

14. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie

Integrierte Versorgung 2005 bei Patienten mit
Lungenkarzinom
Quo Vadis?

Dr. Christel Lauer
Prof. Dr. D. Kaiser



HELIOS Klinikum E. v. Behring, Klinik für Thoraxchirurgie, Heckeshorn



Behandlungspfad Bronchialcarcinom – welche Schritte sind aus thoraxchirurgischer Sicht notwendig?

Dr. Christel Lauer

Prof. Dr. D. Kaiser



Ziele des Behandlungskonzeptes: Verbesserte Versorgung der betroffenen Patienten



- Direkter Kontakt zwischen Zuweisern u. Klinik
- Garantie der zügigen Aufnahme der Patienten
- Schnelle Terminvergabe – schnelle Vorabklärung – zügiger Behandlungsablauf
- Frühzeitige Information der Zuweiser
- Frühzeitige Festlegung: ggf. adjuvantes / neoadjuvantes Konzept
- Ansprechpartner Klinik – rund um die Uhr erreichbar
- Gemeinsamer Fortbildungszirkel – Qualitätssicherung



Patient
(Symptome)



Hausarzt
(Rö-Thorax:
patholog. Befund)



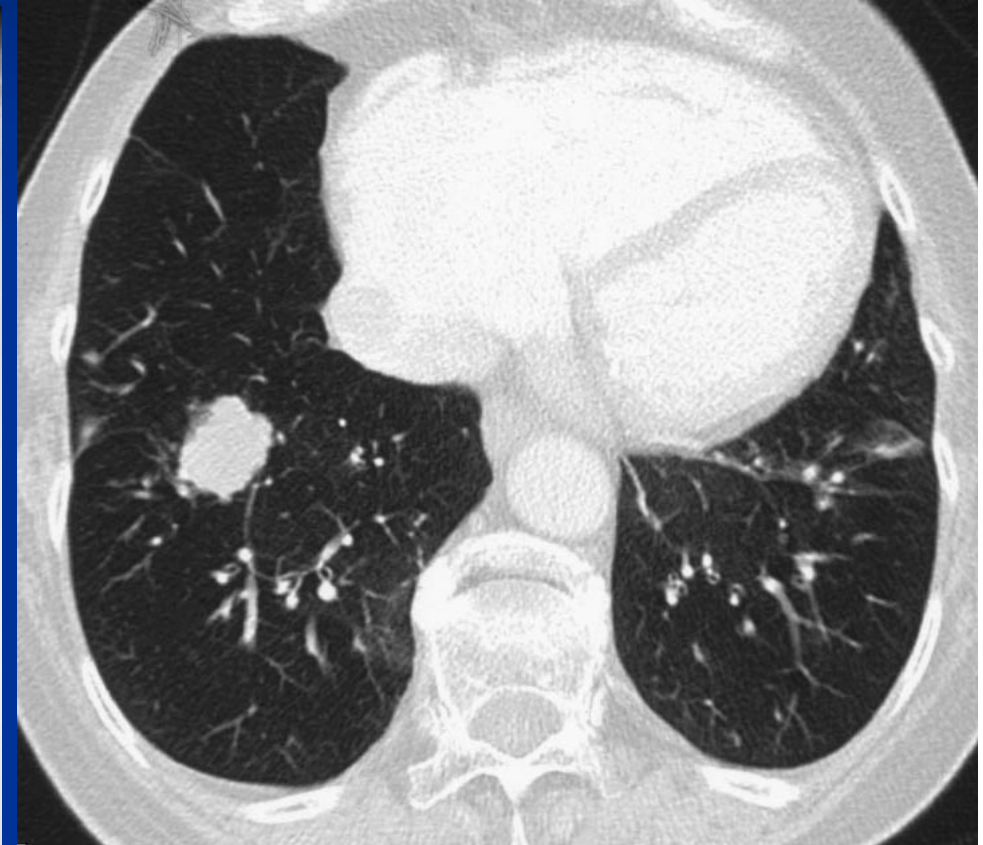
Facharzt:
Verdacht auf BronchialCa



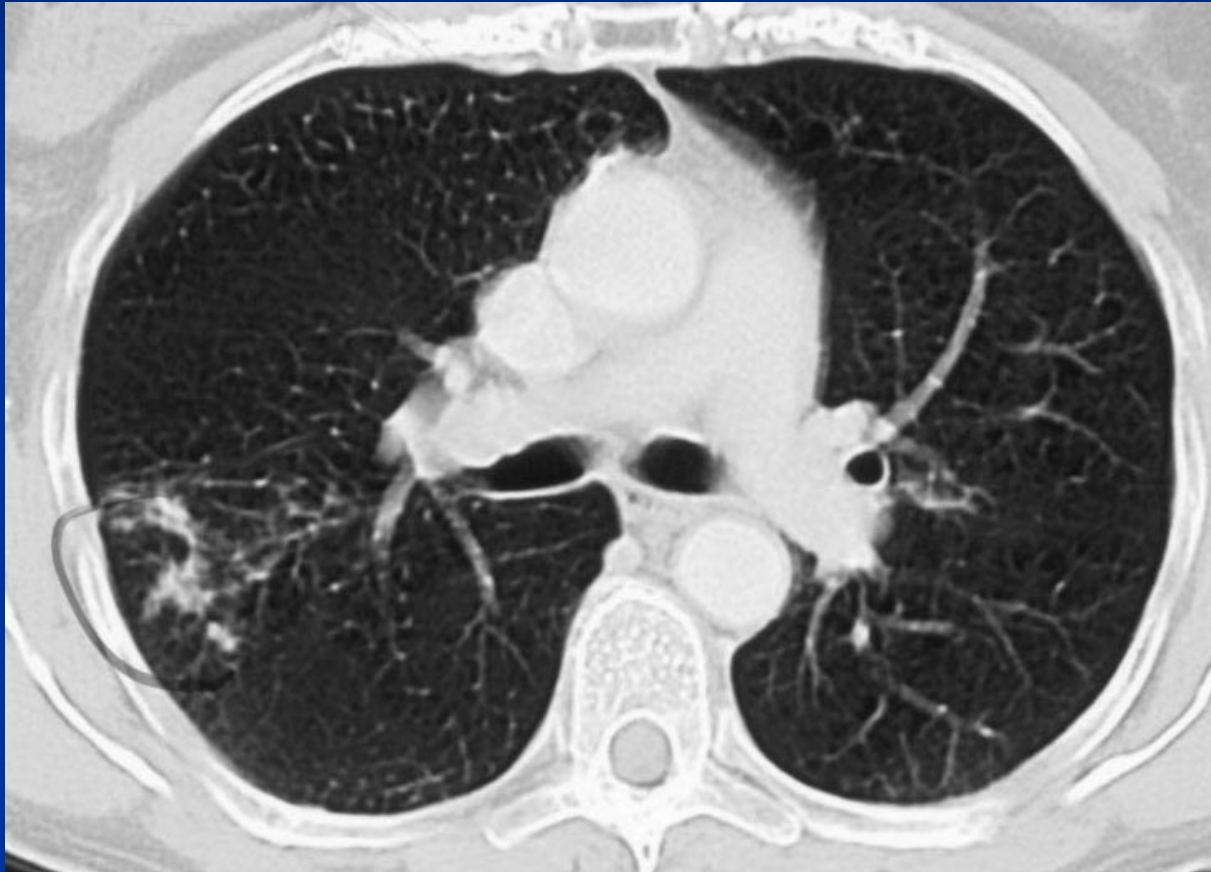
Kontaktaufnahme mit der Klinik



I. Herd in Thoraxübersicht dargestellt



II. Unklarer Befund



1. Tag:

- Anamnese und körperliche Untersuchung
- Aufnahmelabor
- EKG und BGA
- Keine Wiederholung der Röntgenaufnahme!
- CT-Thorax und CT-Oberbauch
- Lungenfunktion (Body und Diffusion)
- Bereits Beginn mit Atemtherapie (soweit möglich)
- Nikotinkarrenz!
- Ggf. ASS absetzen, Marcumar umstellen, etc.



2. Tag:

- Spiro-Ergometrie (nur, wenn patholog. EKG-Befund und/oder cardiale Anamnese)
- Ggf. Durchführung der noch nicht stattgefundenen Untersuchungen (Tag 1)
- Bronchoskopie (Histologie)

3. Tag:

- Knochenszintigramm (nur wenn symptomatisch) und ggf. konventionelles gezieltes Röntgen
- CCT (nur wenn symptomatisch und bei kleinzelligem Carcinom)
- Ggf. Sonographie Abdomen
- Perfusionsszintigramm mit Berechnung der Flächenintegrale zur Bestimmung des postoperativ zu erwartenden FEV1 (bei eingeschränkter Lungenfunktion/Diffusion)
- Ggf. zusätzliche Untersuchungen (z. B. Echo, Streßecho, Herzkatheteruntersuchung; Carotiden-Dopplersonographie bei Z. nach Apoplex, etc.)



Vollstationäre Aufnahme

Tag 1:

- OP-Labor
- OP-Aufklärung
- OP-Vorbereitung

Tag 2:

- OP



Entlassung

```
graph TD; A[Entlassung] --> B[Einweisender Facharzt / Hausarzt]; A --> C[REHA / AHB  
(durch KH-Sozialdienst organisiert)];
```

Einweisender Facharzt /
Hausarzt

REHA / AHB
(durch KH-Sozialdienst
organisiert)



Nachsorge



Facharzt / Hausarzt

Tumornachsorge
(Klinik)



Vorgehen bei linksseitigen Tumoren oder Verdacht auf N 3:

Mediastinoskopie

(Histologie muß am darauffolgenden Tag
vorliegen!)

Thorakotomie (eigentlicher Eingriff) sollte
spätestens am Tag 4 der vollstationären
Aufnahme erfolgen



Probleme bei der Umsetzung I:

CT:

- Qualität
- Wartezeiten

Absprache: Zuweiser –
Klinik:

Wer führt welche
Untersuchungen
durch?



Probleme bei der Umsetzung II:

Nebenerkrankungen:

Diabetes mellitus

Herzinsuffizienz

Hypertonus

Gefäßerkrankungen

Endokrinologische

Erkrankungen

Enges Zeitregister in
der Klinik zur
Durchführung der
entsprechenden
Untersuchungen

Stichwort: Vernetzung



Voraussetzungen für das Gelingen:

- Klare Festlegung zwischen allen Beteiligten bezüglich der Aufgabenverteilung
- Straffe organisatorische Voraussetzungen innerhalb der Klinik zur Durchführung der eng terminierten Untersuchungen

