

# **Kriterien für die Behandlung von thoraxonkologischen Erkrankungen als stationäre Leistung bei Erwachsenen**

## **Criteria for inpatient diagnostic and treatment of patients with lung cancer, mesothelioma or thymoma**

Erstellt durch die Sektion 11 Pneumologische Onkologie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) sowie die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO)

Nikolaj Frost<sup>1</sup>, Claas Wessler<sup>2</sup>, Bernhard Wörmann<sup>3</sup>, Wilfried Ernst Erich Eberhard<sup>4</sup>

### **Korrespondenzadresse:**

PD Dr. med. Nikolaj Frost  
Charité Universitätsmedizin Berlin  
Fächerverbund für Infektiologie, Pneumologie und Intensivmedizin  
Klinik für Infektiologie und Intensivmedizin  
Klinik für Pneumologie, Beatmungsmedizin und Intensivmedizin mit dem Arbeitsbereich Schlafmedizin  
Augustenburger Platz 1  
D-13353 Berlin, Germany  
Phone: +49 (0) 30 450 665 005  
E-mail: [Nikolaj.frost@charite.de](mailto:Nikolaj.frost@charite.de)

### **Affiliationen:**

1 – Charité Universitätsmedizin Berlin  
Fächerverbund für Infektiologie, Pneumologie und Intensivmedizin  
Klinik für Infektiologie und Intensivmedizin  
Klinik für Pneumologie, Beatmungsmedizin und Intensivmedizin mit dem Arbeitsbereich Schlafmedizin

2 – Asklepios Klinikum Harburg, Klinik für Pneumologie

3 – Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie

4 – Universitätsmedizin Essen, Ruhrlandklinik, Westdeutsches Tumorzentrum

### **Allgemeine Anmerkungen**

Lungenkarzinome sowie artverwandte Diagnosen wie Pleuramesotheliome und Thymusneoplasien stellen die zweithäufigste Krebsdiagnose in Deutschland dar, gehen für die Betroffenen mit erheblicher Morbidität und bei beiden Geschlechtern mit

der höchsten Anzahl an krebsbedingten Todesfällen in Deutschland einher und stellen das Gesundheitswesen inzidenzbedingt vor große logistische wie finanzielle Herausforderungen. Prinzipiell können Teile der Diagnostik und Therapie ambulant durchgeführt werden.

In bestimmten Fällen kann es jedoch notwendig sein, entsprechende Leistungen (Bronchoskopie, Systemtherapie) als stationäre Leistung durchzuführen. Dies ist insbesondere der Fall, wenn weitere gravierende gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen oder invasive Diagnostik und Therapien ein ausgedehntes Monitoring erfordern, die nur innerhalb der speziellen Möglichkeiten eines Krankenhauses zu bewältigen sind. Dies können Begleiterkrankungen sein, die zu einem erhöhten Risiko für Komplikationen führen, ein unmittelbares ärztliches Eingreifen erfordern oder die einen zusätzlichen pflegerischen Aufwand bedingen, der unter ambulanten Bedingungen nicht erbracht werden kann.

Auch die Notwendigkeit zur Durchführung von zusätzlichen Untersuchungen, die in direktem zeitlichem Zusammenhang mit der betreffenden Diagnose erbracht werden müssen (z. B. Bildgebung), kann eine Begründung sein. Zudem kann die Therapieapplikation einen stationären Aufenthalt durch die Dauer der Therapie oder die Risiken der Applikation begründen. Beispielhaft sei das Zytokinrelase-Syndrom bestimmter Antikörper genannt. Die DGP/DGHO gehen davon aus, dass bei den folgenden zusätzlichen Indikationen ein relevanter Grund gegeben ist, der einen vollstationären Aufenthalt begründet. Der aufgeführte Kriterienkatalog stellt jedoch keine abschließende Liste dar und kann im Verlauf ergänzt werden.

## **Kriterienkatalog**

### **Pulmonale Komorbiditäten**

- Einhergehend mit ventilatorischer oder respiratorischer Insuffizienz
  - Chronische obstruktive Atemwegserkrankung mit chronisch-ventilatorischer Insuffizienz und nächtlicher Hypoventilation und Anwendung von Beatmungsverfahren
  - Chronisch ventilatorische Insuffizienz mit  $pCO_2 > 45$  mm Hg\* am Tage
  - Alveoläre Hypoventilation mit nächtlicher Hyperkapnie,  $pCO_2 > 45$  mm Hg\*
  - Obesitas-Hypoventilationssyndrom mit Anwendung von Beatmungsverfahren
  - BMI  $> 30$  mit Anstieg des nächtlichen  $pCO_2 > 45$  mm Hg\*
  - Atmungsregulationsstörung bei Opiatdauertherapie
  - Vorbestehende Langzeit-Sauerstofftherapie mit subjektiver Atemnot
- Fortgeschrittenes Lungenemphysem
- Erkrankungen mit erhöhtem Pneumothoraxrisiko
- Pleuraerguss, ggf. mit Notwendigkeit zur zeitnahen Entlastung
- Strahlenpneumonitis in der Vorgeschichte
- Jegliche pulmonale Vorerkrankung, die mit einem erhöhten Risiko für ein capillary leakage einhergeht (mit Risiko der akuten respiratorischen Insuffizienz bspw. durch die Gabe bestimmter Zytostatika (Cisplatin, Docetaxel, Gemcitabin, Paclitaxel, Pemetrexed))
- COVID Infektion mit i.v.-Behandlungsnotwendigkeit und unvorhersehbarem Verlauf unter weiterer Antitumortherapie
- Tracheostoma, klinisch relevante Trachealstenose

- Cave: ggf. muss eine unverzügliche intensivmedizinische Behandlung gewährleistet sein.

*\* arterielle und kapilläre Messungen sind als äquivalent zu berücksichtigen*

### **Kardiale Komorbiditäten**

- Akuter Myokardinfarkt innerhalb der letzten 4 Wochen
- Instabile Angina pectoris
  - Cave: ggf. muss eine unverzügliche intensivmedizinische Behandlung gewährleistet sein.
- Manifeste Herzinsuffizienz im Stadium NYHA III oder IV, bzw. latente Herzinsuffizienz die unter Hyperhydratation bei Cisplatin-Gabe unkalkulierbar rasch manifest und symptomatisch werden kann
- Höhergradige Herzrhythmusstörung, wenn keine medikamentöse oder gerätetechnische Korrektur vorliegt
- Arterieller Hypertonus mit potentieller Notwendigkeit zur akuten medikamentösen Anpassung unter laufender i.v.-Therapie (Hyperhydratation)
- Pulmonaler Hypertonus
- Höhergradige Herzklappenvitien
- Perikarderguss mit Gefahr der Perikardtamponade unter Volumengabe
- Hinweise auf (immun-vermittelte) Myokarditis

### **Allgemeine Komorbiditäten**

- Pflegegrad 3 und höher
- Schwerbehinderung mit Merkzeichen „H“ oder „BL“
- Barthel-Index (nach Hamburger Manual)  $\leq 60$

### **Sonstige Komorbiditäten**

- Diabetes mellitus mit symptomatischen nächtlichen Hypoglykämien und schwer einstellbarer Diabetes mellitus mit rez. Hyperglykämien
- Diabetes mellitus und geplante höherdosierte Steroidgabe (Taxane, Pemetrexed, irAE unter laufender Immuntherapie mit Checkpointinhibitor)
- Endokrine Komplikationen und Therapienebenwirkungen die eine engmaschigere Beobachtung unter laufender Behandlung benötigen (relevante Hypothyreose mit Komplikationen, relevante Hyperthyreose mit Komplikationen, Hyponatriämie-SIADH, Hyperkalzämie, Hypokalzämie, Hypophysitis, Diarrhoe, grenzwertige Hepatitis, Cholangitis oder Pankreatitis)
- Zu optimierende kurzfristige Einstellung der Schmerztherapie (ossäre Schmerzen, neurologische Schmerzen)
- Residuelle Befunde von interkurrenten Infektionen, die einer weiteren i.v.-Antibiose und Verlaufskontrolle bedürfen
- Ileum-Conduit mit Komplikationsrisiko
- Kolostoma mit Komplikationsrisiken
- Alle Einschränkungen für eine regelmäßige ambulante Vortstellungsmöglichkeit zur ambulanten Systemtherapie, bzw. unzureichende soziale Einbindung der Patienten so dass zu Hause eine fehlende Überwachbarkeit ein Problem darstellt

### **Neurologische Komorbiditäten**

- mit erheblichen Einschränkungen der ADL
  - Apoplexie mit persistierenden erheblichen Einschränkungen der Bewegungskoordination, Paresen oder Plegien
  - Morbus Parkinson im Stadium IV u. V nach Hoehn und Yahr (schwere Behinderung oder Rollstuhl oder bettlägerig)
  - Progrediente Neuromuskuläre Erkrankungen
  - Post-Polio-Syndrom mit schweren Einschränkungen
- Medikamentös unzureichend eingestellte Epilepsie (persistierende Symptomatik bzw. nächtliche Krampfpotenziale)
- Polyneuropathie mit Koordinationsstörungen
- Aktive, unbehandelte Hirnmetastasen (Kleinhirn, Hirnstamm, multiple Hirnmetastasen mit relevantem Ödemanteil und konsekutiven neurologischen Einschränkungen, Meningeosis carcinomatosa)

### **Psychiatrische Komorbiditäten**

- Schwere Formen von Schizophrenie, Borderline-Syndrom, Angst- oder Persönlichkeitsstörungen
- Mittel- oder schwergradige Intelligenzminderung mit erheblicher Beeinträchtigung der Kognition, Sprache, motorischer Fähigkeiten
- Demenz mit Störung der Orientierung, Fluchtverhalten, Aggressivität
- Mittelschwere oder schwere Depression
- Klaustrophobie

### **Therapie-bedingte Notwendigkeit zur stationären Aufnahme**

- Alle notwendigen und überwachungspflichtigen i.v.-Medikamente oder Supportivtherapien
- Intravenöse Cisplatingabe mit Hyperhydratation in Risikosituationen die zu einem Abbruch der Therapie führen könnten oder bei denen die Dosisdichte der Therapie unter Abbruch abnehmen könnte und Kuration bzw. Effektivität der Behandlung reduziert werden
- Chronische Niereninsuffizienz bei denen alle Medikamentengaben adaptiert und modifiziert werden müssen.
- Patienten mit terminaler dialysepflichtiger Niereninsuffizienz
- Patienten mit Zustand nach Organtransplantation mit engmaschiger Überwachungsnotwendigkeit von Medikamentengaben und Komplikationen mit Interventionsnotwendigkeit
- Patienten mit höhergradigen allergischen Reaktionen in der Vorgeschichte (Grad 2-4)
- Therapien mit dem Risiko eines Zytokin-Sturms = Cytokin-Releasing Syndrom (CRS)
- Bei kurativ intendierter Therapie mit eingeschätztem hohem Risiko der Therapieverzögerung und Minderung der Dosisintensität
- Simultane Radiochemotherapie