

# Newsletter

DES ONKOLOGISCHEN ZENTRUMS TRAUNSTEIN

Ausgabe: November 2022



Kliniken Südostbayern AG  
Cuno-Niggli-Straße 3  
83278 Traunstein  
T 0861 705-1533  
F 0861 705-2465  
E oz.ts@kliniken-sob.de



**Sehr geehrte Damen und Herren,  
liebe Kolleginnen und Kollegen,**

Der Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach hat es beim diesjährigen Deutschen Krebskongress im November 2022 zusammengefasst: Die Krebsmedizin und Krebsforschung werden sich in den nächsten Jahren exponentiell entwickeln. Ein schneller Transfer von Grundlagenforschung in die klinische Forschung und Versorgung soll von der Bundesregierung noch stärker unterstützt werden. Umgekehrt soll auch aus der Versorgungsforschung im klinischen Alltag eine wertvolle Wissensgenerierung und Ideensammlung für die medizinische Forschung generiert werden („bidirektionale Forschung“). Wichtigste Rahmenbedingungen hierfür sind der nationale Krebsplan aus dem Jahr 2008 und die Schaffung der wichtigen Strukturen für die Umsetzung einer qualitätsgesicherten, gut vernetzten und hochmodernen Krebsmedizin in Onkologischen Zentren sowie die aktive Teilnahme an klinischen Studien und einer klinischen Krebsregistrierung. Mit der Zertifizierung von bislang fünf Organkrebszentren unter dem Dach des Onkologischen Zentrums sind wir im Klinikum Traunstein hierfür bereits seit vielen Jahren gut aufgestellt und nutzen diese Strukturen in der täglichen interdisziplinären Versorgung unserer Patienten.

Wie Dr. Lauterbach ausführte zeigen eine Reihe von Publikationen die positiven Effekte der Zertifizierung für die Patientinnen und Patienten bzgl. Überleben, Senkung der Morbidität und Mortalität, Verkürzung der Krankenhausverweildauer und auch auf die Kosteneffizienz der Versorgung. Mit der „WiZen-Studie“ wurden diese Effekte jetzt erstmals anhand einer sehr großen Datenbasis reproduziert. So gibt es einen deutlichen und signifikanten Überlebensvorteil für häufige, insgesamt 11 verschiedene Tumorarten,

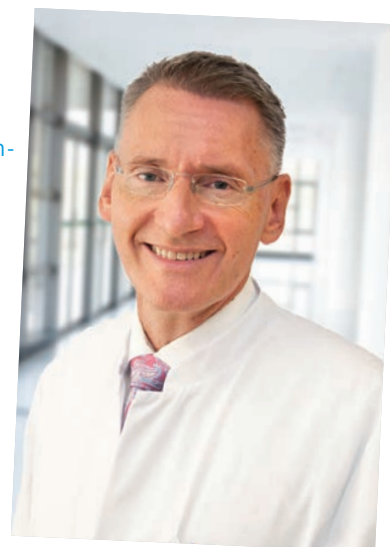
wenn Patientinnen und Patienten in zertifizierten onkologischen Zentren im Vergleich zu nicht zertifizierten Krankenhäusern behandelt werden. Dabei wurde der Überlebensvorteil mitunter größer, je länger das Zertifikat gehalten wurde. Hieraus ergäbe sich die Grundlage für eine Krankenhausreform, in der Leistungskomplexe wie Struktur, Prozess und Mindestmengenvorgaben an Versorgungsstufen gebunden werden.

Weiterhin möchte die Politik, dass für alle Bürger eine hochwertige evidenzbasierte Versorgung angeboten werden kann, egal wo sie wohnen oder aus welchem sozialen Stand sie kommen.

Vorerst sagen die Prognosen, dass Krebs in den nächsten Jahren noch zur häufigsten Todesursache werden wird. In Anbetracht der immer weiter steigenden Krebsinzidenzen wird die Gesundheitspolitik in Kürze einen nationalen Präventionsplan entwerfen, ein Präventionsgesetz auf den Weg bringen und ein nationales Krebspräventionszentrum mit Unterstützung der Deutschen Krebshilfe und des DKFZ aufbauen.

Im Klinikum Traunstein bleiben wir aktiv und flexibel. Unser Ziel ist es, unser Onkologisches Zentrum um zwei Organzentren zu erweitern und haben uns daher zur Zertifizierung eines Uro-onkologischen Zentrums sowie eines Zentrums für hämatologische Neoplasien angemeldet. Ich möchte diesen Newsletter auch dazu benutzen, um mich bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie Kolleginnen und Kollegen zu bedanken, die in Anbetracht der Pandemie, des Fachkräftemangels und Pflegenotstands sowie des Krankenhausbetriebsmangels dabei helfen, im Sinne unserer Patienten das Onkologische Zentrum mit Leben erfüllen. Wir bleiben weiterhin mit effi-

zieren-



▲ Dr. Thomas Kubin

ten Strukturen, gezielter Diagnostik und evidenzbasierter Medizin sowie dem Ausbau von Digitalisierung und Ambulantisierung gemeinsam auf Kurs.

Wir danken Ihnen für Ihre Zusammenarbeit und das uns entgegen gebrachte Vertrauen.

Ihr

Dr. Thomas Kubin  
Sprecher des Onkologischen Zentrums  
im Namen des gesamten Teams





## Krebs bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

### Betroffene sehen sich mit besonderen somatischen, psychosozialen und sozioökonomischen Herausforderungen konfrontiert.

Jährlich erkranken etwa 510.000 Menschen in Deutschland neu an Krebs. Dabei sind die Männer im Mittel 70 Jahre alt, die Frauen 69 Jahre, wenn sie die Diagnose Krebs erhalten. Das bedeutet: Krebs ist zum Großteil eine Krankheit des älteren Menschen. Was diese Statistik jedoch nicht widerspiegelt ist die Tatsache, dass pro Jahr in Deutschland auch ca. 16.000 Heranwachsende und junge Erwachsene zwischen 15 und 39 Jahren (Adolescents and Young Adults (AYA)) an Krebs erkranken. In dieser Altersgruppe ist das Mammakarzinom mit einer jährlichen Inzidenz von ca. 2.500 in Deutschland die häufigste onkologische Diagnose, gefolgt vom Hodenkrebs mit ca. 2.200 und dem Malignen Melanom mit ca. 2.100 Erkrankungen pro Jahr. Auch hämatologische Neoplasien wie Leukämien oder Hodgkin Lymphome treten in dieser Altersgruppe relativ häufig auf, Tumorarten des höheren Alters wie Prostatakarzinome kommen dagegen kaum vor.

Die Betreuung dieser Patientengruppe stellt eine spezielle Herausforderung für Ärzte, Pflegepersonal und Psychoonkologen dar. Sowohl aus medizinischer als auch aus psychosozialer Sicht ist Krebs bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen einerseits von der pädiatrischen Onkologie und andererseits von der Onkologie des älteren Menschen klar abzugrenzen. Die Prognose in dieser Altersgruppe ist überdurchschnittlich gut - mehr als 80% können langfristig geheilt werden. So sind in den letzten 20 Jahren etwa 250.000 junge Menschen zu Überlebenden nach

Krebs, den sogenannten Cancer Survivors geworden. Zur weiteren Verbesserung der Überlebenschancen wird zukünftig der rasante Fortschritt in Medizin und Wissenschaft beitragen.

Dabei dürfen wir nicht vergessen: Wie geht es den jungen Menschen, die mit solch einer Erkrankung konfrontiert werden? Was bedeutet es, jung und krebserkrankt zu sein und zu überleben? Die Diagnose Krebs stürzt Jugendliche und junge Erwachsene abrupt in eine existenzielle Lebenskrise und vernichtet schlagartig die Leichtigkeit und Unbeschwertheit, die für diese Lebensphase typisch sein sollte. Wenn junge Betroffene die Diagnose Krebs erhalten, befinden sich viele in einer vulnerablen Lebenssituation. Die Krankheit zerstört plötzlich alle Zukunftspläne, das Gefühl von Autonomie und Selbstverwirklichung wird durch Zukunftsängste und Gedanken an Sterben und Tod verdrängt. Die jungen Krebserkrankten sind häufig noch in der Ausbildung oder stehen am Anfang ihrer beruflichen Karriere, Studium und Arbeit müssen unterbrochen werden und das Risiko in Armut abzurutschen wird zur realen Bedrohung. Viele sind wieder auf die Unterstützung ihrer Eltern angewiesen und verlieren ihre Unabhängigkeit. Darüber hinaus ist für die meisten jungen Erwachsenen der Erhalt der Fruchtbarkeit ein wichtiges Thema. Denn häufig ist bei ihnen die Familienplanung noch nicht abgeschlossen und viele Krebstherapien (z.B. Chemotherapie oder Bestrahlung) haben gravierende Auswirkungen auf die Fertilität. Nicht selten haben

die Betroffenen Angst vor Stigmatisierung, nehmen nicht mehr wie gewohnt in ihrem sozialen Umfeld teil und ziehen sich gesellschaftlich zurück. Hinzu kommt das erhöhte Lebenszeitrisiko von Langzeitfolgen und Zweitneoplasien. Kurzum sehen sich die jungen onkologischen Patientinnen und Patienten mit einer Vielzahl komplexer somatischer, psychosozialer sowie sozioökonomischer Herausforderungen konfrontiert und erfahren häufig nur unzureichende Unterstützungsangebote.

Noch gibt es zu wenig systematische Forschung und evidenzbasierte Versorgungsangebote für junge Erwachsene mit und nach Krebs. Jedoch sind in den letzten Jahren viele multidisziplinäre Bestrebungen auf den Weg gebracht worden, um das Hilfsangebot für die Betroffenen zu verbessern. Im Jahr 2018 wurde das Informationsportal AYApedia durch den Arbeitskreis AYA-Netzwerk der DGHO (Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie) geschaffen. Seither wird über diese Plattform kontinuierlich aktuelles Informationsmaterial für Fachkräfte und Erkrankte bereitgestellt. Eine Organisation, die gezielt junge Krebsbetroffene während und nach ihrer Krankheitsphase unterstützt, ist die „Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs“, die im Jahr 2014 von der DGHO ins Leben gerufen wurde. Sie möchte durch die Förderung von Wissenschaft und Forschung sowie des öffentlichen Gesundheitswesens die Therapiemöglichkeiten und die Versorgungssituation für junge Menschen mit Krebs

## Viszeralonkologisches Zentrum: Personelle Veränderungen 2022

verbessern. Seit Ende 2015 steht das online-basierte „Junge Krebsportal“ zur Verfügung, über das junge Betroffene niederschwellig in Form von Chats, telefonischen Beratungen oder persönlichen Gesprächen schnell und individuell Informationen von Expertinnen und Experten erhalten können. Auch über den Verein „Gemeinsam gegen den Krebs e.V.“ der in enger Zusammenarbeit mit den Kliniken Südostbayern AG und dem Onkologischen Zentrum Traunstein agiert, werden gegenwärtig Unterstützungsangebote für junge Erwachsene mit Krebs implementiert, um einer bedarfsgerechten Versorgung der jungen Betroffenen in unserer Region besser nachkommen zu können.

Trotz aller Bemühungen bedarf es weiterhin einer kontinuierlichen Optimierung der Versorgungsstrukturen durch nachhaltige Finanzierung, strukturierte Survivorship-Programme und multiprofessionelle Begleitung um die Versorgungslücke zur Bewältigung der Krankheit und ihrer Folgen von jungen Erwachsenen mit Krebs besser schließen zu können. ■

<https://junge-erwachsene-mit-krebs.de/>  
<https://www.gemeinsamgegenkrebs.de/>

*Dr. med. Kai Tran*

*Berater Junges Krebsportal und Ansprechpartner der Deutschen Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs*

### KONTAKT

Abt. Hämatologie, Onkologie, Palliativmedizin  
Dr. Kai Tran

T 0861 705-1243

F 0861 705-1729

E [kai.tran@kliniken-sob.de](mailto:kai.tran@kliniken-sob.de)



Das Viszeralonkologische Zentrum mit den Schwerpunkten kolorektaler und pankreatischer Neoplasien hat sich unter der weiterbestehenden Leitung durch Dr. med. Björn Lewerenz, Chefarzt der Abteilung für Gastroenterologie, Hepatologie und interventionelle Endoskopie, in entscheidenden Funktionen personell neu aufgestellt.

Nach dem Ausscheiden von PD. Dr. Rolf Schauer, hat zum 01.02.2022 Dr. med. Thomas E. Langwieler die Chefärztliche Leitung der Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie in Traunstein übernommen. Neben der Leitung der chirurgischen Abteilungen beider Standorte Bad Reichenhall und Traunstein, übernimmt er die Aufgabe des von der Deutschen Krebsgesellschaft ausgewiesener Senior-Darmoperateurs und Pankreasoperators für das Darmkrebs- und Pankreaszentrum. Zudem bekleidet er die Position der stellvertretenden Leitung innerhalb des Viszeralonkologischen Zentrums.

Die Koordination des Darmkrebszentrums erfolgt von chirurgischer Seite weiterhin durch die Oberärztin Dr. med. Birgit Reinisch. Für das Pankreaszentrum hat mit dem Standortwechsel von Bad Reichenhall nach Traunstein zum 01.03.2022 Oberärztin Steffi Lasch die Aufgabe der Koordinatorin übernommen und befindet sich derzeit in der Ausbildung zur Zentrumsoperateurin für Pankreasneoplasien.

Im konservativen Bereich tritt Dr. med. Helen Bauer, Oberärztin in der Abteilung für Gastroenterologie, Hepatologie und interventionelle Endoskopie, zum 01.09.2022 die Nachfolge von Oberarzt Dr. med. Manuel Strohmeier in der Koordination beider Schwerpunkte an.

Mit großer Motivation und neuem Schwung werden wir gemeinsam mit unseren Kooperationspartnern die Weiterentwicklung des Viszeralonkologischen Zentrums vorantreiben und ausbauen. ■

*S. Lasch, Oberärztin*



▲ Dr. Björn Lewerenz



▲ Dr. Thomas E. Langwieler



▲ Dr. Birgit Reinisch



▲ Dr. Helen Bauer



▲ Steffi Lasch

# „Neue“ Gesichter

## Dr. Helen Bauer - Koordinatorin im viszeralonkologischen Zentrum

Seit dem 1. September 2022 darf ich den internistisch-gastroenterologischen Part des Koordinatorenteams des Viszeralonkologischen Zentrums mit Darm- und Pankreaszentrum am Klinikum Traunstein übernehmen. Über das geschenkte Vertrauen und die mit der Koordinatorenfunktion einhergehenden neuen Aufgaben freue ich mich sehr!

Als gebürtige Chiemgauerin habe ich an der Ludwig-Maximilians Universität München Medizin studiert und dort auch promoviert. Teile meines Praktischen Jahres habe ich in den USA verbracht. Meine Assistenzarztzeit verbrachte ich wieder an der LMU München, sowohl im Klinikum Innenstadt als auch im Klinikum Großhadern in den Med. Kliniken IV und II, schwerpunktmäßig in der Gastroenterologie. Bereits hier waren die Sonografie und die Endoskopie meine Schwerpunktbereiche. Nach Abschluss meiner Internistenprüfung wechselte ich im Dezember 2019 ans Klinikum Traunstein in die Abteilung für Gastroenterologie, Hepatologie und interventionelle Endoskopie unter der Leitung von Herrn Dr. A. Kreuzmayr bzw. seit Oktober 2020 unter der Leitung von Herrn Dr. B. Lewerenz. Seit Dezember 2021 bin ich Fachärztin für Innere Medizin und Gastroenterologie, seit März 2022 Oberärztin der Klinik.

Zusammen mit den Oberärztinnen Frau Dr. Birgit Reinisch und Frau Steffi Lasch aus der Viszeralchirurgie sowie unseren Chefärzten Herrn Dr. Björn Lewerenz und Herrn Dr. Thomas Langwieler ist es unser Ziel, für unsere Patientinnen und Patienten mit gastrointestinalen Tumoren wie z.B. Kolon- und Pankreaskarzinom eine optimale, leitliniengerechte und gleichzeitig individuelle Versorgung zu gewährleisten. Ich freue mich auf die enge Zusammenarbeit mit unseren internen und externen Kooperationspartnern sowie die neuen Herausforderungen auf dem Weg. ■



## Dr. med. Thomas E. Langwieler - Chefarzt Allgemein-, Viszeral- u. Minimal Invasive Chirurgie

AAan dieser Stelle möchte ich Gelegenheit nutzen mich als neuen Chefarzt der Allgemein-, Viszeral- u. Minimal Invasive Chirurgie am Klinikum Traunstein vorzustellen.



Die Ausbildung (1990) zum Facharzt f. Chirurgie und Viszeralchirurgie absolvierte ich an der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf mit Aufenthalten in Chicago/USA und Biel/Schweiz. Schwerpunktmäßig beschäftige ich mich seit 2002 mit der Resektion von Malignomen durch die Minimal Invasive Technik. Im Dezember 2015 übernahm ich in der Kreisklinik Bad Reichenhall die Leitung der Chirurgie (Viszeral- u. Thoraxchirurgie). Im Februar 2022 kam die Leitung der Allgemein-, Viszeral- u. Minimal Invasive Chirurgie am Klinikum Traunstein dazu. Seit 2014 bin ich kontinuierlich von der Dt. Krebsgesellschaft ernannter Senior-Darmoperateur. Die interdisziplinäre Behandlung mit Kollegen im Haus und den Hausärzten liegt mir für unserer Patienten besonders am Herzen. Zusammen mit meinem Team arbeiten wir gemeinsam daran mittels neuester Techniken hier die bestmögliche Therapie nach den aktuellen Leitlinien zu erzielen. ■



## Ernährung – was tut gut?

Das Thema ‚Ernährung‘ ist in aller Munde – im wahrsten Sinne des Wortes. Viele Lebensmittel und Rezepte gibt es, die uns ein schmackhaftes Mahl bereiten lassen. Dazu gibt es viele Informationen und Angebote, Tipps und Meinungen in den unterschiedlichsten Medien.

### Doch was tut gut, was ist gut?

‚One fits all‘, d.h. die ‚eine, richtige Ernährung‘ dürfte schwierig zu finden sein – vermutlich gibt es sie nicht. Vielmehr existieren verschiedene Ernährungsmuster, die positive, jedoch im ungünstigen Fall auch negative Auswirkungen auf den Organismus haben können. Für eine positive Beeinflussung und Unterstützung unseres Organismus ist wichtig, dass alle Basisnährstoffe (Kohlehydrate, Eiweiße und Fette) sowie die Mikronährstoffe (Vitamine und Spurenelemente) in dem Maße und in dem richtigen Verhältnis zueinander zugeführt werden wie sie unser Körper braucht, um seine Struktur und seine Funktion(en) erhalten zu können.

Im Falle einer Tumorerkrankung oder Tumorbehandlung bedeutet dies konkret, dass Körpergewicht und Ernährungszustand erhalten bleibt, vielleicht sich sogar bei bereits eingetretenem Verlust sich wieder erhöht bzw. verbessert. Medizinische Leitlinien weisen darauf hin, dass damit die körperliche Leistungsfähigkeit,

die Verträglichkeit einer Tumorbehandlung sowie der Erkrankungsverlauf an sich – ganz allgemein die Lebensqualität – entscheidend verbessert werden.

Dabei ist es sinnvoll den Ernährungszustand jedes einzelnen Patienten individuell zu erfassen und die individuellen Symptome, Beschwerden und Beeinträchtigungen zu beachten. Wichtige Größe hierbei ist der Body Mass Index aus Körpergewicht und Körpergröße. Auch der Gewichtsverlauf und Begleiterkrankungen der letzten Wochen und Monate müssen beachtet werden. Sollten sich größere Änderungen ergeben haben ist sicherlich eine genauere Erhebung und ggf. auch Handlungsbedarf gegeben. Handlungsbedarf bedeutet in diesem Zusammenhang, dass als medizinisch-therapeutische Intervention der Energie- und Nährstoffbedarf angepasst werden müssen. Das kann einerseits durch eine angepasste Auswahl an Lebensmitteln und Gerichten, aber auch durch notwendige Supplementierung geschehen.

Besonderes Augenmerk gilt Symptomen wie Appetitlosigkeit, Übelkeit, Durchfall oder auch Mundtrockenheit und Schluckstörung. Diesen Symptomen kann mit verschiedensten ernährungsmedizinischen Möglichkeiten begegnet werden. Dabei spielen die Kostform an sich, die Auswahl der Gerichte und der Nahrungs-

mittel, die Portionsgröße, die Häufigkeit der Mahlzeit, das Würzen, aber auch im notwendigen Falle die Supplementierung von Nährstoffen und die Anwendung von Arzneien eine wichtige Rolle.

Konkret bedeutet das für Patienten mit Appetitlosigkeit beispielsweise, dass kleine Mahlzeitenportionen, dafür aber häufigere Mahlzeiten angeboten werden sollten. Kleine Zwischenmahlzeiten können protein- oder kohlehydratverstärkt sein, um den Tagesbedarf an Energie und Nährstoffen bei kleinen Portionen zu decken. Die individuelle geschmackliche Akzeptanz sollte herausgefunden werden, ggf. können bei Geruchs- oder Geschmacksveränderungen auch andere Gewürze oder auch nur das vorsichtige Würzen mit der Möglichkeit zum Nachwürzen den Appetit wieder anregen. Nicht zu vergessen: das Auge isst mit – eine ansprechende visuelle Zubereitung erhöht ebenfalls den Appetit.

Im Rahmen der Behandlungen in unserem onkologischen Zentrum spielt ‚Ernährung‘ eine ebenfalls immer größere Rolle. Wir versuchen dabei, unseren Patienten verschiedene ernährungsmedizinische Möglichkeiten im Rahmen der therapeutischen Begleitung aufzuzeigen. Bei unserem diesjährigen Patiententag gehen wir im Rahmen eines Vortrags auf ernährungsmedizinische Themen im Rahmen von Tumorerkrankung und -behandlung ein. ■

*Dr. Gerhard Fuchs*  
Oberarzt Gastroenterologie  
Klinikum Traunstein

#### KONTAKT

Abt. Innere Medizin - Gastroenterologie  
Dr. Gerhard Fuchs

T 0861 705-1261  
F 0861 705-1770  
E [gerhard.fuechls@kliniken-sob.de](mailto:gerhard.fuechls@kliniken-sob.de)



## Strahlentherapie

# Interview mit dem neuen Chefarzt der Abteilung für Strahlentherapie und Radioonkologie PD Dr. med. Matthias Hautmann hinsichtlich zu aktuellen Trends und Entwicklungen in der Strahlentherapie

Herr PD Dr. Hautmann nochmal herzlich Willkommen im onkologischen Zentrum Traunstein. Sie sind ja seit April 2022 bei uns tätig. Konnten Sie sich bereits gut einleben?

*Hautmann:* Danke der Nachfrage. Ich bin gut angekommen und habe mich sowohl in Traunstein, in der KSOB insgesamt wie natürlich auch im onkologischen Zentrum sehr gut aufgenommen gefühlt.

Sie kommen vom Universitätsklinikum Regensburg, dass deutschlandweit mit 15 Organkrebszentren unter den Universitätsklinikern sehr weit vorne steht. Somit können Sie sicherlich kurze Einschätzung über das onkologische Zentrum Traunstein geben?

*Hautmann:* Wie Sie schon gesagt haben komme ich von einem Universitätsklinikum, dass unter anderem einen onkologischen Schwerpunkt hat. Ich war dort maßgeblich in unterschiedliche Organkrebszentren eingebunden und selbstverständlich auch in das onkologische Zentrum. Das Niveau, das ich dabei in Regensburg kennengelernt habe und das OZ das ich in den letzten Monaten in Traunstein kennenlernen durfte, sehe ich absolut als vergleichbar an. Sowohl von den Strukturen, der technischen Ausstattung als auch der Expertise ist Traunstein sehr gut aufgestellt und zumindest vergleichbar mit Regensburg. Ein großer Vorteil, den ich in Traunstein sehr schätze, sind die „kurzen Wege“ zwischen den einzelnen Fachdisziplinen. Wir besprechen uns auch außerhalb der Tumorkonferenzen regelmäßig, Übergeben die Patienten, Visitieren gemeinsam und kennen uns, selbst nach der kurzen Zeit die ich da bin, relativ gut. Dies sehe ich als einen enormen Vorteil in der Patientenversorgung an und auch für die Zuweiser bietet es sehr gute Vorteile, da die Ansprechpartner klar sind und auch die Weitervermittlung von Informationen sehr gut funktioniert.

Ich bin auch sehr froh über die Erfahrungen die ich in Zentren für seltene Tumorerkrankungen, wie zum Beispiel bei den Sarkomen oder im Hauttumorzentrum über viele Jahre sammeln konnte, da ich auch diese Expertise in Traunstein gut einbringen kann.

Sie haben z. B. Sarkome und Hauttumore erwähnt. Wenn ich richtig informiert bin, waren Sie aber auch bei Kopf-Hals-Tumoren und Hirntumoren sehr aktiv.

*Hautmann:* Korrekt, seit vielen Jahren waren und gehören die Kopf-Hals-Tumore zu meinen medizinischen und auch wissenschaftlichen Schwerpunkten. Ich bin über viele Jahre in der Arbeitsgruppe der deutschen Krebsgesellschaft bei den Kopf-Hals-Tumoren sehr aktiv, war auch u. a. in Leitlinienprojekte eingebunden und habe in Regensburg sehr viele Studien in diese Richtung betreut. Umso mehr freut mich, dass hier in Traunstein eine gute Zusammenarbeit für diese Tumore mit der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Onkologie besteht. Ich glaube, dass wir eine gute Arbeit leisten werden und eventuell die Versorgung hinsichtlich einiger kleiner Aspekte optimieren können.

Daneben gehört Regensburg traditionell zu den größten Hirntumorzentren in Deutschland. Die Anzahl der Patienten die dort in der Strahlentherapie mit Hirntumoren behandelt wurden war sehr hoch, zumal der Einzugsbereich der Tumorzentren weit über die Grenzen der Oberpfalz hinausging.

Die Zusammenarbeit mit den Neurochirurgen hier in Traunstein läuft schon seit den ersten Wochen meiner Tätigkeit ausgezeichnet. Ich glaube, dass wir hier eine sehr gute Versorgung des neuroonkologischen Patientenkollektivs haben. Strahlentherapeutisch haben wir sowohl technisch als auch von Seiten der Expertise nahezu uneingeschränkte Möglichkeiten und können fast alle modernen Therapien auf universitärem Niveau anbieten.

Herr Dr. Hautmann, welche technischen Entwicklungen sehen Sie in den nächsten Jahren in der Strahlentherapie kommen und was kann in den KSOB angeboten werden, bzw. was planen Sie neu zu implementieren.

*Hautmann:* Eine Entwicklung, die in Traunstein großteils bereits etabliert ist, deren Stellenwert aber noch zunehmen wird ist die sogenannte atemgetriggerte Bestrahlung. Das bedeutet, dass bei Tumoren der Lunge oder des Thorax die Bestrahlung nur in bestimmten Atemphasen durchgeführt wird. Dies ist

zwar mit einem deutlich erhöhten Aufwand verbunden, kann aber die Dosisbelastung an Risikoorganen erheblich vermindern.

Bei der Planungscomputertomographie erfolgt hierbei die Aufzeichnung der Atemphasen über einen gewissen Zeitraum. Diese Aufzeichnung erfolgt entweder mittels Infrarotkamera und einem sogenannten Detektor, der auf dem Brustkorb des Patienten befestigt wird, oder es wird mittels Oberflächenscanner erfasst. Gleichzeitig erfolgt eine Computertomographie über den entsprechenden Bereich, um die Bewegung des Thorax während der Atmung und die Verschieblichkeit der zu bestrahlenden Läsion zu synchronisieren. Es wird dann die optimale Atemposition für die Bestrahlung bestimmt und ein entsprechender Bestrahlungsplan gerechnet. Auch während der Bestrahlung erfolgt die Detektion der Atmung über eine der oben genannten Methoden. Der Linearbeschleuniger (Bestrahlungsgerät) löst nur in den vorher definierten Atemphasen aus.

Diese Methode wird, wie bereits erwähnt in Traunstein schon seit einiger Zeit erfolgreich angewandt und ermöglicht uns Lungentumore, Lungenmetastasen oder sonstige Tumore im Thoraxraum zielgenau unter bestmöglicher Schonung der Lunge zu behandeln. Interessant ist diese Form der Bestrahlung auch bei abdominalen oder retroperitonealen Behandlungen anzuwenden, da wir wissen, dass auch z. B. die Niere, Nebenniere oder Leber sehr atemverschieblich sind. Mit der Zunahme der Indikation zur Hochpräzisionsstrahlentherapie bzw. Stereotaxie z. B. von Nieren- oder Nebennierenmetastasen oder gelegentlich auch Lebermetastasen gewinnt die atemgetriggerte Bestrahlung zunehmend an Bedeutung. Hier sind wir gerade dabei gute Konzepte für solche Patienten zu entwickeln.

Sie haben gerade schon anklingen lassen, dass die stereotaktische Bestrahlung in Zukunft häufiger werden wird. Können Sie vielleicht kurz erklären, was die stereotaktische Bestrahlung bedeutet und welche Hintergründe es hierbei gibt?

*Hautmann:* Bei der stereotaktischen Strah-

lenthherapie handelt es sich um eine Hochpräzisionsbestrahlung. Die intracranielle stereotaktische Strahlentherapie findet vorwiegend bei limitierter Hirnmetastasierung oder bei Rezidiven primärer Hirntumore ihre Anwendung. Zudem können auch viele gutartige Hirntumore sehr erfolgreich stereotaktisch bestrahlt werden.

Daneben existiert die extracranielle stereotaktische Bestrahlung (stereotactic body radiotherapy; SBRT). Hier behandelt man häufig Tumore in der oligometastasierten Situation, z. B. isolierte Lungenmetastasen. Zunehmend werden auch Metastasen der Leber, Niere oder Nebenniere und gelegentlich des Knochens oder sonstiger Organe stereotaktisch bestrahlt. Etabliert ist zudem die stereotaktische Strahlentherapie als primäre Therapie kleinerer Lungentumore. Hier bietet die SBRT eine sehr gute Alternative zur Resektion.

Sehr interessante Ansätze gibt es zur stereotaktischen Strahlentherapie bei nicht operablen oder rezidierten Pankreaskarzinomen. Man nutzt bei der stereotaktischen Bestrahlung ein physikalisches Phänomen aus, indem man die Dosis anders verordnet als bei der klassischen Strahlentherapie. Üblicherweise wollen wir eine homogene Dosis auf das sogenannte Zielvolumen applizieren, das heißt, dass 100 Prozent der Dosis im gesamten Zielvolumen ankommen und auch keine Dosisüberhöhungen auftreten. Indem man auf eine umschließende Isodose, z. B. die 80 Prozent umschließende Isodose verschreibt, kann man aufgrund des sogenannten Dosisquerschnitts einen steileren Abfall im Randbereich erzielen, sodass die umliegenden Organe deutlich besser geschont werden und höhere Bestrahlungsdosen bei jeder einzelnen Sitzung appliziert werden können. Dies erkaufte man sich durch eine „Dosisüberhöhung“ zentral im Zielvolumen (die allerdings bei der stereotaktischen Strahlentherapie auch gewünscht ist). Aufgrund dieser physikalischen Gegebenheiten bietet sich die stereotaktische Strahlentherapie allerdings nur für kleine Läsionen an, da der Vorteil bei größeren Läsionen nicht mehr gegeben ist.

Die Vorbereitung zur Strahlentherapie, die Konturierung der Zielvolumen als auch die Be-



strahlungsplanung sind bei einer stereotaktischen Strahlentherapie deutlich aufwändiger und auch die Qualitätssicherung der Bestrahlungsgeräte und die sogenannte Verifikation der Bestrahlungspläne sind komplex. Dennoch gibt es, wie ich oben beschrieben habe, viele Indikationen für eine solche Strahlentherapie. Insgesamt rechne ich damit, dass die Indikationen in den kommenden Jahren zunehmen werden. In einigen Fällen stellt die stereotaktische Strahlentherapie eine zumindest gleichwertige Alternative zu operativen Eingriffen dar und kann für den Patienten oftmals auch eine schonendere Behandlung bedeuten.

**Tatsächlich liest man immer wieder über stereotaktische Strahlentherapie, allerdings auch über andere Behandlungen wie Cyberknife oder Radiochirurgie. Könnten Sie hier vielleicht einmal die Unterschiede darstellen?**

**Hautmann:** Ich glaube, dass es hier gar nicht darum geht die Unterschiede darzustellen, sondern erst einmal die Begrifflichkeiten etwas zu erklären. Unter Radiochirurgie versteht man nichts anderes als eine stereotaktische Strahlentherapie, die als Einmalbestrahlung durchgeführt wird. Stereotaktische Bestrahlungen können entweder eben als Radiochirurgie oder als sogenannte fraktionierte Stereotaxie (hier kommen zu meist zwischen drei und acht Bestrahlungssitzungen zur Anwendung) erfolgen.

Cyberknife bezeichnet lediglich eine bestimmte Form eines Bestrahlungsgerätes. Im Grunde handelt es sich um ein spezialisiertes Gerät mit dem ausschließlich stereotaktische Bestrahlungen durchgeführt werden. Dieses Bestrahlungsgerät ist auf einem Roboterarm montiert. Der Unterschied zur stereotaktischen Bestrahlung wie wir sie in Traunstein

durchführen liegt darin, dass der Patient auf einem unbeweglichen Bestrahlungstisch liegt und das Gerät mittels Roboterarm in verschiedene Positionen fährt. Bei der „üblichen“ Stereotaxie besteht zwar eine gewisse Beweglichkeit des Bestrahlungsgerätes, das sich komplett um den Patienten drehen kann, für bestimmte Positionen wird allerdings der Tisch ausgelenkt. Insgesamt verfügen wir allerdings über vergleichbare Freiheitsgrade des Bestrahlungsgerätes, sodass wir in Traunstein in der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle mit derselben Präzision arbeiten können wie sie am Cyberknife möglich ist. Lediglich für ganz seltene Indikationen wie z. B. sehr kleine gutartige Tumore an der Schädelbasis kann es im Einzelfall mal sinnvoll sein eine Cyberknife Behandlung durchzuführen.

Einen großen Vorteil der stereotaktischen Bestrahlung am Linearbeschleuniger sehe ich darin, dass man den Patienten unvoreingenommen über verschiedene Optionen, nämlich auch über eine normofraktionierte „klassische“ Strahlentherapie beraten kann. Nicht in allen Situationen ist die stereotaktische Strahlentherapie die ideale Therapie für einen Patienten.

**Vielen Dank für die Ausführungen und Ihre Einschätzungen der zukunftsfähigen Entwicklung der Strahlentherapie. Ich wünsche Ihnen auch weiterhin viel Erfolg in Traunstein. ■**

#### KONTAKT

Strahlentherapie und Radioonkologie  
PD Dr. med. Matthias Hautmann

T 0861 705-1293

F 0861 705-1751

E [matthias.hautmann@kliniken-sob.de](mailto:matthias.hautmann@kliniken-sob.de)





## Hämatologische Neoplasien

### Behandlung im Klinikum Traunstein

In Deutschland erhalten jährlich über eine halbe Million Menschen eine Krebsneudiagnose. Der Gesamtanteil hämatologischer Erkrankungen an allen malignen Erkrankungen beträgt aktuell 8,17 Prozent. Deutschlandweit erkranken demnach pro Jahr 32.830 Menschen, darunter 1.000 Kinder unter 18 Jahren an einer bösartigen Neubildung des blutbildenden und lymphatischen Systems, wozu Leukämien, Lymphome, Plasmozytome/multiple Myelome, Myeloproliferative Neoplasien (MPN) und Myelodysplastische Syndrome (MDS) zählen. Das mittlere Erkrankungsalter bei Frauen beträgt 68 Jahre und bei Männern 66 Jahre. Dank der immensen Fortschritte in Diagnostik und Therapie ist die altersstandardisierte Sterblichkeit für diese Erkrankungen seit Anfang der 1990er Jahre rückläufig trotz steigender Inzidenzzahlen. Im Jahr 2013 betrug die relative 5-Jahres-Überlebensrate sowohl bei Frauen als auch bei Männern mit hämatologischen Krebserkrankungen 62 Prozent mit steigender Tendenz. Die Prognosen bei Kindern und Jugendlichen, bei denen Leukämien und Lymphome 45 Prozent aller Krebsneuerkrankungen ausmachen, sind nochmal deutlich besser. So können heute 90 - 95 Prozent der Kinder und Jugendlichen mit einer akuten lymphatischen Leukämie (ALL) dauerhaft von diesen Krankheiten geheilt werden, bei Erwachsenen konnte die 5-Jahres-Überlebensrate insgesamt von <10 Prozent Anfang der 80er Jahre

auf über 60 Prozent gesteigert werden. Die 5-Jahres-Überlebensrate bei Kindern und Jugendlichen mit einer akuten myeloischen Leukämie (AML) liegt aktuell bei 70-75 Prozent, bei Erwachsenen mit behandelbarer Erkrankung im Durchschnitt bei 20 - 40 Prozent (je nach zytogenetischen und molekulargenetischen Veränderungen liegen die Überlebensraten zwischen 10 und 90 Prozent). Neben dem reinen Überleben rückt somit zunehmend die Lebensqualität von Menschen mit hämatologischen Krebserkrankungen in den Fokus der Versorgung.

Wie bei den soliden Tumoren sind Therapie und Prognose bei den hämatologischen Neoplasien abhängig von der Erkrankung und dem Stadium. Die Art und Intensität der Behandlungen richten sich zudem nach dem Alter, den Vorerkrankungen und der körperlichen Fitness der Patient:innen. Im Gegensatz zu den soliden Tumoren handelt es sich bei hämatologischen Neoplasien meist um Systemerkrankungen, sodass hier die Chemo- und/oder Immuntherapie an erster Stelle der medizinischen Therapie steht.

Akute Leukämien verlaufen oft rasant schnell, so dass hier eine sofortige Diagnostik und Therapieeinleitung notwendig wird. Mit Chemotherapie, aber auch zunehmend dem zusätzlichen Einsatz von zielgerichteten Therapien wie beispielsweise FLT3-, IDH-1 und

IDH-2-Hemmern bei der AML kann meist erst einmal eine rasche Remission und Kontrolle der Erkrankung erreicht werden. Die bislang einzige kurative Therapieform bei akuten Leukämien ohne gute Risikokonstellation ist die allogene Stammzell- bzw. Knochenmarkstransplantation. Hiernach sind die Patienten für einige Monate, selten auch Jahre durch Immunsuppression hochgradig infektanfällig, ausserdem droht eine sog. Graft-versus-Host-Erkrankung. Insgesamt liegt die Transplantations-assoziierte Mortalitätsrate immer noch bei ca. 10 - 30 Prozent, dafür bietet diese Behandlungsmethode aber eine reelle Langzeit-Heilungschance.

Bei der chronischen myeloischen Leukämie (CML) werden seit Anfang der 0-er-Jahre meist Tyrosinkinase-Inhibitoren (TKI) verschrieben, welche oftmals eine dauerhafte Krankheitskontrolle über Jahrzehnte mit kaum spürbaren Nebenwirkungen ermöglichen. Bei gutem Verlauf ist mittlerweile sogar eine Absetzstrategie nach Jahren der Behandlung mit Erfolg möglich.

Maligne Lymphome sind eine heterogene Gruppe von über 50 verschiedenen bösartigen Lymphdrüsenenerkrankungen mit recht unterschiedlichem Verlauf. Aggressive Lymphome müssen meist umgehend behandelt werden, hier ist durch den Einsatz einer Immun-Chemotherapie u.a. mittels eines CD-20-Antikörpers eine Heilungsrate von mitun-



ter über 60 - 90 Prozent möglich. Bei anderen, sog. indolenten Lymphomen kann oft lange nach Diagnosestellung zugewartet werden, bis die Erkrankung behandlungsbedürftig wird. Dann kann hier in vielen Fällen die Erkrankung in eine gute Remission gebracht werden, die oft über Jahre anhält, eine Ausheilung ist aber selten möglich. Auch beim Wiederauftreten kann im Allgemeinen erneut mit sehr guten Aussichten behandelt werden. Hier kommen auch immer wieder neu entwickelte Substanzen zum Einsatz, so dass wir hier ein ganzes Armentarium an Behandlungsmöglichkeiten haben.

Bei myeloproliferativen Erkrankungen wie der Polycythaemia vera (PV) und der essentiellen Thrombozythämie (ET) ist die Reduktion von arteriellen und venösen Thrombosen ein primäres Therapieziel, weshalb Aderlässe und die Gabe von Thrombozytenaggregationshemmern oder Antikoagulantien zum Einsatz kommen. Im längerfristigen Verlauf werden hier aber auch zytoreduktive Medikamente notwendig.

Bei fortgeschrittenen multiplen Myelomen (im deutschsprachigen Raum auch gleichbedeutend mit Plasmozytomen) ist die Prognose in den letzten zehn Jahren von ca. zwei auf durchschnittlich über sieben Jahre rasant angestiegen durch Entwicklung einer ganzen Reihe von unterschiedlichen neuen Substanzen. In Fällen mit einer günstigen Risikokonstellation sind aber auch deutlich längere Überlebenszeiten möglich. Problem hierbei ist oft eine Dauerbehandlung, die mittlerweile sehr hohe Therapiekosten nach sich ziehen.

Bei der Behandlung von Lymphomen, lymphatischen Leukämien und Multiplen Myelomen werden in manchen Fällen neben Hochdosischemotherapien mit Stammzelltransplantation neuerdings auch Immuntherapien mit genetisch umprogrammierten Killerzellen gegen den Krebs, sog. CAR-T Zellen eingesetzt.

Im Klinikum Traunstein kümmern wir uns seit vielen Jahren besonders intensiv um Patienten mit hämatologischen Erkrankungen.

Durch die rasanten Therapiefortschritte sind hier Fortbildungen mehrfach pro Jahr und der kollegiale Austausch mit den Kollegen der Unikliniken bzgl. allogener Stammzelltransplantation oder dem Einsatz von CAR-T-Zellen unabdingbare Voraussetzungen, um immer die besten Chancen für unsere Patienten anbieten zu können. Seit langem sind wir in wichtige deutsche Studiengruppen zur Therapie der akuten Leukämien, Lymphome und Plasmozytome eingebunden und nehmen an einer Reihe von Studien für hämatologische Neoplasien teil. Damit können wir neben einem Beitrag zur klinischen Forschung unseren Patienten vor allem hochaktuelle Therapiekonzepte und auch neue Substanzen noch vor der Zulassung anbieten, die immer wieder relevante Verbesserungen in der Prognose dieser Erkrankungen erbringen. Im Jahr 2021 sind über 30 Prozent unserer hämatologischen Patienten in solchen Studien registriert oder auch in neuartige Therapien eingebunden worden. Um unserer kontinuierlichen Arbeit in diesem Bereich einen offiziellen Stempel aufzudrücken haben wir uns für die Zertifizierung zum „Zentrum für hämatologische Neoplasien“ durch die Deutsche Krebsgesellschaft gemeinsam mit der am Krankenhaus bestehenden hämatologisch-onkologischen Praxis Drs. Kronawitter/Jung angemeldet. ■

*Dr. Thomas Kubin und Dr. Florian Zettl*

#### KONTAKT

Abt. Hämatologie, Onkologie, Palliativmedizin  
Dr. Thomas Kubin

T 0861 705-1243

F 0861 705-1729

E [florian.zettl@kliniken-sob.de](mailto:florian.zettl@kliniken-sob.de)

# Festliche Benefiz-Gala in Gut Ising

## Sie erbrachte 27.000 Euro für »Gemeinsam gegen den Krebs e.V.«

Dass ein trauriges Thema Menschen zu sehr viel Unterstützung und mutmachenden Aktionen bewegen kann, zeigte die Benefiz-Gala zugunsten des Vereins »Gemeinsam gegen den Krebs« auf Gut Ising. Zusammen mit BR-Moderator Norbert Joa wirkten der im Chiemgau lebende Schauspieler Richy Müller, die Musiker Stefan Dettl und Fabian Jungreithmayer von der Kultband »LaBrassBanda« sowie der Langlauf-Olympiasieger Tobias Angerer daran mit, dass eine Spendensumme von 27.000 Euro zusammenkam.

In der festlich geschmückten Festhalle erläuterte Christoph Leinberger, General Manager von Gut Ising, im Gespräch mit Norbert Joa die besondere Bedeutung des Abends aus seiner Sicht: »Krebs ist ein Thema, mit dem viele von uns durch eigene Betroffenheit, Verwandte oder Bekannte konfrontiert sind. Die passende Information und Unterstützung sind in dieser Situation essenziell. Hierbei leistet der Verein ‚Gemeinsam gegen den Krebs‘ außergewöhnliches Engagement und verdient jegliche Unterstützung.«

Die konkrete Arbeit und die Hilfsangebote stellte Professor Dr. Dirk Zaak, Chefarzt am Klinikum Traunstein und Vorsitzender des Vereins, vor. Wie er erläuterte, ergänzt das 2017 ins Leben gerufene Bündnis aus Ärzten sowie Fachkräften aus dem Sozial- und Gesundheitswesen die ambulante und stationäre

Krebsmedizin durch psychoonkologische und soziale Unterstützung. Den Startschuss hatte nicht zuletzt eine fünfstellige Spende des Unternehmers Engelbert Regnauer ermöglicht, der im Kurzinterview mit Norbert Joa seine Motive erläuterte. Die Arbeit in der Traunsteiner Geschäftsstelle mit sechs Mitarbeitern und einem Finanzbedarf von 60.000 Euro pro Jahr werde ausschließlich über Spenden finanziert, erklärte Professor Dr. Zaak. »Daher macht es uns sehr stolz, dass wir seither mehrere Hundert von Patienten mit unterschiedlichsten Maßnahmen begleiten konnten.« Dies geschieht etwa durch Familien- und Sozialsprechstunden, Sozial-, Rechts- oder Ernährungsberatung. Von den berührenden Erlebnissen mit kleinen Kindern erzählte Dr. Marion Böger.

Auf die Konfrontation mit dem Thema Tod als Stuttgarter Tatortkommissar Thorsten Lannert im Fernsehen und durch Krebsfälle in der eigenen Familie ging Schauspieler Richy Müller im Gespräch mit Norbert Joa ein. Er beleuchtete auch seine Stationen als Schauspieler, seine Vorliebe für Autorennen, die Familienbande im Chiemgau und sein soziales Engagement. »Gerade deshalb ist es entscheidend, wichtige Initiativen bekannt zu machen und Menschen zum Helfen zu bewegen, denn jeder Euro zählt.«

Über den weltweiten Erfolg als Band aus dem Chiemgau, Sound-Experimente mit Yoga und das neue Buch »LaBrassBanda – Bar-

fuss in Lederhosen um die Welt« erzählte Bandfrontmann Stefan Dettl im Wechsel mit kurzweiligen Songs. Begleitet wurde er dabei von Gitarrist Fabian Jungreithmayer. »Gerade, wenn die Sonne mal nicht scheint, sind Menschen wichtig, die sich um einen kümmern«, erklärte Dettl.

Spannungsreich gestaltete sich die Live-Versteigerung von Erlebnissen mit den anwesenden Prominenten. Neben einem gemeinsamen Tatort-Fernsehabend mit Richy Müller, den sich »LaBrassBanda«-Frontmann Stefan Dettl sicherte, gab es ein professionelles Langlauf-Training mit Olympiasieger Tobias Angerer auf der Winklmoosalm zu gewinnen ebenso wie eine Polostunde mit Eva Brühl als bundesweit beste Polospielerin sowie ein VIP-Konzert-Erlebnis von LaBrassBanda. Knapp 10.000 Euro kamen dabei für den Verein zusammen. »Gerade überwältigt« zeigte sich Zaak über die große Hilfsbereitschaft beim gemeinsamen Resümee zum Spendenabend. Mit fetzigen Klängen von DJ Buster Ring klang der Festabend aus. ■



Foto: Axel Effner

### SPENDEN

Alle, die den Verein »Gemeinsam gegen den Krebs« unterstützen möchten, können unter dieser Kontoverbindung spenden:

IBAN: DE57 7105 2050 0040 5801 85,  
BIC: BYLADEM1TST

◀ Der Vorsitzende des Vereins »Gemeinsam gegen den Krebs«, Prof. Dr. Dirk Zaak (links), freute sich über die Unterstützung auch durch Schauspieler Richy Müller, der den Stuttgarter Tatort-Kommissar Thorsten Lannert verkörpert

# Tumordokumentation am Klinikum Traunstein

Heute möchten wir Ihnen die Abteilung für Tumordokumentation vorstellen – eine kleine Abteilung, die eher im Hintergrund arbeitet, aber dennoch eine wichtige Aufgabe erfüllt. Zunächst zur Frage, warum man eine solche Abteilung überhaupt braucht:

Aufgrund der wachsenden Anzahl an Krebsneuerkrankungen entwickelte das Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam mit der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren 2008 den „Nationalen Krebsplan“. Schwerpunkte des Plans sind die Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und der onkologischen Versorgungsstrukturen, Sicherstellung einer effizienten onkologischen Behandlung und Stärkung der Patientenorientierung.

Es folgte ein langer Prozess der Weiterentwicklung der Krebsregister. Nun, mit Inkrafttreten des Bayerischen Krebsregistergesetzes am 1. April 2017 sind Ärzte und medizinische Einrichtungen verpflichtet, Diagnosen, Therapien oder Nachsorgen von bösartigen Krebserkrankungen an das zugehörige Krebsregister zu melden. Das Bayerische Krebsregister wird künftig am Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) geführt und unterhält sechs Regionalzentren, wobei das Regionalzentrum München für den Regierungsbezirk Oberbayern und damit auch für unsere Kliniken zuständig ist.

Die Daten werden am LGL pseudonymisiert ausgewertet und entsprechen damit den hohen Anforderungen an den Datenschutz, da es sich um äußerst sensible Gesundheitsdaten handelt. Krebsregister erheben flächendeckend Informationen zu Ursachen und Entwicklung von Krebserkrankungen. Die im Krebsregister erfassten Daten können der Wissenschaft und Forschung zur Verfügung gestellt werden und ergänzen so klinische und epidemiologische Studien.

Zu ihren Aufgaben gehört auch die Untersuchung der regionalen Verteilung, d.h. die epidemiologische Analyse der Krebsregisterdaten erfolgt bevölkerungsbezogen, sie richtet sich nach den Wohnorten oder

Landkreisen, in denen die Patienten wohnen. So kann festgestellt werden, ob es in bestimmten Gebieten zu Häufungen von Tumorerkrankungen kommt. Die Auswertungen der verschiedenen Therapien und deren Verläufe tragen zur Qualitätssicherung bei,

so können große Falldaten bei seltenen Entitäten zu einer verbesserten Therapie führen. Ab 2023 soll die Datenzusammenführung beim RKI nochmals deutlich verbessert werden: Daten der Krebsregister werden mit den Abrechnungsdaten der Krankenkassen zusammengeführt und auch die Ergebnisse aus Registerstudien sollen einfließen. Die Krebsregister liefern wertvolle Auswertungen, die den Ärzten zur Verfügung gestellt werden und auch in die Leitlinien einfließen - somit wird ein Beitrag für eine leitliniengerechte, evidenzbasierte Versorgung der Patienten geleistet.

## Was tragen wir hier am Klinikum Traunstein dazu bei ?

Mit der Gründung des Onkologischen Zentrums im Jahr 2012 wurde der Aufbau einer Abteilung für Tumordokumentation verpflichtend. Deshalb wurden Dokumentarinnen eingestellt und wir begannen Schritt für Schritt uns in die Dokumentation verschiedener Tumoren und die Eingabe der Daten in ein Tumordokumentationssystem einzuarbeiten. In Traunstein arbeiten wir mit dem Gießener Tumordokumentationssystem, GTDS, ein altbewährtes System der Universität Gießen, mit dem mittlerweile auch die Krebsregister in Bayern arbeiten. Dies erleichtert uns den elektronischen Export der Daten. Da die Daten nicht nur für die Meldung an das Krebsregister erhoben werden, sondern auch der Qualitätssicherung unserer Arbeit in den onkologischen Organzentren dient, werden über das Jahr immer wieder Auswertungen gemacht und die Ergebnisse in den jeweiligen Organzentren vorgestellt und besprochen. Eine Aufgabe der Dokumentarinnen ist es



▲ Das Team der Tumordokumentation. Ursula Ghasemi in der Mitte.

auch, sich um die Nachsorgedaten der Patienten zu kümmern. Aufgrund des sehr strengen Datenschutzes ist es nicht immer einfach, die entsprechenden Informationen von den betreuenden Ärzten zu erhalten. Die regelmäßigen Nachfragen dienen damit auch der Patientensicherheit. Mittlerweile wurde die Abteilung um eine Mitarbeiterin erweitert, da der Arbeitsumfang durch die neu gegründeten Organzentren und die neuen Anforderungen der Krebsregister immer größer wird.

Um die Patientenrechte zu gewährleisten, werden Patientinnen und Patienten durch die behandelnde Institution, Praxis oder Klinik, wenn diese erstmalig eine Meldung an das Krebsregister abgibt, über Meldung und ihr Widerspruchsrecht informiert. Sie haben auch das Recht zu erfahren, welche Daten im Krebsregister über sie gespeichert werden.

Aus diesem Grund werden auch die Patientinnen und Patienten am Klinikum Traunstein gebeten, ein entsprechendes Formular zu unterschreiben das uns erlaubt, ihre Daten an das Krebsregister zu melden. Gerne können sie aber auch eine Broschüre des Krebsregisters erhalten, in der alle Informationen zu diesem Thema enthalten sind.

Aktuell wies Dr. Lauterbach beim Deutschen Krebskongress in Berlin in der Eröffnungsrede auf die Bedeutsamkeit und Tragweite Onkologischer Zentren und damit verbunden die Zusammenführung von Krebsdaten im Sinne einer besseren Versorgung unserer Patienten hin. Gerne leisten wir hierfür unseren Anteil. ■

*Ursula Ghasemi*  
Leiterin des Studiensekretariates und der klinischen Tumordokumentation



**SAVE THE DATE!**

**17. Chiemgauer Krebskongress**  
am Freitag, den 21. April 2023

Im Kulturforum Klosterkirche Traunstein  
Einladung folgt

**ONKOLOGISCHES  
ZENTRUM  
TRAUNSTEIN**

**DKG**  
KREBSGESELLSCHAFT  
Zertifiziertes  
Onkologisches  
Zentrum



**STRUKTUR DES ONKOLOGISCHEN ZENTRUMS**

Sprecher: Dr. Thomas Kubin  
Stellv. Sprecher: Prof. Dr. Christian Schindlbeck  
Koordinator: Reinhold Frank  
T 0861 705-1533  
E oz.ts@kliniken-sob.de  
www.onkologischeszentrum-traunstein.de

**Leitungsteam:**  
PD Dr. Matthias Hautmann  
Reinhold Frank  
Dr. Björn Lewerenz  
Dr. Thomas Kubin  
Dr. Thomas E. Langwieler  
Prof. Dr. Christian Schindlbeck  
Prof. Dr. Dirk Zaak

T 0861 705-1293  
T 0861 705-1533  
T 0861 705-1261  
T 0861 705-1243  
T 0861 705-1201  
T 0861 705-1231  
T 0861 705-1197

**Impressum**

Redaktion (verantwort.):  
+ Reinhold Frank  
+ Dr. Thomas Kubin  
+ Ralf Reuter  
+ Prof. Dr. Dirk Zaak  
Für die Inhalte der einzelnen Beiträge sind die Ärzte des Onkologischen Zentrums Traunstein verantwortlich

Redaktionsanschrift:  
Informations- und Öffentlichkeitsarbeit der  
Kliniken Südostbayern AG  
Ralf Reuter  
Klinikum Traunstein, Cuno-Niggel-Str. 3, 83278 Traunstein  
T 0861 705-1530  
E ralf.reuter@kliniken-sob.de



In Zusammenarbeit mit dem  
Ärzlichen Kreisverband Traunstein