StudyBox: bisher Bewertung von 192 Studien, über StudyBox 95% der Studienpat. Abgedeckt

Transparente Abbildung der Studienlandschaft in Kürze verfügbar

Datenblatt plus: Ursprung aus der letzten addz Sitzung Kloster Banz, damals fehlende Risikostratifizierung dargestellt: nun risikostratifizierung, weitere 180 Kennzahlen

Auswertung bis jetzt 50 Zentren = 14400 Patienten, aus den Jahren 2015-17, KZ Anastomoseninsuff., Mortalität, Pso, SozD

Ausblick 2019: neuer Erhebungsbogen, neues Datenblatt, Eindrücke aus der Internationalisierung

Greger, BT OncoBox-Workshop Bericht

s. PDF-Folien

Dazwischen: Mitgliederversammlung: s. gesondertes Protokoll

Projekt: Evidence based Marketing für Darmkrebszentren

Lingenfelder, MR Zwischenbilanz des EBM-Projektes und erfolgreiche Tools für den Vertrieb

s. PDF-Folien

Gesamtdarstellung des Projektes und Hinweis auf die Projektseite

Bisher 8 Mitarbeiter: Vorstellung 100 Zentren nächstes Jahr an Bord.

F. von Spee Erfolgreiche Tools für die erfolgreiche Kommunikation

s. PDF-Folien

quadata Klinik: Tool zur verständlichen Aufbereitung und Darstellung von Qualitätsergebnissen

- a) Anhand selektionierter Kennzahlen
- b) Botschaft:
 - a. Wir werden geprüft und
 - b. Was wird geprüft
- c) Kein großer Programmieraufwand für die eigene EDV, da Einbettung über „Code“, Pflege von außen
- d) Nutzung einer Masteranwendung (zu 17 KZ gibt es schon Schaubilder und Texte), geringe Implementierungskosten

Der Patientenratgeber:

- a) Darstellung für Patienten und Angehörige
- b) Grundlayout entwickelt: Sympathie / Empathie, Vermittlung von Vertrauen
- c) Inhalte aus der Sicht des Patienten gestaltet
- d) Abbildung der besonderen Zentrumsleistungen und der spezifischen Kompetenz
- e) Hauptbotschaft: bei uns bekommen Sie mehr als woanders
- f) Strukturierte Verteilung, strategischer Einsatz

**Berichte aus der Praxis:****KH Ebert, Olpe Kooperationen mit Firmen zur Darmkrebsvorsorge**

s. PDF-Folien

im ländlichen Bereich ist schon der CA die „Marke“

für den Träger als Pilot-Marketing-Massnahme

Auswahl der Unternehmen zur „Umzingelung“ des unmittelbaren Mitbewerbers

Insgesamt 14 VA, 271 Zuhörer, wurde Evaluiert: 93% fanden den Ansatz der VA gut bis sehr gut

Ergebnisse:

1. 1 Patient nach auffälligem iFOBT Test zur Vorsorgekoloskopie
2. Positionierung als Zuständiger in der Region
3. Spende aus Firmenbereich

Fallzahl um mehr als 50% gesteigert

H. Dietl, Weiden (DZ Nordoberpfalz AG): Steigerung der Servicequalität und Serviceorientierung

s. PDF-Folien

Ergebnisse von 4 Testanrufen: katastrophal: resultierende Handlungsanrufe

- Vorbildfunktion
- Klinikintern Honorierung von Serviceorientierung
- Schaffung von Stolz und Zugehörigkeitsgefühl – Identitätsstiftung - bei den Mitarbeitern

Homepage (kleine Änderungen erfolgt, professionelle Gestaltung)

Roboter (wird im Juli aufgestellt)

Öffentlichkeitsarbeit (neues Team, qual. Und quant. Verstärkt)

Marketingstrukturen werden erarbeitet und professionalisiert

Serviceorientierung – „Altpersonal“ vor Schaffung der AG

Zahlenzuwachs zuletzt von 126 auf 154 (HR) (letztes halbes Jahr)

Hat das Marketing etwas gebracht? Aktuell noch Eintagsfliege??

S. Freys Verabschiedung

S. Coerper Einladung nach Nürnberg nächstes Jahr