

## Zertifiziertes Darmzentrum - Warum?

Nach gründlicher Vorbereitung von nahezu einem halben Jahr hat sich die Abteilung Allgemeine Chirurgie in Böblingen vom TÜV und von OnkoZert als Darmzentrum zertifizieren lassen. Zeitgleich haben sich die Kollegen der Allgemein Chirurgie in Nagold dem gleichen Prozess unterzogen. Wenn man jetzt in der Presse liest, dass die Bundesgesundheitsministerin eine Initiative ins Leben rufen will, die die Behandlung von Krebserkrankungen in unserem Land verbessert, zielt das in die gleiche Richtung, die wir bereits eingeschlagen haben.

Was bedeutet also Zertifizierung als Darmzentrum für Behandler und Behandelte?

Da sich die Zertifizierung auf die Behandlung von Krebserkrankungen des Dickdarmes und des Enddarmes bezieht, ist es vielleicht hilfreich die Bedeutung dieser Erkrankungen mit einigen Hintergrundinformationen zu beschreiben.

In Europa ist der Darmkrebs (12,9%) nach dem Brustkrebs (13,5%) die zweithäufigste Krebsart. Für Deutschland bedeutete dies im Jahr 2007, dass 71.000 Menschen an Dickdarmkrebs erkrankten und ca. 30.000 daran starben. Dies bedeutet, dass ca. 40% der Patienten an dieser Erkrankung gestorben sind. Hierbei ist aber wichtig zu unterscheiden, dass in frühen Stadien über 90% der Patienten nach fünf Jahren noch leben, wohingegen sich diese Zahlen bei weiter fortgeschrittenen Stadien dramatisch verschlechtern. So leben nur noch 60% der Patienten nach fünf Jahren, wenn der Tumor in die unmittelbare Umgebung gestreut hat. Liegen bereits Absiedlungen in anderen Organen (zumeist in der Leber) vor, sinkt der Wert weiter auf nur noch 6%. Am häufigsten erkranken Menschen zwischen dem 60. und 70. Lebensjahr, so dass 70% der Erkrankungen zwischen dem 5. und 8. Lebensjahrzent auftreten. Nur 5 % der Patienten sind jünger als 40 Jahre.

Um diese Zahlen zu verstehen, bedarf es vielleicht einer kurzen Erläuterung der Klassifikation von Tumoren. Grundsätzlich kann man Tumoren nach dem Fortschritt des Wachstums und nach dem Aussehen der Tumorzellen beschreiben und einteilen. All dies dient zur möglichst genauen Beschreibung des Krankheitsfortschrittes zu einem bestimmten Zeitpunkt, zumeist dem des ersten Erkennens und dem Beginn der Behandlung des Tumors. Da die Dickdarmkrebs immer von der Schleimhaut, also der innersten Schicht des Darmes ausgehen, beschreibt das T (wie Tumor)- Stadium, wie weit der Tumor in die Wand oder bereits darüber hinaus in die umgebenden Gewebe eingewachsen ist. Das N- Stadium (von lat. Nodus der Knoten, hier gemeint der Lymphknoten) zeigt, an ob eine Ausbreitung von Tumorzellen über die ableitenden Lymphbahnen begonnen hat und sich diese Zellen in den als Filterstationen zwischengeschalteten Lymphknoten bereits festgesetzt haben. Hierbei spielt dann auch die Zahl der befallenen Knoten eine Rolle. Schließlich wird die Fernabsiedlung von Tumorzellen beschrieben. Hierzu gilt für Dickdarmtumoren, dass eine derartige Ausbreitung über die Venen stattfindet, die das Blut des gesamten Magen-Darm-Traktes sammeln und zur Leber leiten. Dementsprechend finden sich in diesem Organ auch die meisten Fernmetastasen. Sollten die Tumorzellen die Leber unbehelligt passiert

haben, ist in der Flussrichtung des Blutes die Lunge das nächste Organ, das von Metastasen befallen werden kann. Auch das mikroskopische Aussehen der Tumorzellen spielt eine Rolle. Im Laufe der Entwicklung eines Tumors verlieren die ursprünglich für ihre Aufgabe in der Schleimhaut des Darmes spezialisierten Zellen immer mehr ihr typisches Aussehen. Auch in diesem Vorgang des Verlustes der Spezialisierung kommt ein Tumorfortschritt zum Ausdruck.

Im Falle des Dickdarm- und Enddarmcarcinoms ist auch die genaue Kenntnis der Tumorsitze im Darm, teilweise auf den Zentimeter genau von enormer Bedeutung. Wenn man die heutzutage zur Verfügung stehenden therapeutischen Optionen richtig einsetzen will, muss zuvor ein Höchstmaß an Information über die Erkrankung vorliegen. Diese Informationen gewinnen wir durch die diagnostischen Techniken. Dies beginnt mit der eingehenden Befragung des Patienten um einen Eindruck von der Ausprägung seiner Beschwerden und dem Vorliegen typischer Symptome zu bekommen. Auch die zeitliche Dauer des Vorliegens der Beschwerden gibt Hinweise z.B. auf die Wachstumsgeschwindigkeit des Tumors. Bei der körperlichen Untersuchung kann man bereits einen Teil der Enddarmtumoren ertasten und erhält vor allem einen Eindruck vom allgemeinen körperlichen Zustand des Patienten. Die sich anschließenden technischen Untersuchungen, ob endoskopisch oder bildgebend, sollen nun die Details liefern, damit dann in der Tumorkonferenz von allen behandelnden Kollegen gemeinsam beschlossen werden kann, welches Vorgehen für den einzelnen Patienten am sinnvollsten ist.

Grundsätzlich stehen drei therapeutische Optionen zur Verfügung. Hierbei bietet zur Zeit der operative Eingriff noch die größte Chance zur vollständigen Heilung. Die Strahlentherapie kann praktisch nur bei Tumoren des Enddarmes eingesetzt werden. Nur hier ist in Gegensatz zur freien Bauchhöhle aufgrund der anatomischen Gegebenheiten der Darm nicht beweglich und man kann die Tumorregion als ein räumlich begrenztes Ziel genau definieren. Dieses kann dann ohne größere Schädigung der Umgebung bestrahlt werden. Die Chemotherapie hat in den letzten Jahren zwar enorme Fortschritte zu verzeichnen, hat aber immer noch eine eher unterstützende Rolle bei fortgeschrittenen Tumorstadien. Das Gremium der Tumorkonferenz berät nun darüber welche der drei genannten Optionen alleine oder in Kombination dem Patienten empfohlen werden soll. Dies kann die alleinige Operation sein, aber auch eine Vorbehandlung durch Strahlen- und Chemotherapie mit anschließender Operation ist im Falle eines Enddarmtumors möglich. Sollte der Pathologe im Operationspräparat einen weitergehenden Krankheitszustand festgestellt haben, kann eine derartige Zusatzbehandlung auch im Anschluss an eine Operation erfolgen. Dies wird dann wiederum in der Tumorkonferenz beschlossen.

Im Gegensatz etwa zu Tumorerkrankungen der Speiseröhre oder der Bauchspeicheldrüse ermöglicht uns die anatomische Situation des Darmes ein sehr gründliches und nahezu schematisches Vorgehen bei unseren Operationen. Man kann sich den Darm wie den Saum eines Vorhanges vorstellen. In dem Vorhang selbst verlaufen dann die zu und abführenden Blut und Lymphgefäße. Diese entspringen bzw. verzweigen von wenigen Hauptgefäßen aus. Wenn man nun die abfließenden Lymphbahnen mit allen Lymphknoten so gründlich wie möglich entfernen will, kann man sich an den Blutgefäßen orientieren, diese an den

Hauptabzweigungen durchtrennen und um bei dem Beispiel des Vorhanges zu bleiben den gesamten Stoff und vor allem den Teil des Saumes entfernen, der von diesem Hauptgefäß versorgt wird. Auf diese Weise kommt es zu den typischen Eingriffen für Tumoren des rechten, des queren und des linken Dickdarmes sowie des S-förmigen Anteiles aber auch des Enddarmes. Hier ergibt sich jedoch noch eine besonders problematische Konstellation, nämlich die Tumoren der Schließmuskelregion, wo tatsächlich wenige Zentimeter darüber entscheiden können, ob der Schließmuskel erhalten werden kann oder mit entfernt werden muss.

Aus dem zuvor über die Prognose, die Stadieneinteilung und die therapeutischen Konsequenzen Gesagten ergibt sich unmittelbar zum einen die Forderung die Erkrankung so früh wie möglich zu entdecken und zum anderen die Behandlung zu optimieren. Hier sind nun die Darmzentren gefordert.

Selbst wenn die Initiative zur Gründung eines solchen Zentrums von einer Abteilung ausgeht, so ist es gerade eine der besonderen Eigenschaften und Vorzüge eines Zentrums, dass alle, die in irgendeiner Form Patienten mit Darmkrebs behandeln, an einem Zentrum beteiligt sind.

Man kann nun einen großen Bogen schlagen von den niedergelassenen Kollegen, in deren Händen zumeist die Vorsorgeprogramme und die Entdeckung der Erkrankung liegt über die weitere Diagnostik in der Klinik, die vielfältigen Formen der Therapie zurück zu den niedergelassenen Kollegen, die dann mit der Nachsorge wieder die weitere Betreuung übernehmen. Die gesamten Abläufe, die reibungslose Übergabe der Patienten von einer Station zur nächsten und die qualitätskontrollierte Behandlung und Betreuung innerhalb des gesamten Therapiezyklus soll durch die feste Organisationsform „Darmzentrum“ festgeschrieben werden. Dies betrifft nicht nur die rein tumortherapeutische Behandlungsschritte. Auch die Einweisung in den Umgang mit einem zeitweiligen oder definitiven künstlichen Darmausgang mit der Vorstellung der hierzu benötigten Pflegemittel ist Aufgabe des Darmzentrums. Über rein technische Aspekte hinaus soll auch der Tatsache Rechnung getragen werden, dass jeder Patient durch die Diagnose einer Krebserkrankung und die eingreifenden Behandlungsschritte einer schweren seelischen Belastung ausgesetzt ist. Ausgebildete und spezialisierte Psychoonkologen und Seelsorger sollen helfen, diese schwierige Phase des Lebens durchzustehen und nicht mutlos und verzweifelt diesen Lebensabschnitt passiv zu durchleiden.

Es ist keineswegs so, dass mit der Gründung eines Darmzentrums die Behandlung des Dickdarmkrebses neu erfunden wurde. So gibt es bereits seit vielen Jahren beim amerikanischen Krebsinstitut, aber auch in Deutschland, detaillierte Übersichten für die Stadieneinteilung und Behandlung derartiger Erkrankungen. Es darf festgestellt werden, dass seit vielen Jahren an unserer Klinik sowohl in der operativen wie der konservativen Therapie, die in den Leitlinien zum Ausdruck gebrachten gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigt wurden.

Aus unserer speziellen chirurgischen Sicht bedeutet das, dass die oben skizzierten Operationsverfahren in diesen Leitlinien für jede mögliche Tumorlokalisation genau

vorgeschrieben sind. Ebenso sind die Chemotherapieschemata und die Strahlentherapie in Anzahl und Dosierung genau festgelegt.

Diese Leitlinien bekommen nun aber Richtliniencharakter. Für Deutschland werden sie von den medizinischen Fachgesellschaften aller an der Diagnostik und Behandlung beteiligter Disziplinen herausgegeben und in regelmäßigen Abständen aktualisiert. Aber auch vor Ort wird die Zusammenarbeit aller beteiligten Abteilungen und nicht nur der ärztlichen, sondern aller Mitarbeiter geregelt. Das Vorgehen bei allen Patienten wird in Konferenzen besprochen und festgelegt. Das Behandlungskonzept wird entsprechend der Leitlinien von der Tumorkonferenz beschlossen und dann von den jeweiligen Disziplinen umgesetzt.

Auch eine derartige Tumorkonferenz gab es bereits vor der Zertifizierung, aber jetzt ist sie vorgeschrieben, ebenso wie die regelmäßige Qualitätskontrolle aller Prozesse, die während der Behandlung ablaufen. Man könnte sagen, dass medizinisch bereits alle Qualitätsanforderungen erfüllt waren. Aber aus den vorhandenen, eher losen Fäden wurde jetzt ein engmaschiges Netz geknüpft, durch das eine Fehlerentstehung weitestgehend vermieden werden soll. Alle sind in ein straffes organisatorisches Korsett eingebunden und koordiniert, welches eine Qualitätsverbesserung für die Patienten ermöglicht.

Auch von aussen wird die Qualität regelmässig kontrolliert. In vorgegebenen Abständen kommen der TÜV und Onkozert und prüfen ob alle Vorschriften eingehalten worden sind.

Zusammenfassend glauben wir sagen zu können, dass wir über die reich technisch-medizinischen Fortschritte hinaus – die wir selbstverständlich vollständig an unsere Patienten weitergeben wollen – auch durch Verbesserungen der Organisationsstrukturen, die Behandlung von Dickdarmtumoren und damit auch die Ergebnisse für unsere Patienten verbessern können.