Onkologie 2014 · 20:1177–1178
DOI 10.1007/s00761-014-2755-6
Online publiziert: 27. Dezember 2014
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

F. Lordick¹ · A. Hölscher² · S. Höchst³ · M. Bamberg⁴

¹ Universitäres Krebszentrum (UCCL), Universitätsklinikum Leipzig

² Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie, Uniklinik Köln

³ Xcare-Praxis für Strahlentherapie am Marienhausklinikum, Saarlouis

⁴ Universitätsklinikum Tübingen

Ösophaguskarzinom – Interdisziplinarität und Qualität gefragt

Ösophaguskarzinome sind aggressive Tumorerkrankungen. Sieht man von den ganz frühen Ausbreitungsstadien ab, die aufgrund ihrer Symptomlosigkeit nur selten erkannt werden, haben Ösophaguskarzinome eine sehr kritische Prognose.

» Die Chancen für Patienten mit Ösophaguskarzinom hängen sehr von der Expertise der behandelnden Ärzte ab

Die Literatur scheint zu belegen, dass die Chancen für Patienten mit Ösophaguskarzinom ganz wesentlich von der Expertise des Behandlers abhängen. Expertise ist ein viel diskutierter und umstrittener Begriff. Wer hat Expertise? Und wohin sollten Patienten mit Ösophaguskarzinom sich wenden? Im Unterschied zu einigen europäischen Nachbarländern besteht in Deutschland, das durch eine deutlich differente Struktur des Gesundheitswesens geprägt ist, Zurückhaltung, die Behandlung von Patienten mit einem Ösophaguskarzinom in ausgewählten Zentren zu konzentrieren.

Die Behandlungsergebnisse an unerfahrenen Standorten lassen durchaus daran zweifeln, dass dies der richtige Weg ist. Ganz offenbar kann nicht in jedem Setting immer eine qualitativ hochwertige Therapie durchgeführt und ein gutes Outcome erzielt werden. Zwei multizentrische deutsche Studien der jüngeren Zeit berichten eine postoperative Sterblichkeit nach neoadjuvanter Behandlung von

mehr als 10%. Nicht ohne Grund muss daher befürchtet werden, dass außerhalb von Studien noch schlechtere Behandlungsergebnisse vorkommen. International akzeptierte Ergebnisse im Rahmen von Phase-III-Studien liegen bei etwa 5%; ausgewählte Zentren erreichen sogar weniger als 2% postoperative Todesfälle. Hier besteht Handlungsbedarf. Es darf nicht um Besitzstandswahrung und ärztliche Eitelkeit gehen. Es geht um die Sicherheit, um das Wohlergehen und um das Überleben der uns anvertrauten Patienten. Die Diskussion ausschließlich auf chirurgisch definierte Mindestbehandlungszahlen einzugrenzen wäre dabei der falsche Ansatz. Mengenfragen bilden nur bedingt ab, was man für die Patienten erreichen muss, nämlich eine kontinuierliche Qualitätskette, die von der multidisziplinären Diagnostik beginnend die Behandlungsteile zu einem Gesamtprozess zusammenfügt. Dazu gehört mehr als die optimierte Versorgung in jedem einzelnen beteiligten Fachgebiet.

» Außerhalb von Studien kommen vermutlich noch schlechtere Behandlungsergebnisse vor

Mit der Etablierung solcher Strukturen stehen wir leider noch am Anfang. Unser Wissen um die Interaktion der Therapieelemente gerade der trimodalen Therapie ist dabei begrenzt. Was determiniert die zu hohen Komplikationsraten: Ist es ein

Problem der Patientenselektion, die vielleicht nicht immer optimale Supportivtherapie, ist es die Erfahrung des Operateurs im Umgang mit neoadjuvant vorbehandelten Patienten, ist es das anästhesiologisch-intensivmedizinische Know-how? Schließlich erfolgt die OP in einer Phase der durch die Radiotherapie gesteigerten pulmonalen Vulnerabilität.

Wir wissen es eigentlich nicht – und sollten uns daher davor hüten, vorschnell Patentrezepte zu präsentieren. Die Frage ist: Wer behandelt wessen Komplikationen? Und mit welcher Erfahrung geschieht dies? Eine interdisziplinäre Betrachtung und Behandlung der Patienten von Beginn an ist gefragt.

Neue Strukturen wie die Allgemeine Spezialärztliche Versorgung (ASV), aber auch die multidisziplinären Tumorboards, die zertifizierten Organ- und onkologischen Zentren sowie Studien akademischer Netzwerke bieten geeignete Plattformen für eine qualitätsgesicherte und sektorenübergreifende Interdisziplinarität. Dies gilt es zu nutzen; teilweise sind solche Strukturen aber auch noch zu etablieren.

Die vorliegenden Schwerpunktthemen, in dem das Ösophaguskarzinom von der korrekten Klassifikation über die interdisziplinäre Diagnostik und Therapie bis hin zur zeitgemäßen Palliation bei inkurablem Verlauf dargestellt wird, leistet einen wichtigen Beitrag zur „Interdisziplinarität und Qualität“ in der Behandlung dieses Tumors.

Für die Schriftleiter des Schwerpunktthemas

F. Lordick

Für die Herausgeber

M. Bamberg

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. F. Lordick
Universitäres Krebszentrum (UCCL),
Universitätsklinikum Leipzig
Liebigstraße 20, 04103 Leipzig
florian.lordick@medizin.uni-leipzig.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. F. Lordick, A. Hölscher, S. Höchst und M. Bamberg geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Der Beitrag enthält keine Studien an Menschen oder Tieren.

Telemedizin ist vielen angehenden Medizinern ein Rätsel

Telemedizin gewinnt in der Gesundheitsversorgung zunehmend an Bedeutung, doch wie eine Studie der Universität Bielefeld zeigte, fühlt sich die Mehrheit der Medizinstudenten auf diesem Gebiet unzureichend informiert. Der Begriff Telemedizin steht für den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien in der Versorgung von Patientinnen und Patienten. Sie soll zukünftig die Qualität der Behandlung verbessern, Kosten reduzieren und die Autonomie der Nutzerinnen und Nutzer steigern. Ein Beispiel für den Einsatz von Telemedizin ist die Speicherung und Vernetzung von Gesundheitsdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte. Weitere Beispiele sind Diagnosen per Videokonferenz oder E-Mail sowie die Überwachung des Insulinspiegels, des Blutdrucks oder der Herzfrequenz mit speziellen elektronischen und vernetzten Geräten in der häuslichen Umgebung.

Die Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld begleitet die Entwicklung telemedizinischer Systeme vor allem mit Blick auf deren Bedarfsgerechtigkeit und die Akzeptanz. In einer aktuellen Studie wurden deutschlandweit 524 Studierende der Humanmedizin zu ihren Einstellungen zur Telemedizin befragt. Dabei gaben 80% der befragten Medizinstudenten an, dass sie sich im Rahmen ihres Studiums gar nicht oder unzureichend über Telemedizin informiert fühlen. Gleichzeitig gaben ebenfalls 80% der Befragten an, dass sie davon ausgehen, dass Telemedizin in Zukunft an Bedeutung gewinnt.

Christoph Dockweiler, einer der Autoren der Studie, betont, dass sich Telemedizin nur dann durchsetzen kann, wenn die Ärzte die Behandlungsmöglichkeiten, die Diagnose- und Therapieeffizienz, die die Telemedizin ermöglicht, positiv einschätzen. Die Einschätzung wird jedoch vom Grad der Informiertheit beeinflusst, und für viele angehende Ärzte und Ärztinnen ist die Telemedizin noch eine Blackbox. Das Studium als wichtigste Informationsquelle in der Ausbildung scheint den Informationsbedarf der Mediziner bisher nicht angemessen zu decken. Daher fordern die Autoren der Studie, zukünftig mehr in die Aufklärung über die Potenziale, aber auch die Grenzen neuer Technik zu investieren. Dies

gilt nicht nur für die zukünftigen Generationen von Ärztinnen und Ärzten, sondern für alle Nutzerinnen und Nutzer.

Literatur:

Dockweiler C, Hornberg C (2013) Einstellungen und Wissensbestände von Studierenden der Humanmedizin zur Telemedizin in Deutschland. In: Duesberg F (Hrsg.) e-Health 2014 – Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen. medical future verlag, Solingen, S 250-254

**Quelle: Universität Bielefeld,
www.uni-bielefeld.de**