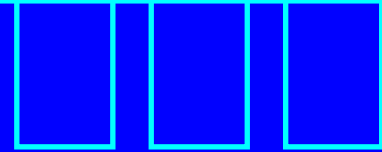


# ***TUZ Journal***

***Aktuelles  
aus der Onkologie 1/2004***

Tumorzentrum Regensburg e.V.



***Zeitschrift des Tumorzentrums Regensburg e.V.***

## ***Mammakarzinom***

*M. Klinkhammer-Schalke, M. Koller,  
W. Lorenz, C. Jakob, B. Steinger,  
B. Ernst, F. Hofstädter*

**Lebensqualitätsdiagnostik und  
Therapie bei Patientinnen mit  
Mammakarzinom**

*R. Dengler, O. Ortmann*  
**Das Brustzentrum Regensburg**

## ***Blasenkarzinom***

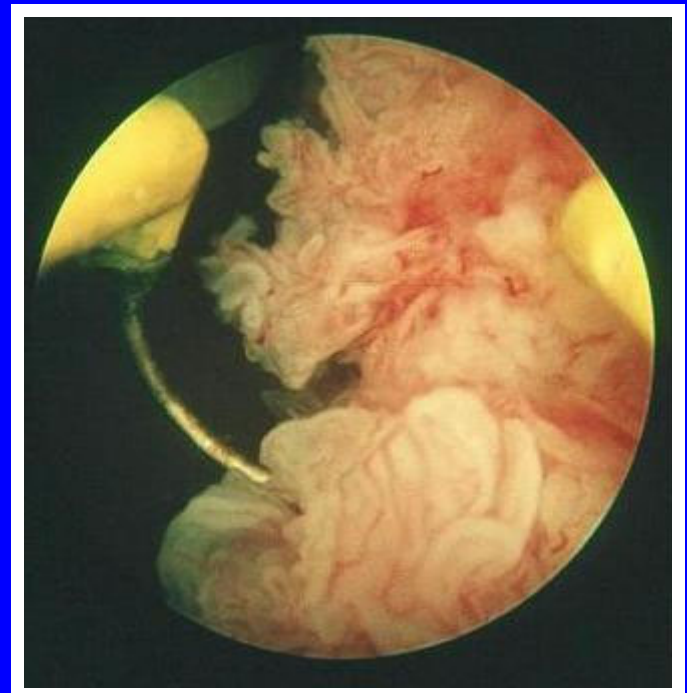
*T. Klotz, M. Gerken, F. Hofstädter*  
**Die Bedeutung einer  
interdisziplinären Nachsorge beim  
Blasenkarzinom unter dem Aspekt  
von Zweittumoren**

## ***Kolorektales Karzinom***

*H. M. Höhne*  
**Laparoskopische Therapie des  
Coloncarcinoms?**

## ***Internet und Medizin***

*D. Ebenbeck, J. Swol-Ben*  
**Deutschsprachige  
Gesundheitsportale im Internet**



## ***Veranstaltungen***

*Kongresskalender 2004*

***TUZ – Informationen***

*Projektgruppen*

*Fortbildung*

*Adressen / Kontakt*

TUZ-Journal  
ISSN 1617- 8904

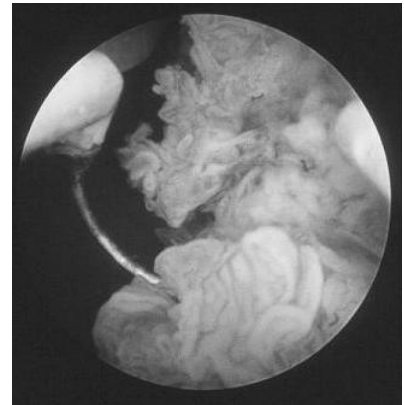


# ***TUZ Journal***

## ***Aktuelles***

### ***aus der Onkologie 1/2004***

***Zeitschrift des Tumorzentrums Regensburg e.V.***



Titelbild: Oberflächliches  
Transitionalzellkarzinom der Blase (TaG2)  
Linke Seitenwand, unmittelbar vor  
transurethraler Resektion

<b><i>Lebensqualitätsdiagnostik und Therapie bei Patientinnen mit Mammakarzinom</i></b>	<b>1</b>
<i>M. Klinkhammer-Schalke, M. Koller, W. Lorenz, C. Jakob, B. Steinger, B. Ernst, F. Hofstädter</i>	
<b><i>Das Brustzentrum Regensburg</i></b>	<b>4</b>
<i>R. Dengler, O. Ortman</i>	
<b><i>Die Bedeutung einer interdisziplinären Nachsorge beim Blasenkarzinom unter dem Aspekt von Zweittumoren</i></b>	<b>8</b>
<i>T. Klotz, M. Gerken, F. Hofstädter</i>	
<b><i>Laparoskopische Therapie des Colonicarcinoms?</i></b>	<b>12</b>
<i>H. M. Höhne</i>	
<b><i>Deutschsprachige Gesundheitsportale im Internet</i></b>	<b>13</b>
<i>D. Ebenbeck, J. Swol-Ben</i>	
<b><i>Kongresskalender</i></b>	<b>15</b>
<b><i>TUZ – Informationen</i></b>	
<b><i>Projektgruppen</i></b>	<b>17</b>
<b><i>Fortbildung</i></b>	
Onkologisches Colloquium	18
Onkologische Qualitätszirkel	19
Seminar Palliativmedizin	20
Neuroonkologische Fallkonferenzen	20
13. Regensburger Onkologie-Forum	21
<b><i>Adressen / Kontakt</i></b>	<b>22</b>



Dipl. Psych. Christoph Jakob

## Lebensqualitätsdiagnostik und Therapie bei Patientinnen mit Mammakarzinom

Grundlagen und Konzept einer Studie am Tumorzentrum Regensburg e.V.

M. Klinkhammer-Schalke, M. Koller, W. Lorenz, C. Jakob, B. Steinger, B. Ernst, F. Hofstädter  
Tumorzentrum Regensburg e.V.



Dr. med. Brunhilde Steinger

### Einleitung

Mit Unterstützung der Gesundheitsinitiative „Bayern aktiv“ des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz wird am Tumorzentrum Regensburg ein Projekt zur Lebensqualität von Frauen mit einer Brustkrebserkrankung durchgeführt. Nachfolgend wird das zugrunde liegende Konzept von Lebensqualität und beispielhaft ein Patientinnenprofil ebenso wie der Projektablauf dargestellt.

In der ersten Phase wird Lebensqualitätsdiagnostik im Raum Regensburg und Amberg bei allen beteiligten Einrichtungen durch ein Maßnahmenpaket implementiert. Anschließend wird in der zweiten Phase die Wirksamkeit und der Nutzen der Lebensqualitätsdiagnostik für den Behandlungsverlauf und die Gesamtsituation der Patientin untersucht werden.

### Lebensqualität

Mit dem Schlagwort „Lebensqualität“ wird in unserer Gesellschaft viel Aufsehen und im Bereich Wellness viel Geld gemacht. Als unscharfes Ziel weckt es Sehnsüchte und wird in oberflächliche Klischees (Strand, Urlaubsstimmung, gutes Essen etc.) gepackt. Fast nichts von diesen Eigenschaften findet sich in einer krankheitsbezogenen Vorstellung von Lebensqualität.

Hier verspricht Lebensqualität kein Glück in allen Lebenslagen, sondern beschränkt sich bewusst auf den kranken Menschen (Patientin mit Mammakarzinom) mit

all seinen Reaktionen, die biochemisch und psychisch anders sind als beim Gesunden.

Diese Form der Lebensqualität stützt sich auf Eigenschaften, die man zuverlässig und valide messen und durch Therapie verbessern kann.

Für die Studie wird Lebensqualität von Patientinnen mit Mammakarzinom nach einem weit verbreiteten und standardisierten Konzept, das in amerikanischen, englischen und deutschen Zeitschriften publiziert wurde (Koller et al. 1999, 2000, Nies et al. 2001) diagnostiziert und therapiert. Die Vorstellung dieses Modells von Lebensqualität

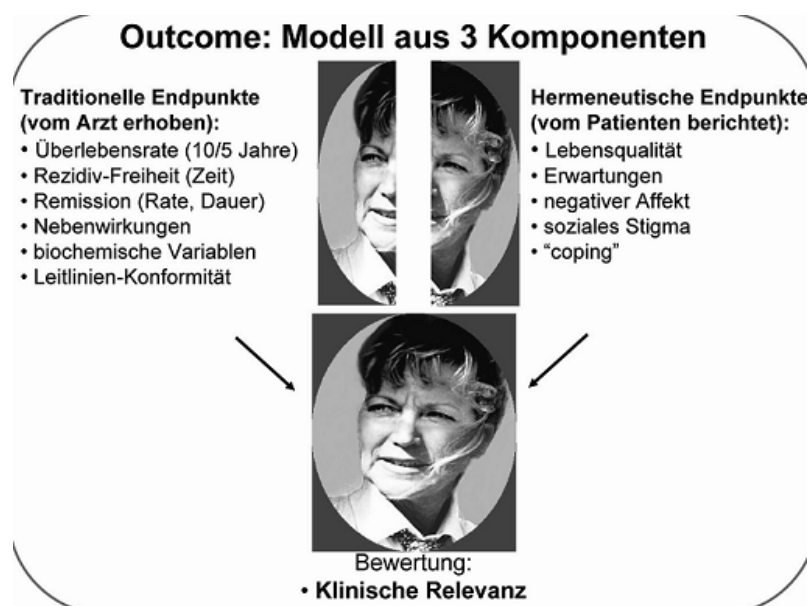
- ist Selbstwahrnehmung, Selbstbewertung und Selbstmitteilung der Patientin in drei Domänen: körperlich-physisch, psychisch und sozial,

- schließt gesundheits- und therapiebezogene Erwartungen und Bewältigung der Krankheit (coping) mit ein und

- wird durch psychosoziale Grundeigenschaften der Patientin mitbestimmt.

Ein kritisches Modell von Krankheit ist komplexer als das bisherige biologische Modell der Schulmedizin. Es integriert subjektive Dimensionen von Krankheit – wie Angst oder Verlust von Freiheit – mit den bisherigen naturwissenschaftlichen Parametern. Es stellt subjektives Leiden und seine Bewältigung als Heilen und Lindern in den Vordergrund und lässt sich in drei Komponenten bildlich darstellen (Abb. 1).

Die traditionellen Messpunkte der Therapie wie z.B. Überleben oder Rezidivfreiheit sind nur die eine Hälfte des Gesichts.



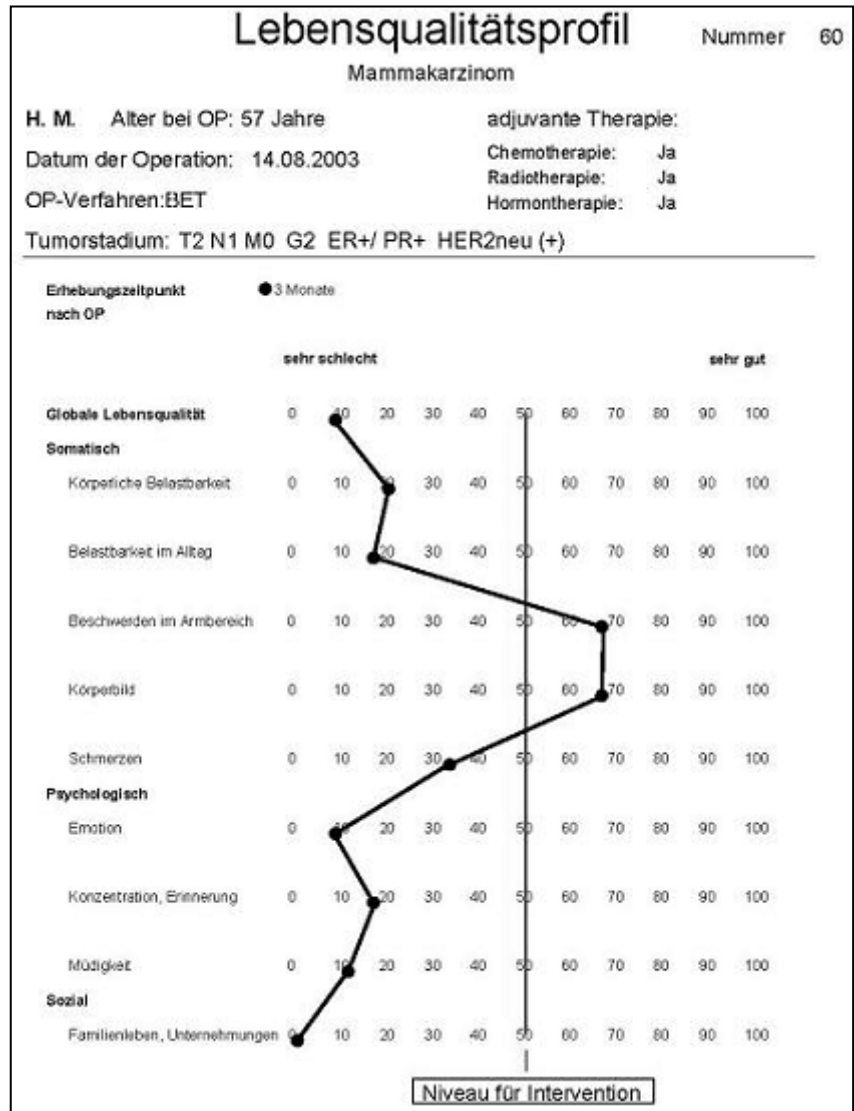
## Messung der Lebensqualität

Die zweite Hälfte des Gesichts sind Messpunkte, die die Patientin selbst wahrnimmt und bewertet (z.B. „sehr starke Schmerzen“ oder „wenig Müdigkeit“). Dies sind Endpunkte, die die Patientin in einem Fragebogen unabhängig vom Arzt oder Angehörigen beantwortet. Mit Hilfe eines Computerprogramms wird der Fragebogen ausgewertet und das Lebensqualitätsprofil der Patientin erstellt (Abb. 2).

Welcher der erhobenen Endpunkte in einer Situation der „wichtigste“ ist, kann nicht pauschal beantwortet werden, sondern verlangt ein Werturteil. Dabei kann es sein, dass Patientin und Arzt unterschiedliche Prioritäten haben. Solche Unterschiede sind ernst zu nehmen. Möglicherweise hat der Arzt ein Langzeitziel vor Augen, das die Patientin nicht sieht. In diesem Falle wären eine zusätzliche Aufklärung und die positive Beeinflussung von Patientenerwartungen notwendig. Im gemeinsamen Gespräch zwischen Patientin und Arzt wird bewertet, was im Einzelfall klinisch relevant ist.

Ein Lebensqualitätsprofil, erhoben mittels des EORTC-Fragebogens (s.u.), wird exemplarisch an einer Patientin aus dem Regensburger Tumorzentrum dargestellt. Die Beurteilung durch Ärzte und Psychologen gemeinsam ergibt die folgende Stellungnahme (Abb. 2): Bei der Patientin handelt es sich um eine 57-jährige Frau, die wegen eines T2N1MO duktal-invasiven Mammakarzinoms brusterhaltend operiert wurde. Es zeigen sich Einschränkungen der Lebensqualität in einer Reihe spezifischer Bereiche. Am deutlichsten ist der Einbruch in der sozialen Dimension. Auch die Werte in den Bereichen Emotion, Schmerzen und Belastbarkeit im Alltag liegen deutlich unter der kritischen, interventionsbedürftigen Marke von 50 Punkten. In einem Gespräch mit der Patientin werden die Ursachen für diese spezifischen Einbrüche zu klären sein. Darauf aufbauend ist über ein gezieltes therapeutisches Vorgehen zu entscheiden.

**Abbildung 2: Lebensqualitätsprofil einer Patientin aus Regensburg. Werte unter 50 Skalenswerten stellen interventionsbedürftige Probleme einer beeinträchtigten krankheitsbezogenen Lebensqualität dar und werden durch gezielte Therapieoptionen angegangen.**

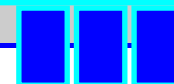


### 1. Studienphase: Implementierung von Lebensqualitätsdiagnostik

Bereits bei der Implementierung von Leitlinien hat sich in der Vergangenheit gezeigt, dass Publikationen, Vorträge oder Kongresse alleine nicht ausreichen. Es wurde in Leeds Castle, England, eine Konferenz der G7-Staaten ausschließlich zu diesem Thema durchgeführt und eine Reihe wirkungsvoller Implementierungsstrategien erarbeitet.

Für das vorliegende Projekt sind drei Maßnahmen zentral: die Gewinnung der lokalen Meinungsführer („opinion leader“), die Gründung eines Qualitätszirkels und Vorortbesuche bei allen beteiligten Studienärzten. Im Rahmen der Studie „Lebensqualität bei Patientinnen mit Mammakarzinom“ des Tumorzentrums Regensburg wurden sechs opinion leader in der Behandlung des Mammakarzinoms identifiziert.





Durch persönliche Gespräche und Vorträge wurden sie ausführlich über das Projekt informiert. Außerdem erhielten sie Lebensqualitätsfragebögen, die von der European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) entwickelt wurden und sich bereits in einer Vielzahl an Studien bewährt hatten. Jeder Meinungsführer ließ mehrere dieser Fragebögen von Patientinnen ausfüllen, die er in der Folgezeit behandelte. Zu den Fragebögen erstellte die Studienzentrale LQ-Profile, die dem Arzt erläutert und mit ihm diskutiert wurden.

Der Qualitätszirkel zur kontinuierlichen und interaktiven Weiterbildung wurde im Oktober 2003 gegründet. Daran nehmen alle an der Behandlung von Patientinnen mit Mammakarzinom beteiligten Berufsgruppen (z.B. Physiotherapie, Selbsthilfegruppen, Patientinnen, Ärzte, Regierung der Oberpfalz) teil. Des Weiteren erarbeitet der Qualitätszirkel Problemlösungen bei komplizierten Fällen oder bei Versorgungsproblemen.

Die an der Versorgung beteiligten niedergelassenen Ärzte werden bis Anfang 2004 vor Ort besucht. Das Projekt wird ihnen persönlich erläutert und bestehende Fragen werden diskutiert.

Diese Implementierungsphase ist notwendig, um den richtigen Gebrauch des Messinstruments sicherzustellen und durch gemeinsame Diskussion die Basis des Vorgehens festzulegen.

## 2. Studienphase: Randomisierte Studie

Nach Abschluss der Implementierung beginnt ab Mitte 2004 die zweite Phase des Projekts: die randomisierte Studie. Die teilnehmenden Patientinnen werden in zwei Gruppen randomisiert und füllen zu definierten Zeitpunkten im ersten Jahr nach Diagnosestellung den EORTC-Fragebogen aus.

Ein Teil der Patientinnen durchläuft die Behandlungskette in ihrer bisherigen Form, mit LQ-

Messung, aber ohne Intervention, für den anderen Teil der Patientinnen wird zusätzlich die Diagnostik der Lebensqualität in Form so genannter LQ-Profile zur Verfügung gestellt. Diese werden auf der Basis des standardisierten Fragebogens von der Studienzentrale erstellt und an den verantwortlichen Arzt übermittelt.

Weist das Profil problematische Werte bei einzelnen Skalen auf, werden von der Studienzentrale Interventionsvorschläge erarbeitet, wobei die Gesamtsituation der Patientin berücksichtigt wird. Folgende fünf Interventionsbereiche erwiesen sich als evident:

- Schmerztherapie
- Physiotherapie und Lymphdrainage
- Psychotherapie
- soziale Rehabilitation
- Ernährung und Sport

Der Arzt kann mit der Patientin bei ihrem nächsten Nachsorgetermin diskutieren, welche Interventionen durchgeführt werden sollen. Bei der Organisation der Termine mit den Interventionstherapeuten unterstützt die Studienzentrale Arzt und Patientinnen. Keine Gruppe wird einer grundlegend neuen oder gar experimentellen Behandlung unterzogen, sondern nach etablierter, leitlinienkonformer Therapie behandelt, ebenso wird keiner Gruppe ein bewährtes Behandlungselement vorenthalten.

Es wird erwartet, dass durch die LQ-Diagnostik die Behandlungskette erheblich gestärkt wird, weil typische Probleme, die die Lebensqualität beeinträchtigen (Schmerzen, Funktionseinschränkungen, psychische Probleme), systematisch gemessen und erkannt werden. Dadurch kann die Patientin frühzeitig einer adäquaten Therapie zugeführt werden.

Dies beschleunigt nicht nur den Erholungsprozess, sondern erspart auch Folgekosten durch Chronifizierung sowie Sekundär- und Tertiärprobleme.

Diese randomisierte Studie soll die Frage klären, ob die zusätzliche Verwendung der LQ-Diagnostik und die gezielte Intervention bei kritischen Skalenwerten die Gesamtsituation der erkrankten Frau deutlich verbessert, sowie die notwendige medizinische Therapie positiv beeinflusst.

## Literatur

Koller M, Heitmann K, Kussmann J, Lorenz W. Symptom reporting in cancer patients II: Relations to social desirability, negative affect, and self-reported health behaviours. *Cancer* 86: 1609-1620 (1999)

Koller M, Lorenz W, Wagner K, Keil A, Trott D, Engenhardt-Cabillic R, Nies C. Expectations and quality of life of cancer patients undergoing radiotherapy. *J Royal Soc Med* 93: 621-628 (2000)

Nies C, Celik I, Lorenz W, Koller M, Plaul U, Krack W, Sitter H, Rothmund M. Outcome nach minimal-invasiver Chirurgie: Qualitative Analyse und Bewertung der klinischen Relevanz von Studienendpunkten. *Chirurg* 72: 19-29 (2001)

## Studieninformationen

### Korrespondenzadresse

Dipl. Psych. Christoph Jakob  
Dr. med. Brunhilde Steinger

Tumorzentrum Regensburg  
Universitätsklinikum  
Franz-Josef-Strauß-Allee 11  
93053 Regensburg

## Das Brustzentrum Regensburg

R. Dengler<sup>1</sup> und O. Ortman<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Schwerpunktpraxis für Hämatologie und Internistische Onkologie Regensburg*  
<sup>2</sup> *Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Universität  
 am Caritas-Krankenhaus St. Josef, Regensburg*

### Zusammenfassung

Nach ausführlichen Vorbereitungen von aktiven Mitgliedern der Projektgruppe Mammakarzinom des Tumorzentrums Regensburg e.V. (TZR) wurde im September 2003 das Brustzentrum Regensburg (BZR) e.V. gegründet. Es soll den stetig steigenden Anforderungen von Patientinnen, Ärzten, Krankenkassen sowie der Gesundheitspolitik an eine qualitätsgesicherte, evidenzbasierte, interdisziplinäre Versorgung von Patientinnen mit Krankheiten der Brust entsprechen. Das BZR integriert in seinem mehrhäusigen Aufbau unter dem Dach des TZR verschiedenste Institutionen aus dem stationären und ambulanten Sektor, aus Universitätsklinik, kommunalen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten und entspricht damit der Versorgungsrealität des Raumes Regensburg. Von der Früherkennung über die Diagnostik, den operativen Teil, Strahlentherapie, Hormon- und Chemotherapie, sowie Nachsorge wird das gesamte Spektrum abgebildet. Die interdisziplinäre Kommunikation wird durch ein Internet-basiertes virtuelles Tumorboard sowie eine regelmäßige Fallkonferenz sichergestellt. Die Qualitätssicherung erfolgt durch die Abarbeitung der Audit-Checkliste der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG), ein externes Auditing sowie eine externe Zertifizierung, sowohl nach der DIN EN ISO 9001.2000 als auch durch die DKG. Ergebnisqualitätskontrollen sind durch Outcome-Analysen auf dem Boden der Primärdatendokumentation des Tumorboards sowie der Meldungen der einzelnen Mitglieder durch das TZR gewährleistet.

### Hintergrund und Entstehung

Brustkrebs stellt die häufigste Tumorerkrankung von Frauen in Deutschland dar. Etwa jede 9. Frau erkrankt im Laufe ihres Lebens an diesem Karzinom. Die Erkrankung besitzt daher gesellschaftspolitische Relevanz, was sich u.a. immer wieder in verschiedensten populärwissenschaftlichen Publikationen niederschlägt. In den letzten Jahren gerieten die Ärzte ins Visier, da unterstellt wird, dass die Versorgungsqualität von Mammakarzinompatientinnen sowie die Vorsorge schlecht seien. Welchen Stellenwert Brustkrebs besitzt, ist darüber hinaus auch daran abzulesen, dass es die einzige Tumorentität ist, die in Disease Management Programme (DMP) aufgenommen wurde und sich u.a. das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung im März 2003 schriftlich an alle Bayerischen Krankenhäuser mit Frauenkliniken mit einem Fragenkatalog wandte, da „...im Wesentlichen Einigkeit besteht, dass die medizinische Versorgung von Patientinnen mit Brustkrankungen ... verbessert werden kann und muss.“

In den letzten Jahren sind in Deutschland zunehmend sog. Mamma- oder Brustzentren gegründet worden. Die Mitglieder der Projektgruppe Mammakarzinom im Tumorzentrum Regensburg e.V. (TZR) haben diesen Trend beobachtet, waren sich aber einig, nicht ohne grundlegende Vorarbeiten und ein klares inhaltliches Konzept auf diesen „Zug aufzuspringen“, sondern Vor- und Nachteile abzuwägen und haben von Anfang an alle potentiell Beteiligten in die Diskussion mit einbezogen.

Man war sich einig, dass ein Brustzentrum Regensburg als reine Werbemaßnahme ohne ausreichende strukturelle Voraussetzungen und externe Zertifizierung die Versorgungsqualität nicht verbessern wird. Darüber hinaus gibt es in Regensburg keine Einzelinstitution, die alle von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) bzw. der Deutschen Gesellschaft für Senologie geforderten Strukturen (Radiologie, operative Fächer, Pathologie, Strahlentherapie, Onkologie etc.) unter einem Dach vereint. Somit war nur ein mehrhäusiges Konzept umsetzbar.

Es wurde dann 2001 begonnen, die nötigen Voraussetzungen für Struktur- und Prozessqualität, Organisation, Dokumentation, Auditierung und Zertifizierung zu schaffen und in einem gemeinschaftlichen Beratungsprozess bis zum Sommer 2003 vorbereitet. Am 24.9.2003 fand die Gründungsversammlung statt, im Oktober 2003 wurde die Satzung beim Registergericht eingereicht und das BZR als e.V. registriert.

### Aufbau/Struktur

Die Mehrhäusigkeit sowie die enge Verzahnung mit dem TZR sind die wesentlichen Unterschiede des BZR im Vergleich zu vielen anderen Mammazentren. Die einzelnen Institutionen, die über ganz Regensburg verteilt sind, finden sich unter dem Dach des TZR wieder (siehe Abb. 1). Das Dach wird von drei sog. vertikalen Säulen „getragen“. Hierbei handelt es sich um die drei gynäkologischen Kliniken (Universitätsfrauenklinik am Caritas Krankenhaus St. Josef, Klinik St. Hedwig der Barmherzigen Brüder sowie die Gynäkologi-

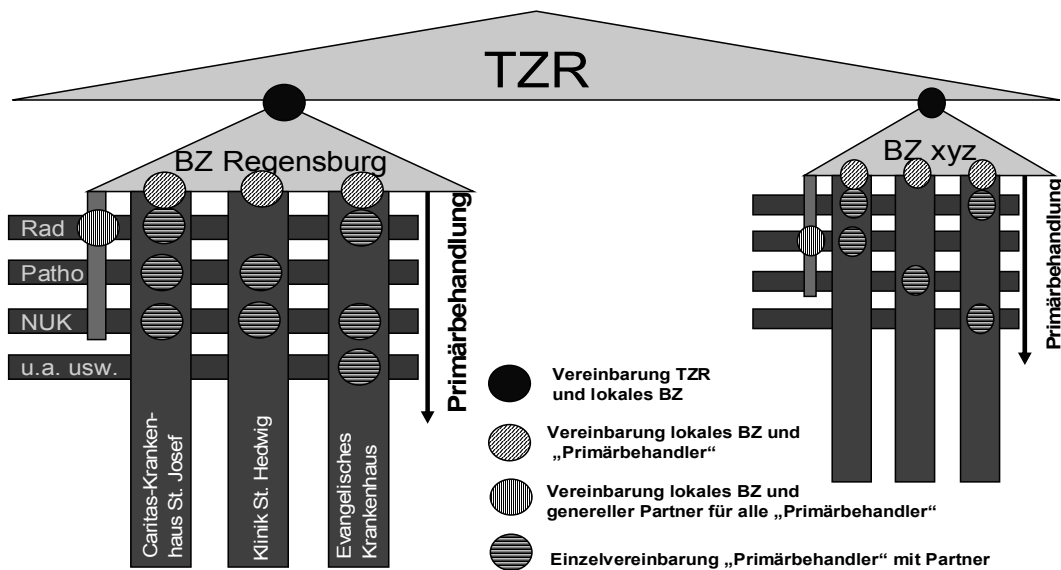


Abbildung 1: Struktur des Brustzentrums Regensburg

sche Belegabteilung am Evangelischen Krankenhaus Regensburg). In dieses Haus sind sog. „horizontale“ Segmente eingezogen, die mit den vertikalen Säulen vernetzt sind. Die Zusammenarbeit wird durch Kooperationsverträge dokumentiert, die die Audit-Checkliste der DKG als Basis haben.

Eine weitere Besonderheit besteht darin, dass wir neben dem jetzt etablierten BZR die Entstehung anderer Subzentren im Einzugsgebiet des TZR (Oberpfalz sowie weite Teile Niederbayerns) unterstützen (in Abb. 1 mit BZ xyz bezeichnet), damit Kollegen und Institutionen, die aufgrund ihrer Entfernung nicht aktiv im BZR

teilnehmen können, trotzdem unter dem Dach des TZR nach den Kriterien der DKG arbeiten können. Das TZR bietet diesen Ärzten eine Unterstützung bei der externen Auditierung (Consulting) sowie die Datendokumentation an.

Die Organisation ist in folgendem Organigramm abgebildet (Abb. 2).

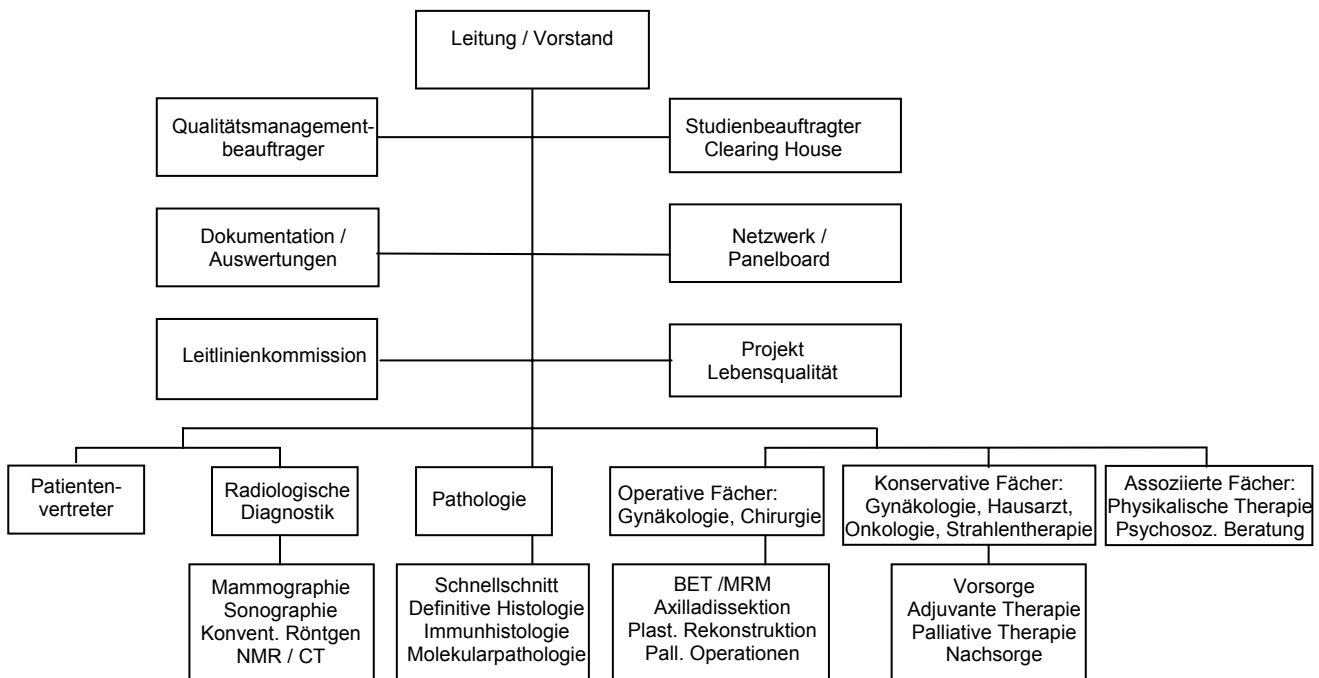


Abbildung 2: Organigramm des Brustzentrums Regensburg



## Qualitätsmanagement

Die drei „vertikalen“ Kooperationspartner, d.h. die operativ tätigen Ärzte der Frauenkliniken, erarbeiten ein Qualitätsmanagementhandbuch, in dem sämtliche für das Qualitätsmanagement relevanten Bereiche inkl. der Ressourcen, Struktur- und Prozessqualität beschrieben werden. Sie arbeiten die Audit-Checkliste ab und erstellen Arbeits- und Verfahrensanweisungen. Für die Module, die sie nicht selbst abbilden, schließen sie Kooperationsverträge mit den sog. „horizontalen“ Partnern, insbesondere z.B. mit der Pathologie, Strahlentherapie etc.

Sämtliche Bereiche werden im Rahmen der Zertifizierungsvorbereitung von einem externen Consultinginstitut auditiert und dann sowohl nach DIN EN ISO 9001.2000 vom TÜV als auch von der DKG zertifiziert.

## Arbeitsgrundlagen / Voraussetzungen

Die Basis der Zusammenarbeit ist der Nachweis der Expertise und Kompetenz der einzelnen Mitglieder. Dies wird durch Erfüllung der Kriterien der Audit-Checkliste der DKG, deren Basis wiederum die für das Mammakarzinom geltenden Leitlinien, u.a. die S3-Leitlinie der DKG sind, dargestellt. Sie ist Bestandteil der jeweiligen Kooperationsverträge. Voraussetzungen für ein funktionierendes Mammazentrum sind eine Mindestzahl jährlich betreuter Fälle, die Beteiligung aller notwendigen Spezialdisziplinen mit der Kerngruppe operative Gynäkologie, Pathologie, Radiologie, Strahlentherapie und internistische Onkologie sowie den assoziierten Bereichen Plastische Chirurgie, Physikalische Medizin, Nuklearmedizin, Psychoonkologie, Hausarzt, Patientinnenvertretung. Zum Kernbereich gehören außerdem die Datendokumentation über das TZR sowie der Bereich klinische Studien. Darüber hinaus müssen regelmäßige interdisziplinäre Fallbesprechungen stattfinden.

## Aufgaben und konkrete Leistungen

Das BZR versteht sich als interdisziplinäre, kooperative, qualitätsgesicherte Einrichtung mit dem Ziel der Evaluation und Dokumentation der Versorgungsrealität sowie der Verbesserung der Versorgungsqualität aller im Rahmen der Vorsorge, Diagnostik, Therapie und Nachsorge von Patientinnen mit Brustkrankungen nötigen bzw. erforderlichen Teilbereiche auf dem Boden evidenz-basierter Leitlinien. Damit ist auch eine transparente Darstellung gegenüber Patientinnen, Ärzten, Kostenträgern und der Gesundheitspolitik möglich.

Vom Dach (TZR) werden übernommen: Bereitstellung zentraler Räumlichkeiten u.a. für Konferenzen, Fallbesprechungen und Fortbildungsveranstaltungen, Datendokumentation, Auswertung der Daten für die Ergebnisqualitätsprüfung (Outcome-Analyse, Benchmarking), Clearing House für klinische Studien, Bewertung externer Kooperationspartner, Finanzplanung/Haushalt, Öffentlichkeitsarbeit und Leitbild nach außen, Unterstützung bei Verhandlungen mit Vertragspartnern wie z.B. Krankenkassen etc., Leitlinienarbeit inkl. Herausgeben von Diagnose- und Behandlungsempfehlungen.

Die Mitglieder des BZR haben eine Internet-basierte Plattform erarbeitet, die der mehrhäusigen Struktur Rechnung trägt und gleichzeitig die Basis für die Dokumentation und Auswertung der Ergebnisqualität darstellt. Jedes Mitglied erhält eine Zugangsberechtigung und kann damit auf dem Zentralserver am TZR die erforderlichen Daten (Alter, Menopausen-, Rezeptor- und Nodalstatus, Art der OP sowie Vorschlag für die adjuvante Therapie etc.) in eine Maske eingeben. Die Anonymität und die Datensicherheit sind durch die Verschlüsselung mittels der Histologie-Nr. sowie ein gesichertes Übertragungsprotokoll (SSH) gewährleistet. Es wird darauf ge-

achtet, dass mindestens ein Mitglied jeder Disziplin aus der Kerngruppe (s.o.) den Fall beurteilt.

Neben formalisierten Mitteilungen (Gesehen, Einverstanden, Nicht einverstanden, Diskussion) kann ein frei wählbarer Text eingegeben werden. Die hier eingegebenen Daten werden strukturiert in einer Datenbank gespeichert und stellen die Basis für die Auswertung bezüglich Leitlinienadhärenz und Ergebnisqualitätsprüfung dar. Außerdem steht ein Feld zum Vorschlag zur Verfügung, den Fall in der 14-tägig stattfindenden Fallkonferenz vorzustellen.

## Aktueller Stand und Ausblick

Seit Juni 2003 ist das Internet-basierte virtuelle Fallforum aktiv, inzwischen werden täglich etwa 1 – 2 neue Fälle eingegeben und diskutiert. Derzeit (Stand 3/04) sind 96 Fälle eingegeben und diskutiert. Seit Januar 2004 finden im 2 Wochen-Abstand interdisziplinäre Fallvorstellungen auf der Datenbasis des virtuellen Tumorboards statt, dabei werden zur Zeit jeweils etwa 6 – 12 Fälle vorgestellt, diskutiert und die Empfehlung des Panels on-line dokumentiert. Ein wichtiger Teilaspekt dabei ist, dass die vorzustellenden Fälle, die mittels der Histologie-Nr. kodiert sind, kurz vor der Veranstaltung entblendet werden, sodass auch die in der Primärdiagnostik (Mammographie, Mammasonographie) involvierten Radiologen anhand des Patienten-namens und Geburtsdatums die Möglichkeit zur Evaluation und Dokumentation ihrer Ergebnisqualität erhalten, da sie sehen können, ob und in welchem Umfang sich ihr nach den BIRADS-Kriterien geäußerter Verdacht auf ein Karzinom bestätigte oder nicht und was aus der Patientin geworden ist.

Derzeit laufen die Vertragsverhandlungen mit der Consultingfirma für die Auditierung und die Zertifizierungsvorbereitungen der drei vertikalen (d.h. operativen) Bereiche. Additiv hierzu werden die Kooperationsverträge dieser drei Institutionen mit ihren „hori-



zontalen“ Partnern (Radiologie, Pathologie, Strahlentherapie, internistische Onkologie, niedergelassene Gynäkologen, Physiotherapeuten etc.) geschlossen.

Für den 7. Mai 2004 ist eine Auftaktveranstaltung geplant, auf der sich das BZR der Bevölkerung, insbesondere den Frauen, vorstellen wird. Zum Ende 2004 sollen die Handbücher, Arbeits- und Verfahrens-Anweisungen sowie die übrigen für die Zertifizierung nötigen Prozess- und Strukturqualitätsvoraussetzungen fertig gestellt sein, um 2005 den TÜV für die DIN EN ISO 9000.2001 sowie die Auditoren der DKG für die Zertifizierungstermine zu bestellen.

## Fazit

Das BZR hat seine Arbeit aufgenommen. Die Strukturprobleme des mehrhäusigen Konzepts, vor allem die räumliche/örtliche Distanz der einzelnen Institutionen und die damit zusammenhängenden terminlichen und inhaltlichen Schwierigkeiten wurden durch das Internet-basierte virtuelle Fallforum sowie die regelmäßigen Fallkonferenzen (Panelboard) reduziert, jedoch nicht gänzlich ausgeschaltet. Vergleicht man aber die konkrete Versorgung der gemeldeten/dokumentierten Patientinnen mit den Vorgaben der Audit-Checkliste, so wird deutlich, dass das etablierte System erfolgreich arbeiten kann.

Trotzdem darf nicht vergessen werden, dass die verschiedenen Mitglieder verschiedene Interessen und Strukturprobleme zu bewältigen haben, insbesondere unter den jetzt sich abzeichnenden, tiefgreifenden Umbaumaßnahmen des Gesundheitswesens (integrierte Versorgung, Gesundheitszentren, Öffnung der Kliniken für die ambulante Versorgung, DMP's, DRG's etc.). Auf der anderen Seite kann das BZR möglicherweise gerade in dieser Umbruchphase eine nicht zu unterschätzende Hilfe darstellen, die anstehenden Herausforderungen zu meistern, da eine integrierte, qualitätsgesicherte, zertifizierte Patientenversorgung von allen Beteiligten, insbesondere den Kostenträgern und der Politik, gefordert und letztlich auch anerkannt und unterstützt werden wird.

## Literatur

ASCO Clinical Practice Guidelines (1997): Recommended Breast Cancer Surveillance Guidelines, J. Clin. Oncol. 15, 2149 – 2156

Brustzentren – mehr als eine Vision? Frankfurter Allgemeine Zeitung Nr. 67, 20.3.2002, N1-2

Katastrophe für die Frauen: Der Spiegel Nr. 15, 2002, pp 202 – 212

Kreienberg R. (2002): Zertifizierung von Mammazentren – Strukturelle Voraussetzungen, Med. Review 8, 1

Libertati A. et al. (1987): Quality of Care Assessment for Breast Cancer: How to Measure Benefits of Prevention and Therapy in Oncology, Bull. Cancer 74, 313 – 321

Perry N. et al. (2001): Quality Assurance in the Diagnosis of Breast Disease (EUSOMA Working Party), Eur. J. Cancer 37, 159 – 172

Sauer H. (2001): Benötigen wir in Deutschland Brustzentren für die Verbesserung des diagnostischen und therapeutischen Standards? Akt. Onkol. 113, 189 – 193

## Anschrift der Autoren

Dr. med. Robert Dengler

Schwerpunktpraxis für  
Hämatologie und Internistische  
Onkologie  
2. Vorsitzender des  
Brustzentrum Regensburg e.V.  
Bahnhofstr. 22 – 24  
D-93047 Regensburg  
robert.dengler@t-online.de

Prof. Dr. med. Olaf Ortman

Klinik für Frauenheilkunde und  
Geburtshilfe der Universität am  
Caritas-Krankenhaus St. Josef  
1. Vorsitzender des  
Brustzentrum Regensburg e.V.  
Landshuter Str. 65  
93053 Regensburg  
gynaekologie@caritasstjosef.de

## Brustkrebs geht mich an?

### Auftaktveranstaltung Brustzentrum Regensburg e.V.

Freitag, den 7. Mai 2004, 16.00 Uhr

Neuhaus-Saal im Theater Regensburg, Bismarckplatz 7

Programm siehe [www.tumorzentrum-regensburg.de](http://www.tumorzentrum-regensburg.de)

## Die Bedeutung einer interdisziplinären Nachsorge beim Blasenkarzinom unter dem Aspekt von Zweittumoren

T. Klotz<sup>1</sup>, M. Gerken<sup>2</sup>, F. Hofstädter<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> Klinik für Urologie und Kinderurologie, Klinikum Weiden

<sup>2</sup> Tumorzentrum Regensburg e.V.

<sup>3</sup> Institut für Pathologie, Universitätsklinikum Regensburg

### Einleitung

Die Diagnostik und Therapie von Harnblasenkarzinomen gehören zum Alltag jedes Urologen. Aufgrund der Überalterung der Gesellschaft in den industrialisierten Nationen ist die Inzidenz von Harnblasenkarzinomen steigend. Zurzeit sind ca. 3% aller bösartigen Tumoren Harnblasenkarzinome, wobei es sich in ca. 90-95% um ein Urothelkarzinom handelt. Bei 70% aller Patienten liegt ein oberflächlicher Tumor (Ta, Tis, T1) vor, während 30% der Patienten einen muskeleinfiltrierenden Tumor aufweisen. Es steht außer Frage, dass dem Harnblasenkarzinom sowohl in Praxis als auch Klinik eine steigende Bedeutung zukommt. Für das urologische Fachgebiet hat dies besondere Relevanz, da den meisten Patienten mittlerweile sehr effektive Behandlungsverfahren angeboten werden können und fast die gesamte Diagnostik vom Fachgebiet selbst erbracht werden kann.

Während die Therapie des Harnblasenkarzinoms im Allgemeinen stadienorientiert unter Berücksichtigung individueller Faktoren erfolgt, ist der Nutzen einer Nachsorge nicht definiert. So äußern sich die publizierten Leitlinien zu diesem Thema eher zurückhaltend. Die Nachsorge erfolgt vor allem unter dem Blickpunkt eines Rezidivs oder einer Metastasierung des Harnblasenkarzinoms.

Die Frage nach der Aufdeckung von unabhängigen Zweittumoren wird in der Regel nicht gestellt,

obwohl mehrere Untersuchungen ein erhöhtes Risiko für Zweittumoren belegt haben.

Die Verlängerung der Nachsorgeintervalle oder das Aussetzen einer urologischen Nachsorge beim oberflächlichen Harnblasenkarzinom wird nicht zuletzt unter ökonomischen Gesichtspunkten diskutiert. Die aktuelle Gesetzgebung greift dies unter dem Aspekt der Verzahnung ambulant-stationär teilweise auf.

Unter dem Aspekt, dass das Durchschnittsalter der Patienten mit Harnblasenkarzinom steigt, stellt sich die Frage, ob eine Nachsorge von Seiten unabhängiger Zweittumoren sinnvoll ist. Eine frühe zufällige Diagnose dieser Tumoren macht eine kurative Therapie wahrscheinlich. Das Colonkarzinom sei hier beispielhaft genannt. Bei Zutreffen der Hypothese, dass Patienten mit Harnblasenkarzinom ein deutlich höheres Risiko für unabhängige Zweittumoren aufweisen, würde sich die Konsequenz ergeben, dass eine onkologische Nachsorge unverzichtbar ist und interdisziplinär definiert werden muss.

### Auswertung der Daten des Tumorzentrums Regensburg

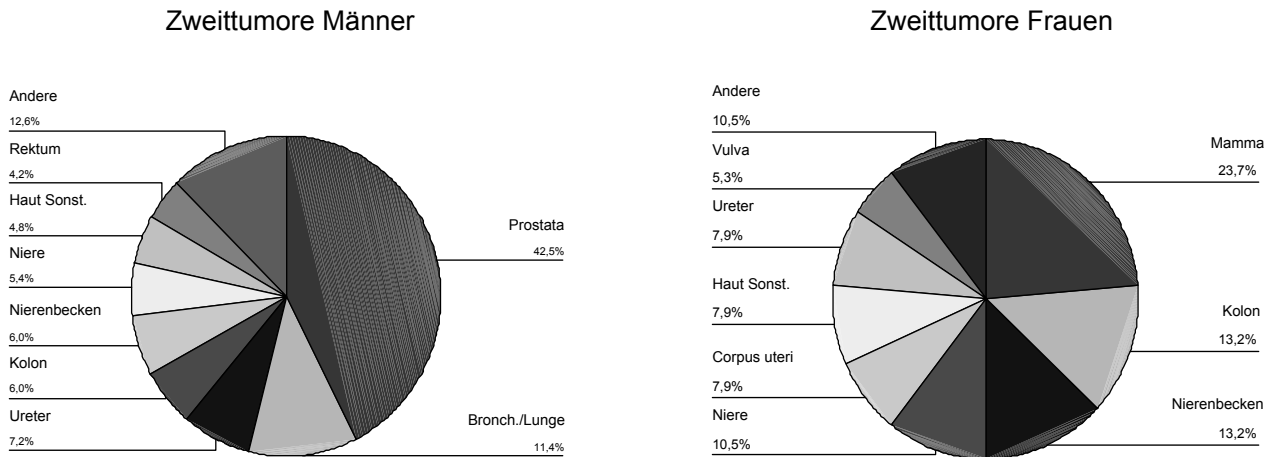
Im Tumorzentrum Regensburg wurden über 1200 Patienten aus den Jahren 1990 bis 1997 mit der Erstdiagnose Harnblasenkarzinom und einer regelmäßigen Nachsorge von mindestens 5 Jahren erfasst und dokumentiert.

Es handelt sich um 921 Männer (Mittleres Alter 65,4 Jahre) und 339 Frauen (Mittleres Alter 68,0 Jahre). Die Daten wurden aus den standardisierten Erstdiagnose-, Verlaufs- und Nachsorgebögen der niedergelassenen Ärzte und Kliniken der Oberpfalz/Bayern generiert. Die Dokumentation des Tumorzentrums erfolgt flächendeckend mit einer Erfassungsrate von über 80%, verlaufsbegleitend und umfasst alle bösartigen Neubildungen.

Weiterhin wurde für die häufigsten Zweittumoren (Prostatakarzinom, Bronchialkarzinom, Mammakarzinom und Colonkarzinom) ein geschlechts- und alterskorrigierter Vergleich der beobachteten Fälle mit Zweittumor zu den zu erwartenden Fällen durchgeführt. Dieser Vergleich erfolgte auf der Basis der Dokumentationsdaten des Tumorzentrums und ergibt ein Maß für die alterskorrigierte relative Zunahme der Inzidenz von Zweittumoren bei Patienten mit Harnblasenkarzinom im Beobachtungszeitraum.

Oberflächliche und invasive Harnblasenkarzinome unterscheiden sich grundsätzlich in ihrem biologischen und prognostischen Verlauf. Aus diesem Grund erfolgte eine Aufschlüsselung nach oberflächlichen und invasiven Harnblasenkarzinom im Patientenkollektiv mit Zweittumoren. Das relative Verteilungsmuster wurde mit dem Gesamtkollektiv der dokumentierten Patienten mit Harnblasenkarzinom verglichen.

**Abbildung 1: Prozentuale Verteilung der Zweitumoren bei 153 Männern und 35 Frauen mit Harnblasenkarzinom (Andere = Anteile < 3,0%)**



## Ergebnisse

Es zeigten sich bei 153 Männern (16,6%) und bei 35 Frauen (10,3%) Neuerkrankungen an Zweitumoren, vorwiegend im Nachsorgezeitraum von 5 Jahren nach Erstdiagnose eines Harnblasenkarzinoms (Abbildungen 1 und 2). Diese Häufigkeiten liegen bei

weitem über der altersspezifischen Inzidenz von onkologischen Erkrankungen in der Normalbevölkerung, ausgehend von den Daten der Tumordokumentation im Tumorzentrum Regensburg (Tabelle 1).

Bei den männlichen Patienten war das Prostatakarzinom gefolgt vom Bronchialkarzinom und dem Dickdarmkarzinom führend.

Bei den weiblichen Patienten überwog das Mammakarzinom gefolgt vom Dickdarmkarzinom.

Die relative Verteilung von oberflächlichen zu invasiven Blasenkarzinomen in dem Patientenkollektiv mit Zweitumoren unterscheidet sich nicht signifikant vom Gesamtkollektiv von Patienten mit Harnblasenkarzinom.

**Tabelle 1: Vergleich der beobachteten Fälle mit Zweitumor mit den nach Geschlecht, Alter und Tumorlokalisation im Beobachtungszeitraum erwarteten Fällen – ausgehend von den Daten der Tumordokumentation des Tumorzentrums**

Geschlecht	Zweitumor	Beobachtet	Erwartet	Relation <sup>1</sup>	(95%CI) <sup>2</sup>
Männer	Prostata	71	13,4	5,3	(4,2-6,7)
	Lunge	19	7,4	2,6	(1,6-4,1)
	Kolon	10	6,2	1,6	(0,8-3,1)
Frauen	Kolon	5	1,5	3,3	(1,2-8,3)
	Mamma	9	4,6	1,9	(1,0-3,9)

<sup>1</sup> Relation = Beobachtet / Erwartet

<sup>2</sup> 95%CI = 95%-Konfidenzintervall

### Was heißt dies für die tägliche Arbeit?

Es ist bekannt, dass unterschiedliche Tumoren häufig zeitlich versetzt auftreten. Jeder Urologe kennt diese Fälle.

Für Patienten mit z.B. Nierenzellkarzinom konnte nachgewiesen werden, dass das Risiko für ein Mammakarzinom, Prostatakarzinom, Magen-Darmtumoren, Blasenkarzinom und Non-Hodgkin-Lymphome als Zweittumor deutlich erhöht ist. Als Ursache für die erhöhte onkologische "Vulnerabi-

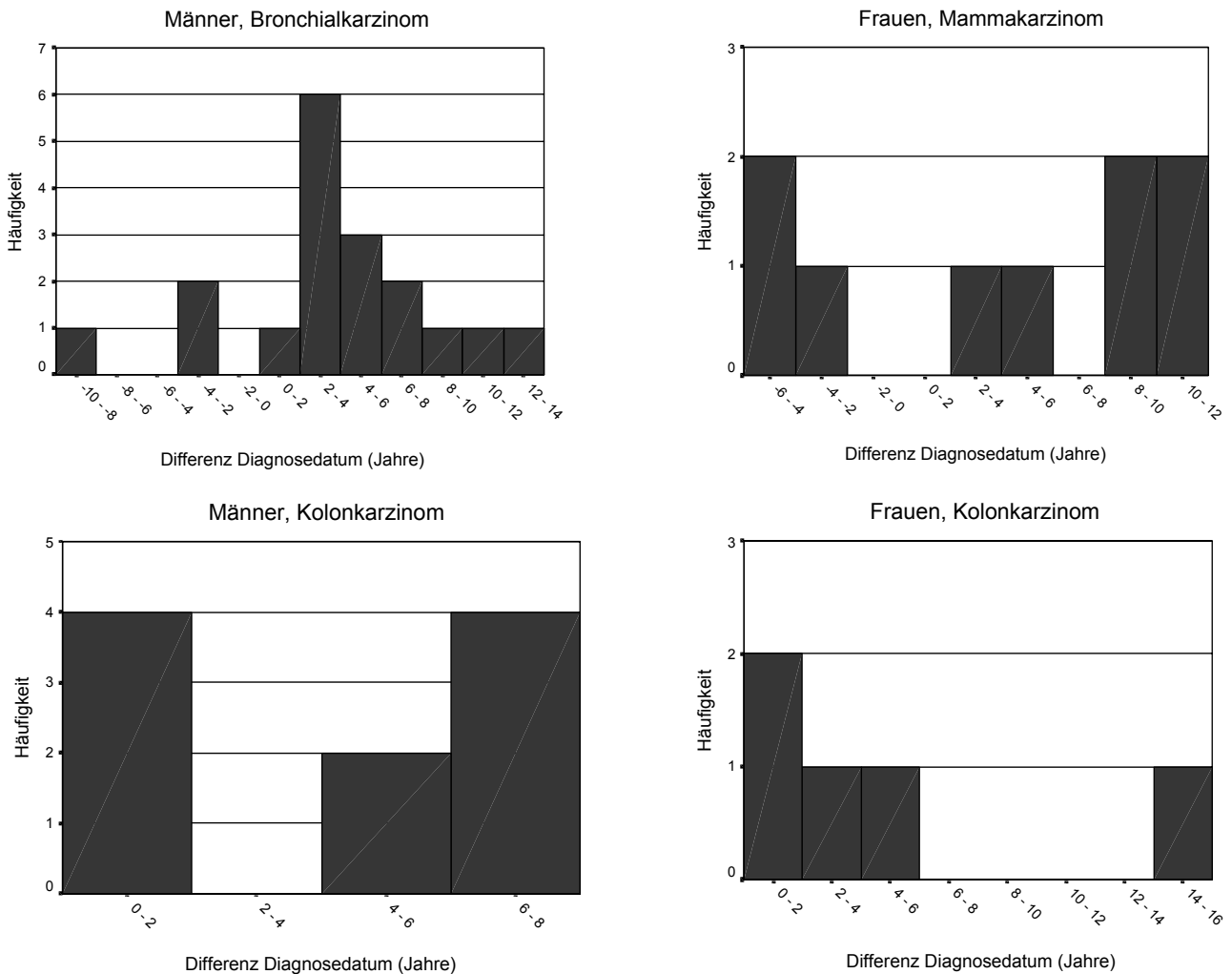
lität" bei diesen Patienten werden genetische Instabilitäten diskutiert, wobei kanzerogene Umweltfaktoren Einfluss nehmen und eine Korrelation zum erreichten Lebensalter besteht.

Auch für Harnblasenkarzinom konnte gezeigt werden, dass eine erhöhte Inzidenz an Zweittumoren besteht. Eine Hypothese hierzu ist, dass einige Patienten mit Harnblasenkarzinom molekularbiologische Charakteristika zeigen, die auch bei anderen epithelialen Zweittumoren relevant sind (genetische Aberrationen wie z.B. unterschiedliche

DNA-Methylierung, Tumorsuppressorgene etc.).

Die Untersuchung der Nachsorgedaten konnte retrospektiv zeigen, dass Patienten mit Harnblasenkarzinom ein deutlich erhöhtes Risiko für Zweittumoren aufweisen. Die Schwerpunkte für Zweittumoren liegen auf dem Prostatakarzinom, Bronchialkarzinom und Dickdarmkarzinom beim Mann sowie auf dem Mammakarzinom und Dickdarmkarzinom bei der Frau. Dies deckt sich mit publizierten Daten von älteren Serien aus Dänemark und Japan.

**Abbildung 2: Zeitintervall in Jahren zwischen Diagnose eines Zweittumors und Erstdiagnose eines Blasenkarzinoms bei Männern (Bronchialkarzinom und Kolonkarzinom) und bei Frauen (Mammakarzinom und Kolonkarzinom)**





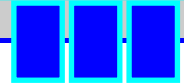


Tabelle 2 zeigt eine Übersicht der Nachsorgeleitlinien für das Harnblasenkarzinom nach den Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften AWMF.

Die onkologische Nachsorge wird bisher fast ausschließlich unter dem Aspekt eines Rezidivs oder Metastasierung des Primärtumors gesehen. Dies ist nur bedingt ausreichend, so zeigt sich, dass bei Rauchern nach einem Harnblasenkarzinom auch für andere Risikoorgane ein stark erhöhtes Zweittumorrisiko besteht. Aufgrund der Häufigkeit von Tumoren aus nicht-urologischen Fachgebieten scheint eine interdisziplinäre Nachsorge auch länger als 5 Jahre sinnvoll (Abbildung 2).

Hier ist insbesondere die Mammographie bei der Frau sowie der Hämoccult-Test + Coloskopie und Röntgenaufnahmen des Thorax bei beiden Geschlechtern zu nennen. Für die Coloskopie als relativ invasive Maßnahme ist anzumerken, dass die deutschen Kostenträger ab dem 55. Lebensjahr generell eine einmalige Untersuchung (alle 10 Jahre) im Rahmen der Vorsorge empfehlen.

Für Männer mit Harnblasenkarzinom ist eine Kontrolle des PSA-Wertes unabdingbar. Allerdings ist bisher nicht eindeutig belegt, dass Patienten mit einer intensiveren Nachsorge ein signifikant höheres Überleben aufweisen, wenn man von bestimmten Subgruppen absieht.

**Tabelle 2: Nachsorgeleitlinien der AWMF für das Harnblasenkarzinom**

#### Untersuchungsfrequenz nach Harnblasenkarzinom:

- 1. -2. Jahr alle 3 Monate
- 3. -4. Jahr alle 6 Monate
- ab 5. Jahr jährlich

#### Untersuchungsart nach TUR-B:

- Anamnese und klinischer Befund
- Zystoskopie
- Sonographie Niere/Blase/Restharn
- Evtl. Urinzytologie

#### Untersuchungsart nach radikaler Zystektomie:

- Anamnese und klinischer Befund
- Röntgen-Thorax
- Labor
- Sonographie Niere/Restharn (je nach Harnableitung)
- Urogramm, evtl. CT

#### Fazit für die Praxis

Patienten mit Harnblasenkarzinom weisen ein erhöhtes Risiko für unabhängige Zweittumoren auf. Besonderes Augenmerk ist neben dem Primärtumor bei Männern auf das Prostata-, Bronchial- und Dickdarmkarzinom zu richten. Bei Frauen sind das Mammakarzinom und Dickdarmkarzinom im Fokus.

Auf eine regelmäßige onkologische Nachsorge auch über 5 Jahre hinaus sollte nicht verzichtet werden.

Sinnvoll ist ein interdisziplinäres Nachsorgeschema für den einzelnen Patienten, welches individuelle Risikofaktoren berücksichtigt und in Zusammenarbeit zwischen Urologen und Hausarzt abgestimmt wird. Der Urologe kann hier eine Koordinierungsfunktion übernehmen.

#### Korrespondenzadresse

PD Dr. med. Theodor Klotz, MPH  
Klinik für Urologie und Kinderurologie, Klinikum Weiden  
Söllnerstr. 16, 92637 Weiden  
Email: klotz@klinikum-weiden.de

## Laparoskopische Therapie des Colonicarcinoms?

H. M. Höhne

Chirurgische Abteilung, Krankenhaus Burglengenfeld

Die laparoskopische Operationstechnik hat seit ihrer Einführung einen Siegeszug durch die Viszeralchirurgie geführt. Kein Organ, das nicht laparoskopisch anzugehen und kein Operationsziel, das nicht auch laparoskopisch zu erreichen ist. Nicht zuletzt von den Patienten kommt die Nachfrage nach dieser Technik:

Sie verspricht weniger belastend und blutsparender zu sein. Durch kleine Schnitte werden seltener Wundinfektionen und Bauchwandbrüche erwartet. Das kosmetische Ergebnis ist günstiger. Postoperative Schmerzen und Verweildauern werden positiv beeinflusst. Befürchtete Wund- bzw. Portmetastasen scheinen bei beiden Techniken unter entsprechenden Vorsichtsmaßnahmen in gleicher Weise selten zu sein.

Kein Wunder, dass die Laparoskopie auch in der onkologischen Chirurgie für wünschenswert gehalten wird. Zahlreiche Forschergruppen haben sich mit der Frage befasst, ob sich dieselben Radikalitätsprinzipien wie bei der herkömmlichen offenen Technik erzielen lassen, ob die gleichen Ergebnisse erreichbar sind und welche zusätzlichen Risiken zu erwarten sind. Viele Einzelbeobachtungen zeigten einen Vorteil für das laparoskopische Vorgehen auf. Allerdings stützten sie sich zumeist auf geringe Fallzahlen, die Nachbeobachtungszeiten waren zu kurz oder es fehlte die Randomisierung.

Die Arbeitsgruppe um A. M. Lacy von der Universität Barcelona hat in *The Lancet* eine Untersuchung veröffentlicht, die Schwächen früherer Arbeiten vermieden hat (Lacy et al. 2002). Sie hat im Zeitraum 1993 bis 1998 in ihre Studie 219 fortlaufende Patienten mit einem Adenocarcinom (nicht metastasierend) des Colons aufgenommen und randomisiert für offene und laparoskopische Operationen. Die Ergebnisse sind erstaunlich: außer den bekannten Vorteilen der laparoskopischen Operation konnten sie nachweisen, dass Tumorrezidive seltener vorkommen und dass die krebsbezogene Überlebensrate verbessert ist. Diese Aussagen verdienen es, sich mit dieser Arbeit eingehender zu beschäftigen. Ausgeschlossen wurden Rectum- und Transversumcarcinome. Letztere wohl wegen vermehrten technischen Aufwands. Die durchschnittliche Nachbeobachtung betrug 43 Monate. Jeweils 1 Patient ging verloren. Die Ergebnisse belegen eine klare Überlegenheit der Laparoskopie-Gruppe hinsichtlich postoperativer Komplikationen und Erholung von dem Eingriff.

Wenn die beiden Patientengruppen bezüglich Tumorrezidiv und Überleben verglichen wurden, ließ sich eine signifikante Überlegenheit der laparoskopisch Operierten (mit T3-Tumoren) nachweisen (cancerrelated  $p=0,006$ ). Zu beweisen galt ursprünglich, dass

die Überlebensraten der laparoskopisch Operierten nicht schlechter sind.

Wie ist dieses überraschende Ergebnis zu erklären? Durch die offene Methode komme es zu vermehrtem Stress der Immunität und damit zur Tumorprogression und Metastasenbildung. Es könne aber auch die intraoperative Manipulation zu Tumorzellverschleppung führen, so die Meinung der Autoren.

Ermutigt werden durch diese Arbeit alle, die schon bisher den Schritt zur laparoskopischen Colon-Onkologie über (noch nicht abgeschlossene) Studien gegangen sind. Dass mit entsprechendem know-how gleiches Resektionsausmaß möglich ist, war zu vermuten, dass die mittel- bis langfristigen Ergebnisse besser sind, ist neu.

### Literatur

Lacy AM, Garcia-Valdecasas JC, Delgado S, Castells A, Taura P, Pique JM, Visa J. Laparoscopy-assisted colectomy versus open colectomy for treatment of non-metastatic colon cancer: a randomised trial. *Lancet*. 2002; 359 (9325):2224-9.

### Korrespondenzadresse

Dr. med. H. M. Höhne  
Chirurgische Abteilung  
Krankenhaus Burglengenfeld  
Dr.-Sauerbruch-Str. 1  
93133 Burglengenfeld

## Deutschsprachige Gesundheitsportale im Internet

### Ergebnisse einer Untersuchung zur Qualität medizinischer Inhalte und deren technische Umsetzung in Gesundheitsportalen

D. Ebenbeck<sup>1</sup> und J. Swol-Ben<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis, Regensburg

<sup>2</sup> Klinik und Poliklinik für Chirurgie, Universitätsklinikum Regensburg

#### Einleitung

Gesundheitsportale im Internet vermitteln allgemeine Informationen über Erkrankungen, Therapiemöglichkeiten und Adressen von Kliniken und Ärzten. Chatrooms bzw. virtual communities ermöglichen einen direkten Kontakt zu anderen betroffenen Personen. Zusätzlich besteht meistens die Möglichkeit, Anfragen per E-mail an ein Ärzteteam zu senden. Gesundheitsportale können im Internet über Suchmaschinen aufgefunden werden, häufig findet man die Adressen auch in anderen Medien wie z.B. Zeitschriften zum Thema Gesundheit.

Die Qualität und der Umfang der im Internet angebotenen Leistungen variieren jedoch sehr stark, wie die hier vorgestellten Ergeb-

nisse einer systematischen und standardisierten Untersuchung zeigen.

Zu den bekanntesten und in dieser Untersuchung bewerteten deutschsprachigen Gesundheitsportalen gehören:

[www.almeda.de/home](http://www.almeda.de/home)

[www.campus-med.de](http://www.campus-med.de)

[www.gesundheit-pro.de](http://www.gesundheit-pro.de)

[www.krank.de](http://www.krank.de)

[www.lifeline.de](http://www.lifeline.de)

[www.medicine-worldwide.de](http://www.medicine-worldwide.de)

[www.meine-gesundheit.de](http://www.meine-gesundheit.de)

[www.netdoktor.de](http://www.netdoktor.de)

[www.qualimedic.de](http://www.qualimedic.de)

[www.surfmed.de](http://www.surfmed.de)

#### Untersuchung und Bewertung

Anhand von festgelegten Beurteilungskriterien wurden die Qualität der medizinischen Informationen und die technische Umsetzung dieser Projekte bewertet. Um die Kommunikationskompetenz zu prüfen, wurden zusätzlich Anfragen an die angegebenen Kontaktadressen per E-mail verschickt.

Die quantitative Gesamtbewertung erfolgte über die Summe von Punkten, die für die einzelne Kriterien vergeben wurden. Eine hohe Punktzahl spiegelt hierbei eine hohe Qualität wider. Wichtig hierbei ist die getrennte Bewertung der Inhalte und der Präsentation (siehe Abbildung 1).

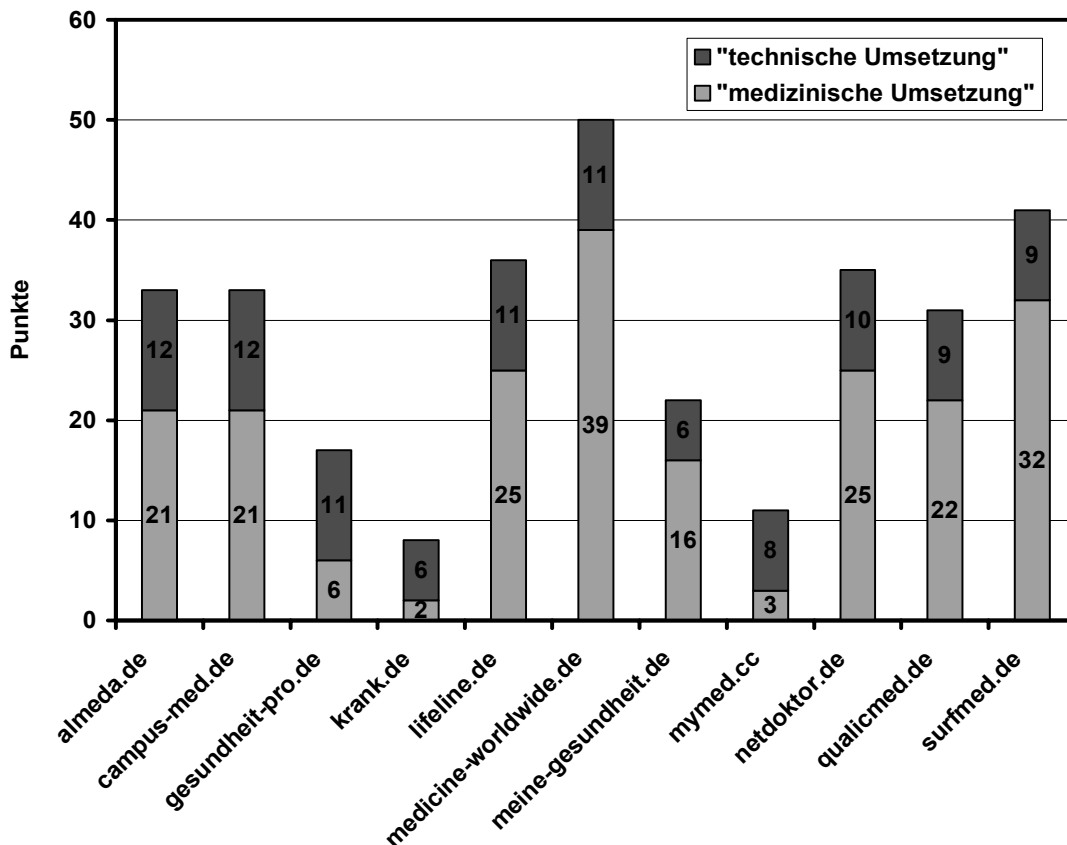
Eine zusammenfassende Beurteilung der Untersuchungsergebnisse zeigt Tabelle 1.

**Tabelle 1: Zusammenfassung der Ergebnisse einer Untersuchung von Gesundheitsportalen im Internet**

- Die Inhalte variieren sehr stark zwischen den einzelnen Anbietern.
- Die in den Gesundheitsportalen angebotenen Informationen sind häufig ungenau, unvollständig und unverständlich.
- Trotz der Verpflichtung einiger Internetangebote, sich an bestimmte Qualitätsstandards zu halten, werden diese in der Praxis oft nur unzureichend umgesetzt.
- Eine generelle Einschätzung der medizinischen Inhalte aufgrund des Erscheinungsbildes eines Gesundheitsportals kann durch den Benutzer nicht vorgenommen werden.
- Vorhandene technische Möglichkeiten zur Kommunikation werden von den meisten Seiten nur unzureichend in Anspruch genommen - dies schränkt den Nutzen für den Benutzer ein.
- Bei keinem der untersuchten Gesundheitsportale war z.B. die Möglichkeit der direkten Kontaktaufnahme zu einem medizinischen Experten mittels einer E-Mail-Anfrage zufriedenstellend gelöst.

**Abbildung 1: Ergebnisse der Untersuchung von elf Gesundheitsportalen\*:** Die Punktzahl für die Gesamtbewertung setzt sich zusammen aus einer Bewertung für die Qualität der medizinischen Informationen (erreichbare Punktzahl: 50) und deren technische Umsetzung (erreichbare Punktzahl: 16).

\* Aktueller Hinweis: qualicmed jetzt qualimedic, mymed nicht mehr präsent.



## Diskussion und Fazit

Die vorliegende Bewertung zeigt, dass die Umsetzung der Qualitätskriterien bei Gesundheitsportalen mangelhaft ist, sofern sich die Anbieter überhaupt bestimmten Qualitätskriterien verpflichtet sehen. Weiterhin zeigte sich, dass der Suchvorgang im Internet eine Menge an Treffern ergibt, aus denen der Informationssuchende nur sehr schwer erkennen kann, welche Angebote für ihn relevant sind.

Gesundheitsportale im Internet können in Zukunft eine wichtige Rolle im Gesundheitswesen spielen. Mit ihnen besteht die Möglichkeit, mit Ärzten, Versicherern, Selbsthilfegruppen, Wissenschaftlern und der zuliefernden Gesundheitsindustrie gezielt in Kontakt zu treten. Hauptnutzer sollen sowohl

Ärzte als auch Patienten sein. Diese Gruppen können hier unkompliziert tagesaktuelle, gesundheitsbezogene und seriöse Informationen finden.

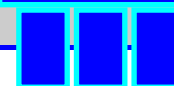
Um die Qualität der Inhalte von Gesundheitsportalen schnell und einfach bewerten zu können, ist die Einführung und Kontrolle von Gesundheitssiegeln eine wichtige und unabdingbare Voraussetzung. Weiterhin sollen strategische Partnerschaften zwischen den Erbringern qualitativ hochwertiger und zugleich neutraler gesundheitlicher Informationen (wissenschaftliche Institute und Kliniken) und den Anbietern kommerzieller Vertriebswege und Darstellungen im Internet eingegangen werden, um das jeweilige Wissen in die Gestaltung von Gesundheitsportalen einzubringen.

Bevor die noch vorhandenen Probleme mit der Darstellung medizinischer Informationen im Internet nicht beseitigt sind, sollten Patienten alle Informationen kritisch betrachten. Einen Arztbesuch kann ein noch so gut gemachter Internetauftritt eines Gesundheitsportals niemals ersetzen, schon weil wichtige diagnostische Hilfsmittel hier nicht zur Verfügung stehen.

### *Anschrift der Verfasser*

Dr. med. dent. Daniel Ebenbeck  
Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis  
Hochweg 25, Regensburg

Dr. med. Justyna Swol-Ben  
Klinik und Poliklinik für Chirurgie  
Universitätsklinikum Regensburg  
Franz-Josef-Strauß-Allee 11  
Regensburg



## Kongresskalender Onkologie 2004

Quellen: DKG, JCO, NCI/NIH, OncoLink, UICC u.a. (Auswahl)

Termin	Ort	Titel	Information / Kontakt
<b>April 2004</b>			
15.-17.04.	Wien	Frühjahrstagung der ÖGHÖ und der AHOP	www.oeghokongresse.at
24.04.	Regensburg	13. Regensburger Onkologie-Forum: Therapiemanagement kolorektaler Karzinome	Prof. Dr. E.-Dietrich Kreuser, Krankenhaus Barmherzige Brüder, Regensburg Prof. Dr. Reinhard Andreesen, Universitätsklinikum Regensburg Onkologischer Qualitätszirkel Regensburg Tumorzentrum Regensburg e.V., www.tumorzentrum-regensburg.de
<b>Juni 2004</b>			
05.-08.06.	New Orleans	40th ASCO American Society of Clinical Oncology Annual Meeting	
07.-11.06.	Heidelberg	ESPR 2004 - European Society of Paediatric Radiology	
10.-13.06.	Genf	EHA-9: 9th Annual Meeting of the European Haematology Association	www.eurocongres.com/eha2004
10.-13.06.	Erfurt	10. Jahreskongress der DEGRO	E-Mail: thomas.wendt@med.uni-jena.de
17.-19.06.	Barcelona	World Congress on Gastrointestinal Cancers (formerly Perspectives in Colorectal Cancer)	
18.-19.06.	Düsseldorf	5. Düsseldorfer Symposium: Mammakarzinom-Behandlung - eine multidisziplinäre Herausforderung	Amelie Aengeneyndt, Kongressorganisation GmbH, Postfach 310307, 40482 Düsseldorf, Tel 0211/4790-439, Fax 0211/4790-964, email info@aaakongress.de, www.aaakongress.de
<b>Juli 2004</b>			
03.-06.07	Innsbruck	18th Meeting of the European Association for Cancer Research	
22.-24.07.	Zürich	The International Skin Cancer Congress	
<b>September 2004</b>			
23.-25.09	Gdansk, Polen	9th Central European Lung Cancer Conference	
24.-28.09.	Istanbul	30th World Congress of the International Society of Hematology (ISH)	
28.09.-01.10.	Genf	16th EORTC/AACR/NCI 2004 Symposium on "Molecular Targets on Cancer Therapeutics"	



## Kongresskalender Onkologie 2004

Quellen: DKG, JCO, NCI/NIH, OncoLink, UICC u.a. (Auswahl)

Termin	Ort	Titel	Information / Kontakt
<b>Oktober 2004</b>			
02.-06.10.	Innsbruck	Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaften für Hämatologie und Onkologie	www.dghokongress2004.com
03.-07.10.	Atlanta, USA	ASTRO 46th Annual Scientific Meeting of the American Society for Therapeutic Radiology and Oncology	www.astro.org
03.-08.10.	Edinburgh, UK	10th Biennial Meeting of the International Gynecologic Cancer Society	www.icgs.org
29.10.-02.11.	Wien	29th ESMO (European Society for Medical Oncology) Congress	
<b>Dezember 2004</b>			
03.-07.12.	San Diego, USA	ASH American Society of Hematology: 46th Annual Meeting	www.hematology.org
08.-11.12.	San Antonio, USA	27th Annual San Antonio Breast Cancer Symposium	Contact: www.sabcs.saci.org

## Neue Projektgruppe „Pädiatrische Onkologie“ am Tumorzentrum Regensburg

Am 18. März 2004 wurde die Projektgruppe Pädiatrische Onkologie am Tumorzentrum Regensburg gegründet (Sprecher: PD Dr. Johannes Wolff und Dr. Odo-Winfried Ullrich). Die hierbei gebildeten Arbeitsgruppen befassen sich mit den Themen:

- Erstellung von Empfehlungen
- Koordination der Erstversorgung
- Nachsorge / Spätfolgen
- Fortbildung (Ärzte, Pflegepers.)
- Patienteninformation, Hilfe für Betroffene

Bei Interesse an einer Mitarbeit in der Projektgruppe im Rahmen der bestehenden Arbeitsgruppen oder auch weiterer Projekte steht Ihnen das Tumorzentrum gerne zur Verfügung.

### Teilnehmer der Gründungsversammlung

Herr Luigi Abbate	Frau Dr. med. Sonja Hofmann	Herr Dr. med. Gregor Schönecker
Frau Stephanie Dannecker	Herr Dr. med. Georg Hübner	Herr Dr. med. Peter Stadler
Herr Dr. med. Wilfried Eggert	Herr Dr. med. Michael Kroehling	Herr Dr. med. Odo-Winfried Ullrich
Frau Dr. med. Brigitte Ernst	Herr Ove Peters	Herr Horst Valder
Frau Dr. med. Monika Friedrich	Frau cand. med. Marion Pilz	Frau Julia von Seiche
Herr Dr. med. Oliver Fuchs	Herr Dr. med. Stefan Potel	Frau Dr. med. Sabine Wagner
Frau Gerda Gärtner	Herr Dr. med. Bertram Roßkopf	Herr PD Dr. med. Johannes Wolff
Herr Dr. med. Armin Haeffner	Herr Dr. med. Peter Schmittenebecher	

### Weitere Mitglieder

Frau Dr. med. Friederike Bürger	Frau Dipl.-Soz. Päd. Andrea Höfer	Herr Dr. med. Siegfried Prenninger
Frau Gaby Eisenhut	Herr Dr. med. Reinhard Hoffmann	Herr Prof. Dr. med. Hugo Segerer
Drs. Fischer Simon Burg	Frau Prof. Dr. med. Birgit Lorenz	Frau Dr. med. Daniela Thron
Herr Prof. Dr. med. Manfred Herbst	Herr Dr. med. Roland Mayer	Herr Dr. med. German Tretter
Frau Dr. med. Daniela Heuschmann	Frau Franziska Niessen,	Herr Dr. med. Hans-Joachim Wypior
Frau Birgit Hirschmann	Frau Dr. med. Heike Polster	

## Projektgruppen am Tumorzentrum Regensburg

Ziel der am Tumorzentrum bestehenden Projektgruppen ist die Verbesserung der Kooperation und Kommunikation zwischen den behandelnden Ärzten und die Erarbeitung von Empfehlungen in Diagnose, Therapie, Rehabilitation und Nachsorge auf der Basis bestehender Leitlinien und des aktuellen regionalen Versorgungsstandes in der Oberpfalz.

Das im Herbst 2003 in Neuauflage erschiene Manual

### Tumorzentrum Regensburg Empfehlungen der Projektgruppen

enthält eine ausführliche Beschreibung der erarbeiteten Diagnose- und Behandlungsstrategien. Der Text des Manuals ist zusätzlich abrufbar auf der Homepage des Tumorzentrums [www.tumorzentrum-regensburg.de](http://www.tumorzentrum-regensburg.de).

Eine Mitarbeit in den Projektgruppen ist jederzeit möglich und willkommen. Auskunft erteilen die Sprecher der einzelnen Gruppen und das Tumorzentrum Regensburg e.V.

Projektgruppe	Sprecher	
<b>Bronchialkarzinom</b>	Dr. Friedrich von Bültzingslöwen Dr. Robert Dengler	Krankenhaus Donaustauf Schwerpunktpraxis für Hämatologie und internistische Onkologie, Regensburg
<b>Kolorektales Karzinom</b>	Prof. Dr. Hans J. Schlitt Prof. Dr. Ernst-Dietrich Kreuser	Klinik und Poliklinik für Chirurgie, Universitätsklinikum Regensburg Klinik für Internistische Onkologie und Hämatologie, Krankenhaus Barmherzige Brüder, Regensburg
<b>Lymphome</b>	Prof. Dr. Reinhard Andreesen	Abteilung für Hämatologie und Internistische Onkologie, Universitätsklinikum Regensburg
<b>Malignes Melanom</b>	Priv.-Doz. Dr. Thomas Vogt Prof. Dr. Andreas Mackensen	Klinik und Poliklinik für Dermatologie, Abteilung für Hämatologie und Internistische Onkologie, Universitätsklinikum Regensburg
<b>Mammakarzinom</b>	Prof. Dr. Olaf Ortmann Dr. Robert Dengler	Abteilung für Gynäkologie, Caritas-Krankenhaus St. Josef, Regensburg Schwerpunktpraxis für Hämatologie und internistische Onkologie, Regensburg
<b>Prostatakarzinom</b>	Prof. Dr. Wolf Ferdinand Wieland Dr. Peter Stockmann	Abteilung für Urologie, Caritas-Krankenhaus St. Josef, Regensburg Urologe, Regensburg
<b>ZNS-Tumore</b>	Prof. Dr. Ulrich Bogdahn	Klinik und Poliklinik für Neurologie, Bezirksklinikum Regensburg
<b>Einheitlicher Arztbrief – digitaler Arztbrief</b>	Prof. Dr. Ferdinand Hofstädter	Institut für Pathologie, Universitätsklinikum Regensburg
<b>Ovariakarzinom</b>	PD Dr. Birgit Seelbach-Göbel	Abteilung für Gynäkologie, Klinik St. Hedwig, Regensburg
<b>Magenkarzinom</b>	Prof. Dr. Johannes Dobroschke Prof. Dr. Rainer Paul Wirsching	Allgemeinchirurgie, Krankenhaus Barmherzige Brüder, Regensburg Abteilung für Chirurgie, Caritas-Krankenhaus St. Josef, Regensburg
<b>Harnblasenkarzinom</b>	Prof. Dr. Wolf Ferdinand Wieland Dr. Peter Stockmann	Abteilung für Urologie, Caritas-Krankenhaus St. Josef, Regensburg Urologe, Regensburg
<b>Palliativmedizin</b>	Dr. Elisabeth Albrecht Prof. Dr. Peter Größ	Allgemeinmedizin, Regensburg Krankenhaus Barmherzige Brüder, Regensburg
<b>Ärzte gegen Rauchen</b>	Prof. Dr. Ernst-Dietrich Kreuser Prof. Dr. Michael Pfeifer Dr. Friedrich von Bültzingslöwen	Klinik für Internistische Onkologie und Hämatologie, Krankenhaus Barmherzige Brüder, Regensburg Krankenhaus Donaustauf
<b>Pädiatrische Onkologie</b>	PD Dr. Johannes Wolff Dr. Odo-Winfried Ullrich	Abt. für Pädiatrische Onkologie, Klinik St. Hedwig Neurochirurgie, Universitätsklinikum Regensburg

## Onkologisches Colloquium des Tumorzentrums und Fortbildung der Klinik für Internistische Onkologie und Hämatologie am Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg

Im Rahmen des Onkologischen Colloquiums und der Fortbildungsseminare am Krankenhaus Barmherzige Brüder stellen Fachabteilungen von Krankenhäusern, Universitätsklinikum und niedergelassene Ärzte problematische **Einzelfälle** vor, für die im Rahmen einer interdisziplinären Diskussion zwischen Chirurgen, Radiologen, Onkologen, Internisten und Pathologen eine optimale Behandlungsstrategie empfohlen wird. Weiterhin werden **Fachvorträge** aus dem onkologischen Themenbereich angeboten.

Um auch die Krankenhäuser und Ärzte an der Peripherie der Oberpfalz besser in das Onkologische Colloquium zu integrieren, wurde die **Telemedizin** etabliert. Aufgrund dieser Übertragungsmöglichkeit können auch niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser an der Peripherie der Oberpfalz ihre problematischen Einzelfälle im Onkologischen Colloquium vorstellen und die Fachvorträge mitverfolgen.

Das Onkologische Colloquium findet im zweiwöchigen Abstand mittwochs um 17 Uhr statt.

Die Referate werden entweder vom Hörsaal des Instituts für Pathologie am Universitätsklinikum Regensburg oder vom Konferenzraum B der Klinik für Internistische Onkologie und Hämatologie am Krankenhaus Barmherzige Brüder aus übertragen. Die aktuellen Termine und Themen finden Sie auf der homepage des Tumorzentrums ([www.tumorzentrum-regensburg.de](http://www.tumorzentrum-regensburg.de)). **Anmeldungen für Fälle** nimmt das Tumorzentrum unter der Rufnummer 0941 / 9 43 – 18 03 entgegen.

Vorträge 2004 17:00	Thema	Referent/in
Mittwoch, 14.01.2004 Universitätsklinikum	Bericht über das 25. San Antonio Breast Cancer Symposium	Prof. Dr. Olaf Ortmann, Direktor der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Universität Regensburg am KH St. Josef
Mittwoch, 28.01.2004 KH Barmherzige Brüder	Pathogenese, Diagnostik und Therapie cerebraler Lymphome	Frau Priv.-Doz. Dr. Korfel, Universitätsklinikum Charité, Campus Benjamin Franklin, Abteilung Hämatologie/Onkologie und Transfusionsmedizin, Berlin
Mittwoch, 11.02.2004 Universitätsklinikum	Sentinel Lymphknoten – Diagnostik bei Mundhöhlenkarzinomen – aktueller Stand (Bericht DÖSAK-Workshop 2003)	Priv.-Doz Dr. Dr. Ralf Dammer, Facharzt Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie, Klinikum St. Elisabeth, Straubing
Mittwoch, 25.02.2004 KH Barmherzige Brüder	Therapieoptimierung beim Mammakarzinom: Neue Daten zu Herceptin und Bisphosphonaten	Dr. Diana Lüftner, Abteilung für Hämatologie/Onkologie, Charité Berlin
Mittwoch, 11.03.2004 Universitätsklinikum	Therapie des lokoregionären Prostatakarzinoms mit hochfokussiertem, intensivem Ultraschall (HIFU)	Dr. Blana, Urologische Klinik am Caritas-Krankenhaus St. Josef, Regensburg
Mittwoch, 24.03.2004 KH Barmherzige Brüder	Therapiestrategien beim älteren Patienten mit kolorektalem Karzinom	Priv.-Doz Dr. G. Hartung, Abteilung Hämatologie/Onkologie, Universität Rostock
Mittwoch, 21.04.2004 KH Barmherzige Brüder	Klinische Bedeutung von Mikrometastasen	Prof. Dr. G. Schlimok, II. Medizinische Klinik, Klinikum Augsburg
Mittwoch, 19.05.2004 KH Barmherzige Brüder	Molekularbiologische Diagnostik der minimalen Resterkrankung bei hämatologischen Neoplasien	Priv.-Doz. Dr. A. Hochhaus, Klinikum Mannheim
Mittwoch, 16.06.2004 KH Barmherzige Brüder	Neurologische paraneoplastische Syndrome bei Tumorerkrankungen	Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Grisold, Kaiser-Franz-Josef-Spital, Wien
Mittwoch, 14.07.2004 KH Barmherzige Brüder	Gamma-Knife-Radiochirurgie bei multiplen Hirnmetastasen	Priv.-Doz. Dr. med. habil. Berndt Wowra, Neurochirurg, München

## Onkologische Qualitätszirkel der Oberpfalz

Die Onkologischen Qualitätszirkel der Oberpfalz, denen insgesamt über 500 Ärzte angehören, sind entsprechend den Regionen flächendeckend organisiert. Jährlich werden über 20 **Fortbildungsveranstaltungen** zu onkologischen Themen in den Qualitätszirkeln angeboten.

Zudem wird die Möglichkeit der **Fallvorstellung und -diskussion** geboten. Hierbei können im Kreis der Kolleginnen und Kollegen und zusammen mit den Referenten themenzugehörige Einzelfälle besprochen werden. Die Fortbildungsveranstaltungen werden von

der Bayerischen Landesärztekammer und der AIO (Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie) anerkannt.

In der Broschüre **15. Fortbildungsprogramm 2004** erfahren Sie Näheres über die Veranstaltungen.

Qualitätszirkel Vorsitzende/r Anschrift	Datum 2004	Thema	Referent/in
<b>Amberg</b> Dr. med. Harald Koenig Egererstraße 32 92224 Amberg Tel.: 096 21 - 3 12 33	21. April	<b>Hormonersatztherapie und Brustkrebsrisiko</b>	Prof. Dr. med. Anton Scharl
	14. Juli	<b>Diagnostik und Therapie des Pankreaskarzinoms</b>	Prof. Dr. med. W. Hohenberger
<b>Cham</b> Dr. med. Helmut Axmann Marktplatz 10 93413 Cham Tel.: 0 99 71 – 60 27	12. Mai	<b>Tumore im Kindesalter</b>	PD Dr. med. Johannes Wolff
	30. Juni	<b>Genetik und Krebs</b>	PD Dr. med. Frank Kullmann
	06. Okt.	<b>Urologische Tumore</b>	Prof. Dr. med. Wolfgang Rößler
	10. Nov.	<b>Chemotherapie bei älteren und multimorbiden Tumorpatienten</b>	Dr. med. Robert Dengler
<b>Neumarkt i. d. Opf.</b> Dr. med. Gerfrid Vogel Pointgasse 5 92318 Neumarkt Tel.: 0 91 81 - 26 11 22	17. März	<b>Diagnostik und Therapie des Pankreaskarzinoms</b>	Prof. Dr. med. Rainer Paul Wirsching PD Dr. med. Frank Kullmann
	26. Mai	<b>Onkologische Fallvorstellungen</b>	
	07. Juli	<b>Stammzelltransplantation</b>	Prof. Dr. med. Ernst Holler
	29. Sept.	<b>Chemotherapie bei älteren und multimorbiden Tumorpatienten</b>	Dr. med. Robert Dengler
<b>Regensburg</b> Dr. med. Robert Dengler Bahnhofstraße 24 93047 Regensburg Tel.: 09 41 - 56 63 42	10. Nov.	<b>Onkologische Fallvorstellungen</b>	
	24. April	<b>Therapiemanagement kolorektaler Karzinome</b>	13. Regensburger Onkologie-Forum
	17. Juni	<b>Magenkarzinom</b>	Prof. Dr. med. Rainer Paul Wirsching
<b>Schwandorf</b> Dr. med. Waltraud Pschorn Ortenburger Str. 8 92431 Neunburg Tel.:096 72 – 9 14 04	21. Okt.	<b>Diagnostik und Therapie von Uterustumoren</b>	PD Dr. med. Birgit Seelbach-Göbel Dr. med. Michael Allgäuer
	31. März	<b>Tumorschmerztherapie</b>	Dr. med. L. Fischer von Weikersthal
	15. Sept.	<b>Stammzelltransplantation</b>	Prof. Dr. med. Ernst Holler
<b>Tirschenreuth</b> Dr. med. Wolfgang Ries Egererstraße 30c 95652 Waldsassen Tel.: 096 32 – 16 61	10. Nov.	<b>HNO-Tumore</b>	Prof. Dr. med. Jürgen Strutz u.a.
	28. April	<b>Hormonersatztherapie und Brustkrebsrisiko</b>	Prof. Dr. med. Olaf Ortmann
	05. Juli	<b>Diagnostik und Therapie von Uterustumoren</b>	Dr. med. Horst Fabriz
	20. Sept.	<b>Mammakarzinom – News 2004</b>	Prof. Dr. med. Harbeck
<b>Weiden</b> Dr. med. Wolfgang Rechl Kettelerstraße 3 92637 Weiden Tel.: 09 61 – 3 33 68	27. Okt.	<b>Kolorektales Karzinom</b>	
	13. Mai	<b>Stammzelltransplantation</b>	Prof. Dr. med. Ernst Holler
	15. Juli	<b>HNO-Tumore</b>	Prof. Dr. med. Jürgen Strutz u.a.
	11. Nov.	<b>Diagnostik und Therapie von Uterustumoren</b>	Dr. med. Horst Fabriz

## Seminar Palliativmedizin Sommersemester 2004

Ort: Mikroskopiersaal des Pathologischen Institutes am Universitätsklinikum Regensburg  
Zeit: 19:00 h – 20:30 h

Termine 2004	Thema	Referentin/Referent
22. 04.	<b>Prinzipien der Palliativmedizin</b>	Herr Prof. Gruß
06. 05.	<b>1. Teil Symptomkontrolle: Allgemeine Einführung</b>	Frau Dr. Winter
27. 05.	<b>2. Teil Symptomkontrolle: Schmerz, Atemnot, Praktische Übungen</b>	Frau Dr. Lins
17. 06.	<b>Juristische Aspekte, Verfügung, Betreuung, Vormundschaft, Ernährung</b>	Herr Dr. Stauder
01. 07.	<b>Besuch der Palliativstation, Entlassungsmanagement, Netz Ambulante Dienste, Betreuung zuhause</b>	Herr Prof. Gruß Frau Dr. Winter
15. 07.	<b>Sterbeprozess, Sterbebegleitung, Angehörige, Trauerarbeit</b>	Forum (Seelsorger, Ärzte, Hospizverein u.a.)

### Neuroonkologische Fallkonferenzen der Projektgruppe ZNS-Tumore am Tumorzentrum Regensburg

Die Neuroonkologischen Fallkonferenzen finden am ersten Dienstag eines Monats um 17:30 statt, abwechselnd ausgerichtet von der Klinik und Poliklinik für Neurologie am Bezirksklinikum Regensburg, von der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie am Universitätsklinikum und von der Abteilung für Strahlentherapie am Krankenhaus Barmherzige Brüder in Regensburg.

Die Veranstaltungen werden von der Bayerischen Landesärztekammer und der AIO (Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie) anerkannt.

Bei Interesse an der monatlichen **Zusendung der Einladungen zu den Fallkonferenzen und Informationen der Projektgruppe ZNS-Tumore** (per Post oder e-mail) wenden Sie sich bitte an das Tumorzentrum Regensburg e.V.

Gemeinsam mit den Einladungen versenden wir auch gerne von Ihnen bereitgestelltes **Informativmaterial, z.B. über Studien, Veranstaltungen und aktuelle Berichte aus dem neuroonkologischen Fachbereich**. Bitte schicken Sie dieses an:  
Tumorzentrum Regensburg e.V.  
Leitstelle Onkologie  
z. H. Dr. med. M. Gerken  
Yorckstr. 15, 93049 Regensburg  
e-mail: [tuz-regensburg@kvb.de](mailto:tuz-regensburg@kvb.de)

Termine 2004 Dienstags, 17:30	Ansprechpartner	Ort
13. 01.	Dr. med. Winfried Ullrich	Universitätsklinikum - Neurochirurgie
03. 02.	Dr. med. Peter Hau	Bezirksklinikum - Neurologie
02. 03	Dr. med. Michael Allgäuer	KH Barmherzige Brüder - Strahlentherapie
06. 04.	Dr. med. Winfried Ullrich	Universitätsklinikum - Neurochirurgie
04. 05	Dr. med. Peter Hau	Bezirksklinikum - Neurologie
01. 06	Dr. med. Michael Allgäuer	KH Barmherzige Brüder - Strahlentherapie
06. 07	Dr. med. Winfried Ullrich	Universitätsklinikum - Neurochirurgie
05. 10	Dr. med. Peter Hau	Bezirksklinikum - Neurologie
09. 11	Dr. med. Michael Allgäuer	KH Barmherzige Brüder - Strahlentherapie
07. 12	Dr. med. Winfried Ullrich	Universitätsklinikum - Neurochirurgie



## 13. Regensburger Onkologie-Forum

### Therapiemanagement kolorektaler Karzinome

Verbesserte Lebensqualität und Überlebenszeit als Therapieziel

für Ärzte, Patienten und Interessierte

**Samstag, den 24. April 2004, 09.00-13.00 Uhr**

Richard-Pampuri-Haus, Krankenhaus Barmherzige Brüder, Regensburg

Veranstalter: Krankenhaus Barmherzige Brüder, Klinikum der Universität,  
Onkologischer Qualitätszirkel am Tumorzentrum Regensburg  
Ärztlicher Kreisverband, Bayerische Landesärztekammer

Leitung: Prof. Dr. med. E.-D. Kreuser, Prof. Dr. med. R. Andreesen

#### Einführung: Prof. Kreuser

#### Vorsitz: Prof. Reichle, OA Dr. Henlein

9.00- 9.05 Kasuistik: Was heute erreicht werden kann  
*FOA Dr. Stauder*

9.05- 9.25 Verbesserte Operationstechniken am  
Primärtumor  
*Prof. Schlitt*

9.25- 9.45 Neoadjuvante Therapieansätze durch  
Radio-Chemotherapie beim  
Rektumkarzinom  
*CA Dr. Allgäuer*

9.45-10.05 Neuenwicklungen adjuvanter Therapien  
PD Dr. Kullmann

10.05-10.25 VEGF/EGF-Rezeptorantagonisten –  
Fortschritte in der molekularen Therapie  
des Kolon-Karzinoms  
*Dr. Steinbrecher*

#### Vorsitz: Prof. Schlitt, Dr. Dengler

10.45-11.05 Chemotherapie im metastasierten Stadium:  
Höheres Überleben und bessere  
Lebensqualität durch neue Zytostatika  
*OA Dr. Schenk*

11.05-11.25 Sinnvolle Metastasen Chirurgie  
*Prof. Dobroschke*

11.25-11.45 Lebensqualität unter wöchentlicher  
Chemotherapie: Was ist dem Patienten  
zumutbar?  
*Frau Hubmann*

11.45-12.05 Screening, Diagnostik und Nachsorge  
durch den Hausarzt: Was ist sinnvoll, was  
ist Kassenleistung?  
*Dr. Bawidamann*

#### Resümee: Prof. Andreesen

## Adressen des Tumorzentrums Regensburg

**Tumorzentrum Regensburg e.V.**  
Universitätsklinikum

Franz-Josef-Strauß-Allee 11  
93053 Regensburg

Tel.: 0941/943 - 1803/1804/1805

Fax: 0941/943 - 1802

e-mail: [zentrum.tumor@klinik.uni-regensburg.de](mailto:zentrum.tumor@klinik.uni-regensburg.de)

**Tumorzentrum Regensburg e.V.**  
Leitstelle Onkologie bei der KV Bayerns  
Bezirksstelle Oberpfalz

Yorckstr. 15  
93049 Regensburg

Tel.: 0941/3963 – 185 oder 157

Fax: 0941/3963 – 158

e-mail: [tuz-regensburg@kvb.de](mailto:tuz-regensburg@kvb.de)

[www.tumorzentrum-regensburg.de](http://www.tumorzentrum-regensburg.de)

## Mitarbeiter/innen des Tumorzentrums

**Geschäftsführung:**

Dr. med. Monika Klinkhammer-Schalke

**Koordination:**

Dr. med. Michael Gerken

**Sekretariat:**

Alexandra Beutl

Andrea Müller

**Studienkoordination:**

Dipl. Psych. Christoph Jakob

Dr. med. Brunhilde Steinger

**Informatik / EDV:**

Marko Gerstenhauer

Armin Pauer

Jens Tyrra

**Dokumentation:**

Manuela Bauer

Marion Beier

Martina Englbrecht

Sabine Fleischmann

Sonja Frohnauer

Marion Gebhardt

Andrea Gerner

Christine Glötzl

Elisabeth Hartmann

Martina Kirchberger

Lydia Schmid

Kristina Vetter

Doris Weinberger

## Vorstand des Tumorzentrums

Dr. med. Michael Allgäuer

Prof. Dr. med. Reinhard Andreesen

Dr. med. Robert Dengler

Herr Peter Einhell

Dr. med. Brigitte Ernst

Prof. Dr. med. Manfred Herbst

Prof. Dr. med. Ferdinand Hofstädter

Priv.-Doz. Dr. med. Rainer Keerl

Prof. Dr. med. Ernst-Dietrich Kreuser

Prof. Dr. med. Olaf Ortman

Dr. med. Franz Josef Riedhammer

Dr. med. Gert Rogenhofer

Dr. med. Siegbert Weidenhiller

Strahlentherapie, Krankenhaus Barmherzige Brüder, Regensburg

Intern. Onkologie u. Hämatologie, Universitätsklinikum Regensburg

Hämatologie und Internistische Onkologie, Regensburg

Geschäftsführer KVB - Bezirksstelle Oberpfalz, Regensburg

Allgemeinmedizin, Bad Abbach

Strahlentherapie, Universitätsklinikum Regensburg

Vorstandsvorsitzender TUZ, Pathologie, Universitätsklinikum Regensburg

HNO-Heilkunde, Klinikum St. Elisabeth, Straubing

Intern. Onkol. u. Hämatol., Krankenhaus Barmherzige Brüder, Regensburg

Gynäkologie, Caritas-Krankenhaus St. Josef, Uniklinikum Regensburg

Innere Medizin, Krankenhaus Burglengenfeld

Allgemeinmedizin, Vorsitzender KVB - Bezirksst. Oberpfalz, Regensburg

Innere Medizin, Regensburg

## Impressum

**TUZ-Journal****Aktuelles aus der Onkologie****Herausgeber**

Tumorzentrum Regensburg e.V.

**Redaktion**

Prof. Dr. med. Reinhard Andreesen

Dr. med. Michael Gerken

Dr. med. Albert Pronath

Dr. med. Christof Schäfer

Dr. med. Siegbert Weidenhiller

**Redaktionsbüro und Bezug**

Tumorzentrum Regensburg e.V.

Leitstelle Onkologie

bei der KV Bayerns

Bezirksstelle Oberpfalz

Yorckstr. 15

93049 Regensburg

Telefon 0941 / 39 63 185

0941 / 39 63 157

Fax 0941 / 39 63 158

e-mail [tuz-regensburg@kvb.de](mailto:tuz-regensburg@kvb.de)

Dr. med. Michael Gerken

(verantwortlich)

Alexandra Beutl

(Sekretariat)

**Druck und Verlag**

Studio Druck

Hermann-Köhl-Straße 6

93049 Regensburg

© Tumorzentrum Regensburg e.V.

ISSN 1617- 8904