Thoraxklinik
Universitätsklinikum
Heidelberg

AKTUELLES

November 2017

Neuer Chefarzt der Thoraxchirurgie Univ.-Prof. Dr. med. Hauke Winter

Moderne Operationsverfahren in der Lungenchirurgie und Kooperationen in der Krebsforschung ausbauen

In der Nachfolge von Prof. Dr. med. Hendrik Dienemann möchten wir Ihnen als neuen Chefarzt der Thoraxchirurgie Professor Dr. med. Hauke Winter vorstellen:

Die Schwerpunkte der Heidelberger Thoraxchirurgie sind onkologische Chirurgie sowie die Kinderthorax- und Emphysemchirurgie, die im Endstadium der Lungenüberblähung als Therapiemöglichkeit in Frage kommt. Mit der Leitungsposition verknüpft ist die Professur für Thoraxchirurgie, die es deutschlandweit nur in Heidelberg, Essen und Freiburg gibt. Diese Kombination aus Grundlagen- und klinischer Forschung sowie Einbeziehung neuster wissenschaftlicher Ergebnisse in die Patientenversorgung hat sich seit Jahren bewährt. Durch die enge Kooperation mit dem NCT und dem DKFZ soll in den nächsten Jahren die Bedeutung der Immunsystems bei der Entwicklung der Lungentumoren weiter erforscht und dessen Stellenwert für die Prognoseabschätzung beleuchtet werden. „Die gemeinsame Forschung bietet uns die einzigartige Möglichkeit, die Bedeutung des Immunsystems bei operierten Patienten zu untersuchen, wissenschaftlich zu hinterfragen und möglicherweise zu beeinflussen“, erklärt Prof. Dr. Winter.

Die Trichterbrust

Die Trichterbrust (Pectus excavatum) und die Kielbrust stellen krankhafte Veränderungen des knorpeligen Brustkorbes mit Ausbildung der typischen Einsenkung oder Vorwölbung des Sternums dar. Mit einer Inzidenz von etwa 1:400 ist die Trichterbrust die häufigste kongenitale Deformität. Jungen sind 5x häufiger betroffen als Mädchen. Sie tritt oft im frühen Kindesalter auf und verstärkt sich mit zunehmendem Alter. Bei den betroffenen Kindern tritt zusätzlich oft eine pathologische Kyphosierung der Brustwirblsäule und eine Skoliose auf.

Während die Erkrankung im Kindesalter zumeist symptomlos ist, häufen sich beim Jugendlichen oder Erwachsenen Patienten Symptome wie Palpitationen, verminderte Leistungsfähigkeit, Kurzatmigkeit besonders unter Belastung und Schmerzen im Brust- und Rückenbereich. Die psychische Belastung durch die Deformität kann zu einem psycho-

sozialen Rückzug und zur Ausbildung von Depressionen führen. Die minimal-invasive Operation nach Nuss konnte als Goldstandard für die Behandlung der Trichterbrust etabliert werden und löste auch bei asymmetrischer Brustdeformität das invasive, osteotomierende Verfahren nach Ravich ab. Der beste Zeitpunkt für eine Trichterbrustkorrektur liegt kurz vor dem Ende des Körperwachstums. Unter thorakoskopischer Kontrolle werden über seitliche kleine Schnitte am Brustkorb ein oder zwei individuell an den Brustkorb des Patienten anmodellierte Metallbügel hinter das Brustbein eingebracht. Die Bügel richten das eingesunkene Brustbein auf und werden für 3 Jahre im Brustkorb belassen. In dieser Zeit festigt sich der aufgerichtete Brustkorb, so dass die Bügel im Rahmen einer Operation nach 3 Jahren wieder entfernt werden können.

Bei einer Kiel- oder Hühnerbrust (Pectus carinatum) steht das Sternum nach ventral ab, so dass sich hier eine kielförmige Vorwölbung ausbildet. In einem Operationsverfahren analog zur Trichterbrustkorrektur kann mit einem minimal-invasivem Operationsverfahren nach Abramson die Deformität mit einem subcutan implantierten Bügel retrahiert werden. Dieser Bügel hält das korrigierte Brustbein in Position und stabilisiert es. Der Bügel kann in der Regel nach 3 Jahren entfernt werden. Die Operationsverfahren zur Aufrichtung der Trichterbrust und zur Korrektur der Kielbrust bieten wir in der Thoraxklinik Heidelberg an.

An der Thoraxklinik Heidelberg stehen wir Ihnen gerne jederzeit für Fragen zur Verfügung und klären Ihren Patienten(in) gerne über die Behandlung einer Trichterbrust oder Kielbrust auf. Bei dem klinischen Bild eines korrekturbedürftigen Pectus excavatum oder carinatum sind wir selbstverständlich Ihrem Patienten im Kostengenehmigungsverfahren bei der jeweiligen Krankenkasse behilflich.

Eine Kontaktaufnahme ist jederzeit über 06221 396 1103 oder per Mail unter der Adresse: trichterbust.thor@med.uni-heidelberg.de jederzeit möglich.

Ambulanz für Schweres Asthma

In der Thoraxklinik Heidelberg wurde eine neue Ambulanz speziell für schweres Asthma eingerichtet.

Unter der Leitung von Frau Dr. med. Maren Schuhmann und Frau Dr. med. Philine Kaukel werden hier Patienten evaluiert, deren Asthma unter der herkömmlichen Therapie weiterhin unkontrolliert ist.

In der Therapie des schweren Asthmas stehen inzwischen deutlich mehr Therapien zur Verfügung als noch vor einigen Jahren, dazu zählen eine gezielte Antikörpertherapie oder eine bronchiale Thermoplastie. Über das ebenfalls angebundene Studienzentrum können Patienten auch an aktuellen Studien zu neuen erfolgversprechenden Therapieverfahren teilnehmen.

Ausführliche Untersuchung und Beratung

In der Ambulanz für Schweres Asthma werden die Patienten mittels Lungenfunktion, Provokationstest, Allergietest, Röntgen, Computertomographie und gegebenenfalls auch mit einer flexiblen Bronchoskopie ausführlich untersucht.

Termine sind von Montag bis Donnerstag möglich. Patienten sollten einen halben Tag Zeit für die Erstvorstellung einplanen. Die Kosten für alle Verfahren werden übernommen – entweder von den Krankenkassen oder im Rahmen von klinischen Studien. Eine Terminvereinbarung erfolgt über die Telefonnummern 06221/396 1201 (Julia Kaus) und 06221/396 1211 (Brigitte Rump).

Expertenwissen zu seltenen Erkrankungen europaweit zugänglich machen

Auf dem DGP Kongress in Stuttgart wurde die Fortbildungsveranstaltung des Zentrums „Seltene Lungenerkrankungen im Focus“ von der Lungenfibrose e.V. mit dem Preis für die beste Fortbildung in Deutschland ausgezeichnet. Diese jährliche Veranstaltung, die immer im April stattfindet, wurde mittlerweile zum 5. Mal durchgeführt und wird auch 14.04.2018 fortgeführt werden.

Zahlreiche Studienaktivitäten

So konnte eine Studie des Zentrums zeigen, dass ein regelmäßiges Training mit dem Trainingsgerät „Galileo“ wesentliche Verbesserungen bei den schwer kranken Patienten bewirken kann. Daneben führt das Zentrum zahlreiche medikamentöse Studien durch. Neben Studien zur IPF gibt es neue Ansätze bei nicht-IPF Lungenfibrosen.

RELIEF-Studie: Die vom Deutschen Zentrum für Lungenforschung (DZL) initiierte Placebo-kontrollierte Studie prüft bei Patienten mit progressiver, nicht –IPF Lungenfibrose die Wirksamkeit und Sicherheit von Pirfenidon. Die verblindete Studienphase ist auf 1 Jahr festgelegt, danach ist eine Open-Label-Therapie möglich. Als weitere Studie evaluiert eine Placebo-kontrollierte Studie bei Patienten mit progressiver fibrosierender ILD (PF-ILD) die Wirksamkeit und Sicherheit von Nintedanib. Studien sind immer aktuell auf unserer Homepage unter Studien gelistet.

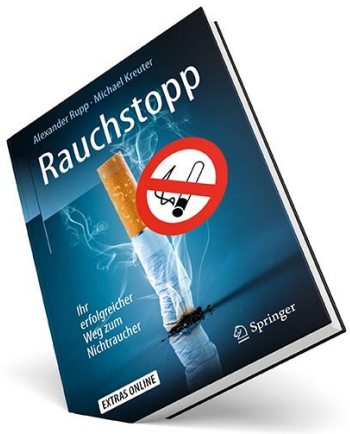
⇒ www.thoraxklinik-heidelberg.de

PneumoLive

Highlights der Pneumologie—aktuell und jederzeit online!

Interventionen– Kongressberichte—Expertenrunden—interaktive Chats

Bei diesem innovativem Fortbildungsformat können Sie live oder über streamedup! kostenfrei die Beiträge als Livestream oder Video abrufen. Prof. Felix Herth war hierbei in dem Live-Chat mit Experten am 26. Oktober 2017 zum Thema „Interventionelle Bronchoskopie“ vertreten.



Rauchstopp—
Ihr erfolgreicher Weg zum Nichtraucher

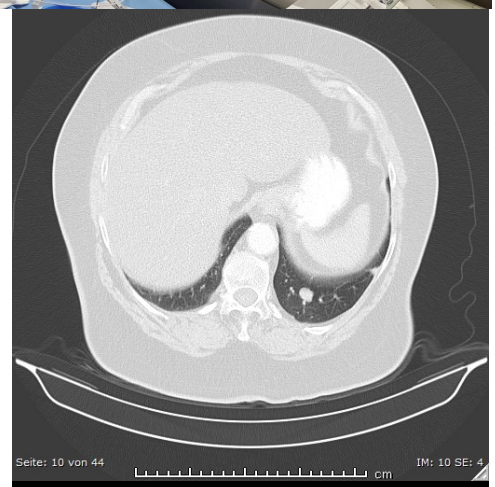
Ein neuer Ratgeber für Raucher, die mit dem Rauchen dauerhaft aufhören wollen, herausgegeben von Prof. Dr. Kreuter, Sektionsleiter der Pneumologie, und Dr. Rupp.

Mit zahlreichen Fragebögen zur Analyse des Verhaltens, umsetzbaren und bewährten Tipps zum Aufhören und Durchhalten.

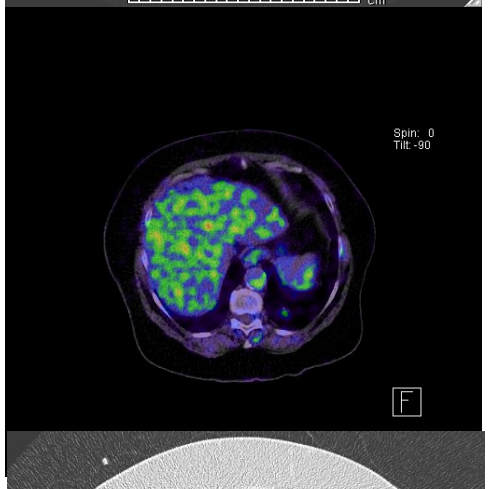
Das Buch ist im Springer Verlag erhältlich

Radiofrequenzablation eines Lungenrundherdes

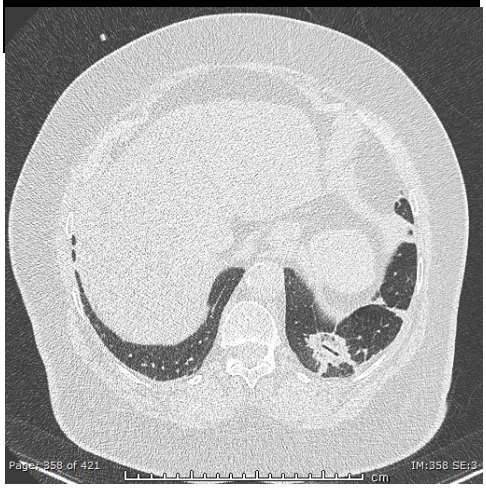
Die Patientin stellte sich mit einem zufällig gefundenen Lungenrundherd vor, der leicht an Größe auf nun 12mm zunahm. In der FDG-PET/CT war dieser Herd verdächtig auf ein Bronchialkarzinom. Eine histologische Sicherung war bislang nicht gelungen, da der Herd zu klein war. Eine operative Lungenteilresektion zur Sicherung und Behandlung hätte die Patientin nach genauer Untersuchung zu stark belastet, da sie an einer schweren Lungenerkrankung litt. Daher wurde der Patientin eine Radiofrequenzablation mit vorgeschalteter CT-gesteuerter Biopsie zur histologischen Sicherung in einer Sitzung angeboten. Die Patientin wurde in Vollnarkose in die Computertomographie gebracht, die CT-gesteuerte Biopsie durch Prof. Heußel



(Bild) erbrachte 2 Gewebszylinder die mittels Schnellschnittanalyse untersucht wurden. Nach 10 min. erfolgte die telefonische Durchsage, daß es sich um ein nicht-kleinzelliges Bronchialkarzinom handle, vermutlich ein Adenokarzinom. Daraufhin wurde in der gleichen Narkose eine bipolare Sonde in den Tumor eingeführt und dieser mittels Wechselstrom über 16 Minuten abladiert (Radiofrequenzablation). Eine Pneumothoraxdrainage war nicht erforderlich. Anschließend konnte die Narkose im Aufwachraum beendet werden.



Am Folgetag war die Patientin selbstständig zu Fuß in der Röntgenabteilung und erhielt eine CT. In dieser Kontrolle zeigt sich der zentrale Stichkanal durch den nun nekrotischen Tumor. In allen 3 Dimensionen um den Tumor zeigt sich ein Saum milchglasartiger Dichteanhebung sowie eine Demarkationslinie die den Sicherheitsabstand der Ablation anzeigt, innerhalb dessen es zur Nekrose gekommen ist. Es kommt nicht zu einem messbaren Verlust an Lungengewebe, so daß die schwer vorerkrankte Patientin im Langzeitverlauf nicht von einer Verschlechterung ihrer Lungenfunktion durch die Ablation ausgehen muss.



Interdiziplinäre Spezialsprechstunde Pleuramesotheliom

Das Pleuramesotheliom ist ein bösartiger Tumor des Rippenfells. Die Häufigkeit in Deutschland beträgt 1,1 pro 100.000 Einwohner. Bei 70 – 80 % aller Mesotheliomerkrankungen findet sich ein beruflicher Asbestkontakt, wobei Männer mit 80 % viermal häufiger als Frauen betroffen sind. Durch die Verwendung von Asbest in den verschiedensten Lebensbereichen und Industrien bis in die 70er Jahre des letzten Jahrhunderts hinein haben die im Wesentlichen durch Asbest hervorgerufenen Tumore des Rippenfells in ihrer Häufigkeit stark zugenommen. Es hat sich in der Vergangenheit gezeigt, dass auch eine relativ kurze Expositionsdauer ausreicht, um einen solchen bösartigen Rippenfelltumor (Pleuramesotheliom) hervorzurufen, auch kann die Exposition gegenüber Asbest schon viele Jahre und Jahrzehnte zurückliegen und erst dann einen Tumor auslösen. Die Diagnose ist schwierig zu stellen. Oft kann erst durch einen invasiven Eingriff Sicherheit erlangt werden. Wichtig ist beim malignen Pleuramesotheliom, die intensive Zusammenarbeit von Thoraxchirurgie, Thoraxonkologie, Pneumologie, Strahlentherapie und Palliativmedizin.

Terminvereinbarung unter 06221-396-1301

Radiologische Untersuchungen hochladen:

Dies erfordert JAVA und funktioniert nur mit dem Internet Explorer 11

⇒ **Mehr unter : www.thoraxklinik-heidelberg.de/cd**

ILD Nurse

Im Zuge einer verbesserten Patientenversorgung hat sich die Einrichtung der Stelle einer ILD Nurse mittlerweile etabliert .

Marianne Seiter, unsere ILD Nurse, bietet zusammen mit den Patientenselbsthilfegruppen auch gemeinsame Sprechstunden an.

In diesem Zusammenhang wurde unter Federführung von Prof. Kreuter ein internationales Positionspapier zum Thema der frühen und verbesserten palliativen Versorgung von Patienten mit interstitiellen Lungenerkrankungen in Lancet Respiratory Medicine veröffentlicht.

Erste Reaktionen der Patienten beim 7. Patiententag waren sehr positiv und unterstreichen die eindeutige Notwendigkeit einer Verbesserung in diesem Bereich.

News-Ticker

Am 28. Juni 2017 konnte Frau Priv.-Doz. Dr. med. Daniela Gompelmann ihre öffentliche Antrittsvorlesung der Medizinischen Fakultät Heidelberg für das Fach Innere Medizin und Pneumologie in der Thoraxklinik halten.

Die Lungenfibrose e.V. , die Selbsthilfegruppe für Menschen mit fibrosierenden Lungenerkrankungen, hat u.a. einen Preis für **die beste Fortbildungsveranstaltung im Gebiet interstitielle und seltene Lungenerkrankungen** ausgeschrieben.

Unser Symposium "Seltene Lungenerkrankungen im Focus", das wir dieses Jahr zum 5. Mal durchführen, wurde durch eine 3-köpfige Jury, die aus bekannten nationalen und internationalen Experten besteht, mit dem Preis bedacht. Erläutert wurden dabei unsere Bemühungen um seltene Lungenerkrankungen mit jährlich neuen Themen und bekannten Experten als Referenten, die Interdisziplinarität und der abwechslungsreiche Fortbildungscharakter.

Gold – Zertifikat

„Aktion Saubere Hände“

Als eine von 4 Kliniken in Baden-Württemberg hat die Thoraxklinik das Gold – Zertifikat für erfolgreiche Maßnahmen und Qualitätstandards zur Verbesserung der Händedesinfektion erhalten. Bei den so genannten Compliance-Beobachtungen werden die Mitarbeiter auf der Station bei der täglichen Arbeit beobachtet. Dies lässt beispielsweise Rückschlüsse zu, in welchem Umfang Erkenntnisse aus den entsprechenden Fortbildungen umgesetzt werden oder wo noch Bedarf für Verbesserungen besteht. Ebenso wurde der Händedesinfektionsmittelverbrauch der Mitarbeiter gemessen und somit das Verhalten im Umgang mit den Patienten erfasst.

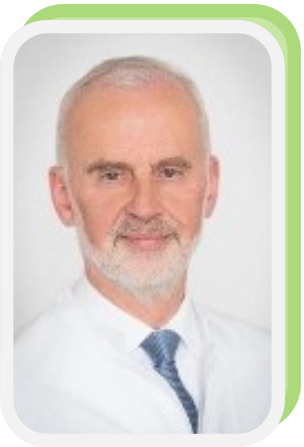
Im Rahmen des **Forschungs- und Entwicklungspreises 2017 des Krebsverbandes Baden-Württemberg** e.V. wurde Prof. Dr. med. Michael Thomas auf Grund der hervorragenden Bewertung des Projektes „Entwicklung eines longitudinalen, vorausschauenden Kommunikationskonzeptes für Patientinnen und Patienten mit metastasiertem Lungenkarzinom und limitierter Prognose“ ein Anerkennungspreis verliehen.

Focus Klinikliste

Zum wiederholten Male gehört die Thoraxklinik zu den Top Kliniken Baden-Württemberg sowie im Bereich Lungenkrebs.

In die Bewertung gingen u.a. ein: die Daten zu Fallzahlen, Behandlungsergebnissen und Komplikationsraten, ausführliche Interviews mit Ärzten, große Umfragen in Zusammenarbeit mit medizinischen Fachgesellschaften und wissenschaftliche Publikationen.

Unter der Leitung von Prof. Dr. Felix Herth wird für ganz China das erste Trainingscenter für interventionelle Pneumologie in der Thoraxklinik angeboten. Im Juli konnten 30 Gäste begrüßt werden.



Prof. Dr. Hendrik Dienemann, langjähriger Ärztlicher Direktor der Thoraxklinik und Chefarzt für Thoraxchirurgie des Universitätsklinikums Heidelberg verabschiedet sich Ende Juni in den Ruhestand. Unter seiner Leitung konnten das operative Spektrum und die Reputation der Lungenfachklinik deutlich erweitert werden.
Im Jahr 2009 wurde die Thoraxklinik erstmalig als Lungenkrebszentrum der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert. Patienten profitieren von der interdisziplinären Behandlung, die von Professor Dienemann mit aufgebaut wurde. Mit seiner Arbeit hat er maßgeblich zur positiven Entwicklung der national und international renommierten Lungenfachklinik beigetragen.
Unter Dienemann konnte das Operationsspektrum der Thoraxklinik deutlich erweitert werden. So werden mittlerweile etwa 2.300 operative Eingriffe pro Jahr durchgeführt.

International Workshop on Pulmonary Functional Imaging

Die Wissenschaftler der thoraxradiologischen Arbeitsgruppe wurden in Seoul für die Darstellung der Technologie in einem klinisch wichtigen Feld mit Geldpreisen für das Poster und den Vortrag ausgezeichnet. Die dynamische Bildgebung der Atemwege erfolgt mit der CT in niedriger Strahlendosis von ca. 2mSv getriggert auf den Atemzyklus. Technisch ist das ähnlich wie eine Herz-CT, die auf den Herzzyklus getriggert wird. Es entstehen bewegte Filme, die die Veränderung der gesamten Atemwege während der Atmung zeigen. Während kontinuierlicher Respiration kann die CT als einziges Verfahren eine eventuelle Instabilität des Tracheobronchialbaumes während der Atmung zeigen. Gleichzeitig wird der Bezug zu den umgebenden Organen dargestellt, die an einer Instabilität mitbeteiligt sein können. Die Instabilität tritt dabei z.B. während des Einsaugens von Luft auf (wie bei einem Staubsauger, der Gardinen ansaugt) und kann mit einer zusätzlichen Engstellung (Stenose) einhergehen. Dadurch kann die Atmung erheblich beeinträchtigt werden. Ursachen können u.a. Emphysem, Schilddrüsenerkrankungen, Entzündungen, stattgehabte Verletzungen (zB nach Intubation oder Tracheotomie) sein.

<u>Award for Outstanding Abstract und Travel Award</u>
AirwayVista- Poster und Vortragstitel:
Anja Dutschke, Oliver Weinheimer, Roman Rubtsov, Ralf Eberhardt, Hans Ulrich Kauczor, Claus Peter Heussel, Mark Oliver Wielpütz "Evaluation of Respiratory Dynamics and Airway Instability with Low-Dose 4D-CT in Chronic Obstructive Pulmonary Disease-Preliminary Results"
<u>Best Scientific Exhibition Award</u>
IWPFI-Poster und Vortragstitel:
Anja Dutschke, Oliver Weinheimer, Roman Rubtsov, Ralf Eberhardt, Hans Ulrich Kauczor, Claus Peter Heussel, Mark Oliver Wielpütz "Assessment of Airway Instability and Respiratory Dynamics with Low-Dose 4D-CT in Chronic Obstructive Pulmonary Disease-Preliminary Results"

Hiermit möchten wir Sie über die Studie

“Niedrigdosis Computertomographie zur Lungenkrebs-Früherkennung“

informieren, die die Lungenkrebszentren Münsterland am Clemenshospital und die Thoraxklinik am Universitätsklinikum Heidelberg gemeinsam mit dem Deutschen Zentrum für Lungenforschung (DZL) durchführt. Da nur niedrige Tumorstadien des Bronchialkarzinoms kurativ behandelt werden können, muss der Lungenkrebs bereits bei asymptomatischen Menschen gefunden werden. Die amerikanische Lungenkrebs-Screening-Studie „National Lung Screening Trial (NLST)“ konnte im Jahr 2011 nachweisen, dass die Mortalität des Lungenkrebs um 20% gesenkt werden kann.

Dazu wird die Risikogruppe jährlich mittels einer Niedrigdosis-Computertomographie (LDCT) untersucht. Aufgrund dieser evidenzbasierten Ergebnisse wurden in einigen Staaten (USA, Kanada) Lungenkrebs-Screening-Programme bereits offiziell eingeführt. Die Kosten werden von den staatlichen Krankenversicherungen übernommen, wenn eine ausreichende Expertise der Beteiligten vorliegt. Lungenkrebs-Screening ist nur dann erfolgreich, wenn Experten verschiedener Fachdisziplinen zusammenwirken (Hausarzt, Pneumonolo- ge, Radiologe, Lungenkrebszentrum), die komplexen Abläufe klar definiert, zertifiziert und qualitätsgesichert sind und ein umfangreiches Raucherentwöhnungsprogramm für alle Teilnehmer angeboten wird.

Aus diesem Grunde wollen wir mit unserer Studie eine qualitätsgesicherte Untersuchungskette zur individuellen Früherkennung von Lungenkrebs mittels modernster Niedrig-Dosis-CT und computergestützter Nachverarbeitung definieren. Ziel der Studie ist es, die auftretende Strahlenbelastung, das Rauchverhalten, die Inzidenz von abklärungsbedürftigen Befunden und die Ergebnisse der nachfolgenden medizinischen Aufarbeitung in der qualitätsgesicherten realen Versorgungssituation des deutschen Gesundheitssystems zu erfassen.

Anders als das sogenannte „graue Screening“, also der CT-Vorsorgeuntersuchung bei „Krebsangst“ und Symptomfreiheit, ist diese Studie u.a. vom Bundesamt für Strahlenschutz genehmigt und damit zulässig.

Bitte unterstützen Sie uns, indem Sie diese Studie bei Patienten bekannt machen und geeignete Probanden unter Ihren Patienten auswählen. Helfen Sie uns, über diese Möglichkeit der Früherkennung zu informieren.

LUNGENKREBS IST HEILBAR –

WENN ER FRÜH ERKANNT WIRD!

Kontakt: Tel: 06221-396-4441

Fax: 06221-396-4442

E-Mail:

lunge.vorsorge@med.uni-heidelberg.de

Wer ist ein Risikopatient?

⇒ Raucher zwischen 55 und 74 Jahren

⇒ Ehemalige Raucher zwischen 55 und 74 Jahren, deren Rauchstopp nicht länger als 15J zurückliegt

⇒ Mindestens eine Packung Zigaretten pro Tag über 30 Jahre oder zB 2 Packungen pro Tag über 15 Jahre (30 Packungsjahre)

Einschlusskriterien

Es müssen alle o.g. Kriterien des Risikopatienten erfüllt sein. Falls er derzeit noch raucht, muss eine Raucherentwöhnungsmaßnahme durchgeführt worden sein. Ob es dem Patienten damit gelungen ist, rauchfrei zu werden, ist zunächst irrelevant.

Ausschlusskriterien

⇒ unerklärter Gewichtsverlust von mehr als 7kg innerhalb des letzten Jahres

⇒ Bluthusten

⇒ Vorliegen oder ehemaliges Vorliegen von Lungenkrebs

⇒ Andere schwere Erkrankungen

⇒ Das letzte CT der Lunge muss länger als 1,5 Jahre zurückliegen (bitte auf DVD mitbringen) oder wurde noch nie eines angefertigt.

Neue Studien

Studien zur Immuntherapie und Kommunikation bei metastasiertem Lungenkarzinom:

Durch die Immun-Onkologie entstehen neue Perspektiven in der Behandlung des metastasierten nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms. Die Integration der Checkpoint-Inhibition des PD-1/PD-L1 Signalweges in den Behandlungsverlauf entwickelt sich rasch zu einer der alleinigen (Kombinations-) Chemotherapie überlegenen Alternative Die trotz all dieser Entwicklungen bei der Mehrheit der Patienten weiterhin gegebene hohe Unsicherheit im Hinblick auf die Prognose, die erkrankungs- und therapiebedingten körperlichen Einschränkungen, die psycho-sozialen Herausforderungen, sowie die spirituellen Belastungen und Bedürfnisse, stellen zusätzliche, besondere Herausforderungen an die Betreuung und die Kommunikation dar. Um sich den damit verbundenen Fragestellungen zu nähern hat die Thoraxklinik am Universitätsklinikum Heidelberg in 2017 gemeinsam mit weiteren Kooperationspartnern drei Studienprojekte initiiert: in zwei multizentrischen, prüfer-initiierte Studien (IITs) der Arbeitsgruppe 'Thorakale Onkologie' und des Forum 'Young Medical Oncologist' (YMO) innerhalb der AIO, wird der Ansatz der Immuntherapie einerseits in der Kombination mit einer Radiotherapie und andererseits beim älteren bzw. gebrechlichen Patienten geprüft. Ein weiteres Projekt beschäftigt sich mit der Implementierung eines longitudinalen, vorausschauenden Kommunikationskonzepts und wird vom BMG gefördert.

⇒ **FORCE-Studie** (**FO**stering efficacy of anti – PD-1 – treatment: Nivolumab plus **R**adiotherapy in advan**CE**d NSCLC)

⇒ **DURATION-Studie** (**DUR**valumab in fr**A**il and elder pa**TI**ents with metastatic (stage f**O**ur) **N**SCLC)

⇒ **HeiMeKOM** (**Hei**delberger **Me**ilenstein-**Kom**munikation)

HeiMeKOM:

Bei Erkrankungen mit limitierter Prognose (mediane Überlebenszeit < 12 Monaten) stehen Patientinnen, Patienten und Angehörige/Zugehörige in einer hohen Herausforderung und Belastung (physisch, psychisch, sozial und spirituell). Zugleich sind mit der Behandlung Erwartungen und Hoffnungen auf möglichst umfassende Rekonstitution verbunden. Diese Situation ist sowohl für die Betroffenen wie auch die professionell Beteiligten herausfordernd und komplex. Eine situationsgerechte, strukturierte Kommunikation und vorausschauende Versorgungsplanung sind essentiell für die Bewältigung der Situation. Mit dem Ziel die Lebensqualität zu verbessern, präferenzsensitive, vorausschauende Entscheidungen gemeinsam mit Patientinnen und Patienten zu fördern sowie die frühe Einbindung von Palliative Care im Behandlungsverlauf zu unterstützen, soll am Beispiel dieser Erkrankung ein Konzept der longitudinalen, vorausschauenden Kommunikation weiterentwickelt, implementiert und evaluiert werden.

Mehr Informationen zu den Studien erhalten Sie auf der Homepage der Thoraxklinik unter "Zuweiserinformationen": www.thoraxklinik-heidelberg.de

Impressum:
Herausgeber: Geschäftsführung
Redaktion: Kirsten Gerlach M.A.
Thoraxklinik-Heidelberg gGmbH,
Röntgenstr. 1, 69126 Heidelberg,
Tel.: 06221/396 2101
www.thoraxklinik-heidelberg.de

Besuchen Sie uns auf facebook!