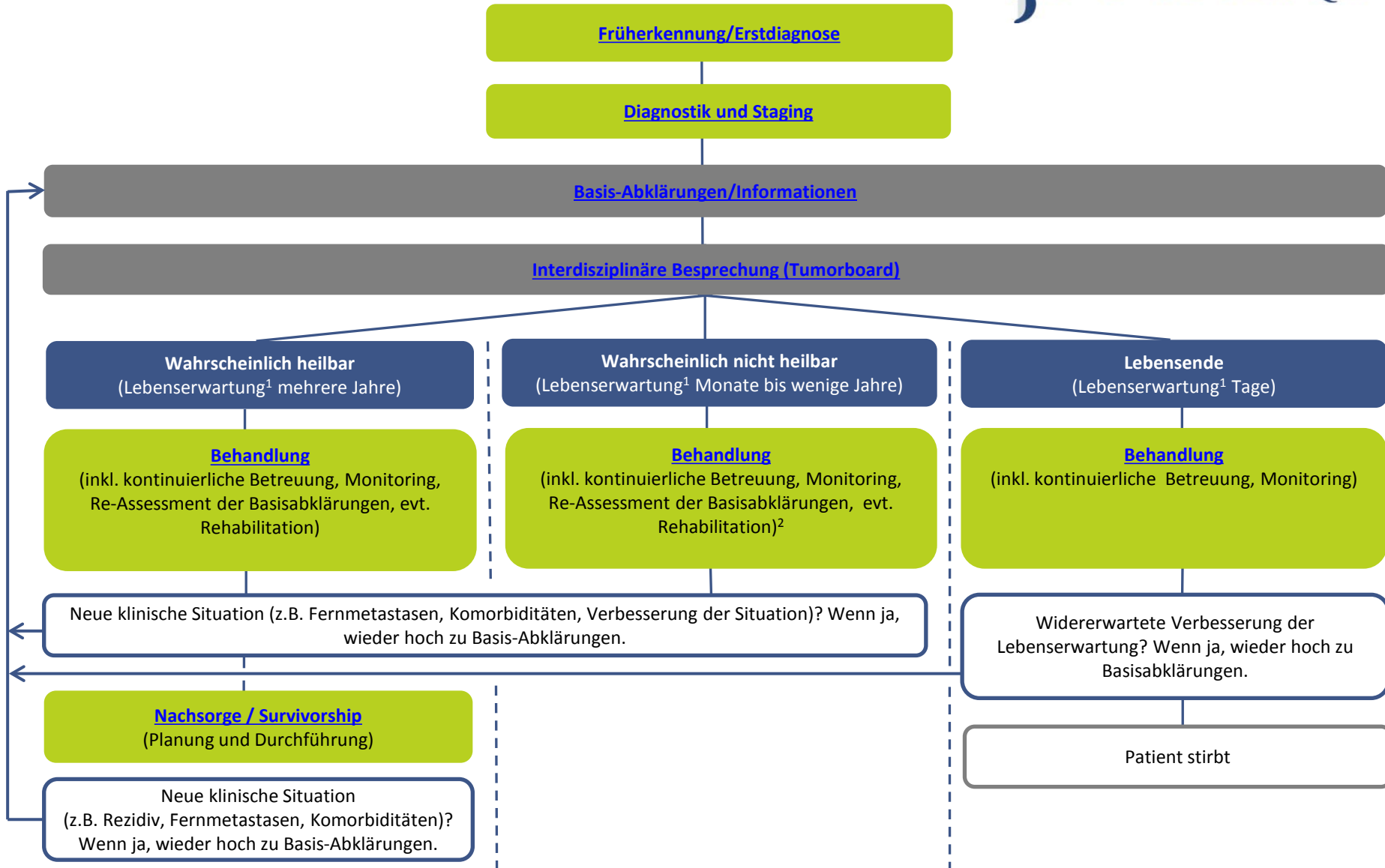


Empfehlungen

Behandlungspfad-Schema Kolorektalkarzinom



¹ Die Lebenserwartung bezieht sich sowohl auf die Tumorerkrankung, als auch auf die Komorbiditäten

² Bei kurativ operierten Patienten mit eingeschränkter Lebenserwartung (z.B. aufgrund von Komorbiditäten), je nach klinischer Situation auch Anwendung der Konsensus-Empfehlungen zur Nachsorge nach kurativ operiertem kolorektalem Karzinom der Schweizerischen Gesellschaft für Gastroenterologie

Folgende Organisationen empfehlen die Anwendung des «Sektorenübergreifenden Behandlungspfades Kolorektalkarzinom»

Oncoreha	Onkologiepflege Schweiz
Physioswiss	Schweiz. Fachverband Sozialarbeit in Spitälern SFSS
Schweiz. Gesellschaft für Allgemein Chirurgie und Traumatologie SGACT	Schweiz. Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin SGAIM
Schweiz. Gesellschaft für Chirurgie SGC	Schweiz. Gesellschaft für Gastroenterologie SGG
Schweiz. Gesellschaft für Medizinische Onkologie SGMO	Schweiz. Gesellschaft für Medizinische Genetik SGMG
Schweiz. Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung	Schweiz. Gesellschaft für Nuklearmedizin SGNM
Schweiz. Gesellschaft für Pathologie SGPath	Schweiz. Gesellschaft für Psychoonkologie SGPO
Schweiz. Gesellschaft für Radiologie SGR	Schweiz. Gesellschaft für Radio-Onkologie SRO
Schweiz. Gesellschaft für Viszeralchirurgie SGVC	Schweiz. Verband dipl. Ernährungsberater/innen HF/FH SVDE
Schweiz. Vereinigung der StomatherapeutInnen SVS	Schweiz. Verein für Pflegewissenschaft VFP

Die Anwendung des Behandlungspfades beruht auf Freiwilligkeit und soll als Qualitätssicherungs- und Entwicklungsinstrumente die multiprofessionelle und evidenzbasierte Patientenbetreuung fördern.

Der Behandlungspfad gilt für den Regelfall. Es sind keine in jedem Einzelfall gültige Handlungsanweisungen. Die Entscheidung, ob im Einzelfall der Behandlungspfad zur Anwendung kommen soll, ist von den Leistungserbringern unter Berücksichtigung der individuellen Situation des Patienten (allfällige Multimorbidität) sowie der Komplexität der Erkrankung zu treffen. Abweichungen des Handelns von den Vorgaben müssen jedoch begründet werden können.

Pilotprojekt «Sektorenübergreifender Behandlungspfad Kolorektalkarzinom»

Keyintervention-Tabelle «Früherkennung/Erstdiagnose»

Früherkennung/Erstdiagnose

Keyintervention	Begründung/Evidenz	Bei Bedarf
<p>Asymptomatische Bevölkerung mit durchschnittlichem Risiko (50-69 Jahre, keine Adenome oder Darmkarzinome in der Vorgeschichte, keine entzündlichen Darmerkrankungen, negative Familienanamnese):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolonoskopien alle 10 Jahre oder alle zwei Jahre Fecal Occult Blood Test (FOBT) • Bei positiven FOBT: Koloskopie <p>In der Schweiz gilt zur Zeit folgende gesetzliche Bestimmung zur Vergütung (Link zur Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)</p> <p><u>Hinweis:</u> Der OC Sensor hat zurzeit die höchste Sensitivität unter den FOBT: Mit einer einzigen Stuhluntersuchung alle 2 Jahre wird eine Sensitivität von mindestens 73% (<i>cut off 100</i>) erreicht. Der Test ist in der Schweiz aber noch nicht flächendeckend einsetzbar.</p>	<p>NCCN Guideline Colorectal Cancer Screening (Link)</p> <p>TF Imperiale: N Engl J Med 2014; 370:1287-1297 (Link)</p> <p>Quintero NEJM 366:697-706, 2012 (Link)</p> <p>Brenner European Journal of Cancer (2013) 49, 3049– 3054 (Link)</p>	<p>Bei Auffinden von Polypen: Nachkontrollen entsprechend neuen Guidelines der Schweizerischen Gesellschaft für Gastroenterologie (Publikation 2015)</p> <p>Koloskopien sind gemäss „Wegleitung Koloskopie“ der Schweizerischen Gesellschaft für Gastroenterologie durchzuführen (Link).</p>

<p>Risikogruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Colitis Ulcerosa</u>: Start 8 Jahre nach Beginn der Colitis Ulcerosa, danach: <ul style="list-style-type: none"> - Hohes Risiko: Koloskopie 1x jährlich - Mittleres Risiko: Koloskopie alle 2-3 Jahre - Niedriges Risiko: Koloskopie alle 5 Jahre • <u>Lynchsyndrom</u>: Patienten mit hereditärem nicht polypoidem Colon Carcinom (HNPCC-Patienten) und Risikopersonen sollen in der Regel ab dem 25. Lebensjahr jährlich koloskopiert werden • <u>Familiäre adenomatöse Polypose</u>: jährliche Koloskopie ab dem 10. Lebensjahr • <u>Positive Familienanamnese</u>: Koloskopie alle 5 Jahre. <p>Genetische Beratung bei bekannter Tumorveranlagung (Lynch-Syndrom, FAP, u.a.) in der Familie</p> <p>Assessment bezüglich der Notwendigkeit einer psychologischen und sozialen Beratung für Personen mit genetischer Disposition bei bestehenden Ängsten und Bedenken, Entscheidungskonflikten etc.</p>	<p>NCCN Guideline Colorectal Cancer Screening (Link)</p> <p>NCCN Guideline Colorectal Cancer Screening (Link)</p> <p>NCCN Guideline Colorectal Cancer Screening (Link)</p> <p>NCCN Guideline Genetic/Familial High-Risk Assessment: Colorectal (Link)</p> <p>Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Psychoonkologie, Nr. 15 (Link)</p>	<p>Bei Unterstützungsbedarf Überweisung veranlassen/Konsil erstellen (Gesetzliche Grundlage: Link)</p> <p>Bei Unterstützungsbedarf: Überweisung veranlassen/Konsil erstellen unter Berücksichtigung der Kostenübernahme.</p>
<p>Diagnose von Vorläuferläsionen im Rahmen des Koloskopie-Screenings</p>	<p>Qualitätsrichtlinien Schweizerische Gesellschaft für Pathologie (Link)</p> <p>WHO Classification of Tumors (Link)</p>	

Pilotprojekt «Sektorenübergreifender Behandlungspfad Kolorektalkarzinom»

Keyintervention-Tabelle «Diagnostik & Staging»

Diagnostik & Staging

Keyintervention	Begründung/Evidenz
Erhebung der Familienanamnese	NCCN Guideline Genetic/Familial High-Risk Assessment: Colorectal (Link)
Koordinierte(s), präoperative(s) Diagnostik & Staging gemäss NCCN Guideline Colon Cancer und/oder NCCN Guideline Rectal Cancer	NCCN Guideline Colon Cancer (Link) NCCN Guideline Rectal Cancer (Link) Für Gewebsuntersuchungen: Qualitätsrichtlinien Schweizerische Gesellschaft für Pathologie (Link)



Bei Bedarf
Bei Tumorveranlagung genetische Beratung empfehlen / veranlassen (Gesetzliche Grundlage: Link)



Pilotprojekt «Sektorenübergreifender Behandlungspfad Kolorektalkarzinom»

Keyintervention-Tabelle «Basis-Abklärung/Informationen»

Basis-Abklärungen/Informationen

Keyintervention	Begründung/Evidenz	Bei Bedarf
Abklärung des Risikos einer möglichen Mangelernährung (Durchführung Nutritional Risk Screening NRS)	Breitenstein, 2012: Perioperative Immunonutrition in der Bauchchirurgie (Link zur Publikation) Stanga et al., 2009: Mangelernährung: Welches ist das geeignete Screeninginstrument? (Link zur Publikation)	➔ Beratung bei Risiko oder bereits vorhandener Mangelernährung einleiten Empfehlungen zur Selbstbefähigung der Patienten zur Einschätzung bei Risikosituationen betr. Ernährung (z.B. Appetitverlust, Diarrhoe, Gewichtsverlust etc.)
Abklären des Informationsbedarfs und des Krankheitsverständnisses von Patient und Angehörigen		➔ Vertiefte, ergänzende, erklärende Informationen zum Prozedere wie Untersuchungen, Resultate, etc. zur Verfügung stellen/gewährleisten
Abklären der psychischen und sozialen Situation <ul style="list-style-type: none"> • Abklären der psychosozialen Situation inkl. familiäres Umfeld mit Belastungsfaktoren und Ressourcen (inkl. Fragen betreffend Sozialversicherung) • Abklären des Bedarfs an psychoonkologischer und/oder sozialer Unterstützung (auch bei Angehörigen) 	Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Psychoonkologie, Nr. 8-13 (Link) NCCN Practice Guidelines Distress Management (Link)	➔ Bei Unterstützungsbedarf: Überweisung veranlassen/Konsil erstellen unter Berücksichtigung der Kostenübernahme.

Anamnese/Untersuchung (inkl. Kontinenz, Darmfunktion, Stoma, Beckenboden)	
Abklären von Komorbiditäten	
Abklären des Rehabilitationsbedarfs (auch Frage nach benötigten Hilfsmitteln)	NHS, National Cancer Action Team, Review of Evidence 2009 (Link) Update 2012 (Link) Die beiden Übersichtartikel fassen die aktuelle Situation zusammen. Für das Kolorektalkarzinom besteht lediglich für den Bereich „Combined physical activity and nutritional advice“ sowie teilweise für die Bereiche „Nutritional supplementation“ und Nutritional advice“ eine Evidenz.
Abklären, ob eine Patientenverfügung vorhanden ist	Gesetzestext (Link , Art. 372)
Abklären / Bestimmung der Pflegediagnosen	NANDA-Pflegediagnosen (Link)



<ul style="list-style-type: none"> • Beckenbodenwahrnehmungstraining veranlassen • Beckenboden-Rehabilitation veranlassen • Stomaberatung veranlassen gemäss Standard (Link Inseletpital)
<ul style="list-style-type: none"> • Zur Verfügung stellen geeigneter Hilfsmittel • Überweisung an Rehaklinik • Einleitung ambulanter Rehabilitationsmassnahmen <p>⇒ Wichtig: immer zielorientierte Koordination der Leistungen (SwissReha Standards: allgemeine Kriterien und Kriterien internistisch-onkologische Rehabilitation)</p>



Pilotprojekt «Sektorenübergreifender Behandlungspfad Kolorektalkarzinom»

Interdisziplinäre Besprechung (Tumorboard)

Interdisziplinäre Besprechung (Tumorboard)

Begriffsklärung

Unter einem Tumorboard wird in diesem Behandlungspfad ein interdisziplinäres medizinisches Fachgremium verstanden, welches bei Patienten mit einer bösartigen Erkrankung (in diesem Fall eines Kolorektalkarzinoms) einen individuellen Behandlungsplan entwickelt.

Qualitätskriterien¹

Damit die interdisziplinäre Besprechung (Tumorboard), den grösstmöglichen Nutzen erzielen kann, sollen die folgenden Minimalkriterien eingehalten werden:

- Das Tumorboard besteht aus fachspezifischen Entscheidungsträgern mit eidgenössischem Facharztstitel (bzw. mit in der Schweiz anerkannten gleichwertigen Weiterbildungsbescheinigungen) oder eine anerkannte äquivalente Ausbildung in der jeweiligen Disziplin.
- Im Tumorboard vertreten sind die prozessverantwortlichen Fachperson und die Vertreter der diagnostisch und therapeutisch involvierten Fachrichtungen. Die Fachpersonen und Entscheidungsträger können über elektronische Medien am Board teilnehmen. Am Bord sind die Vertreter der Medizinischen Onkologie, der Radio-Onkologie, der Radiologie, des zuständigen chirurgischen Fachs und der Pathologe beteiligt. Abhängig von der klinischen Situation des Patienten steht das Tumorboard ergänzend auch den nicht-ärztlichen Fachpersonen offen, die an der Behandlung involviert sind. Selbstverständlich ist es jedem Tumorboard überlassen, die Zusammensetzung der ärztlichen und nicht-ärztlichen Fachpersonen festzulegen.
- Jede Sitzung des Tumorboards wird von einer Fachperson geleitet und die Entscheide werden protokolliert.
- Zytologische/histologische und diagnostische Befunde müssen in schriftlicher Form vorliegen oder im Protokoll die notwendigen Vorbehalte formuliert werden. (Als „Vorbehalt“ gilt, wenn der Befund des Pathologen oder eines anderen Facharztes erst in mündlicher oder provisorischer Form vorliegt, weil das Resultat oder der Bericht von Spezialuntersuchungen noch aussteht).

¹ In Anlehnung an die Qualitätskriterien für das „Zertifikat Swiss Cancer Network“, Version 7, Dezember 2013

- Der individuelle Behandlungsplan wird im Tumorboard-Bericht schriftlich festgehalten und allen am Behandlungsprozess beteiligten Ärzten (miteingeschlossen der Hausarzt) zur Verfügung gestellt. Weiteren Fachpersonen nach Bedarf.
- Die Angaben aus der Basisabklärung (Pflegediagnosen, Ernährungsstatus, Komorbidität etc.) müssen am Tumorboard vollständig vorliegen.
- Der Tumorboard-Bericht umfasst folgende Punkte:
 - Datum des Tumorboards mit Personendaten des Patienten
 - Inhalt der Therapieempfehlung (ohne Details zu individuellen Dosierungen von Chemotherapeutika oder Strahlenbehandlungen)
 - Bezugnahme auf Guidelines oder Literatur
 - Begründung, wenn von einer Guideline abgewichen wird
 - Informationen zu klinischen Studien, für die der Patient qualifiziert
 - Informationen zum NRS Nutritional Risk Screening
 - Die Namen aller für die Therapieempfehlung verantwortlichen Vertreter der Fachdisziplinen (Unterzeichnet wird der Bericht von der Fachperson, die das Tumorboard leitet und vom Protokollführer)
 - Bezeichnung der Person, die für die Führung des Patienten im Behandlungsprozess verantwortlich ist
 - Bezeichnung der Person, die für die ärztliche Koordination der multimodalen Behandlungen verantwortlich ist. Festlegung des Zeitpunkts, wann die Situation des Patienten, falls angebracht, erneut am Tumorboard besprochen wird, sonst nach allgemeinen Richtlinien
- Die möglichen Therapieoptionen sind im Anschluss an das Tumorboard durch den betreuenden Arzt und unter möglichem Einbezug weiterer Fachpersonen mit den Patienten und Angehörigen zu besprechen und zu koordinieren.
- Der Tumorboard-Bericht enthält eine für die Tumorboard-Teilnehmer verbindliche Empfehlung und wird mit dem Patienten besprochen. Über die Umsetzung der Therapie-Empfehlung entscheidet der Patient. Die Patientenentscheidung wird schriftlich in der Krankengeschichte dokumentiert. (Die Dokumentation ist vollständig, wenn Ort, Datum, beteiligte Personen und die Gründe für den Entscheid niedergelegt sind. Wünschenswert, aber nicht obligatorisch ist die Abgabe einer schriftlichen Information zu Wirkungen und Nebenwirkungen der Therapie, die der Patient unterzeichnet und so bestätigt, dass er die Information erhalten hat.)

Pilotprojekt «Sektorenübergreifender Behandlungspfad Kolorektalkarzinom»

Keyintervention-Tabelle «Behandlung & Betreuung wahrscheinlich heilbare Situation»

Wahrscheinlich heilbar
(Lebenserwartung mehrere Jahre)

Behandlung
(inkl. kontinuierliche Betreuung, Monitoring, Re-Assessment der Basisabklärungen, evt. Rehabilitation)

Keyintervention	Begründung/Evidenz	Bei Bedarf
<p>Guidelinegemässe Behandlung abhängig von klinischer Situation und Einbezug des detaillierten pathologischen Befundes (inkl. Biomarker):</p> <ul style="list-style-type: none"> • NCCN Guideline Colon Cancer¹ • NCCN Guideline Rectal Cancer¹ • Guideline der Schweizerischen Gesellschaft für Pathologie² <p>¹ Für den operativen Teil der Viszeralchirurgie haben die ESMO-Guidelines Vorrang. ² Für den Fachbereich der Pathologie sind diese Guidelines anzuwenden.</p>	<p>NCCN Guideline Colon Cancer (Link)¹ NCCN Guideline Rectal Cancer (Link)¹ Guideline der Schweizerischen Gesellschaft für Pathologie (Link)²</p> <p>¹ Für den operativen Teil der Viszeralchirurgie haben die ESMO-Guidelines Vorrang. ² Für den Fachbereich der Pathologie sind diese Guidelines anzuwenden.</p>	
<p>Regelmässiges Re-Assessment der Basis-Abklärungen</p>		

Regelmässiges Monitoring folgender Symptome: <ul style="list-style-type: none"> • Schmerzen • Erbrechen/Übelkeit • Müdigkeit • Atemnot 	Schmerzen: NCCN Guideline Adult Cancer Pain (Link) Erbrechen/Übelkeit: NCCN Guideline Antiemetisis (Link) Müdigkeit: NCCN Guideline Cancer-Related Fatigue (Link) Atemnot: NCCN Guideline Palliative Care (Link)	Behandlung der Symptome nach NCCN-Guidelines
Behandlungsspezifische Aufklärung/Information des Patienten und seiner Angehörigen.	Für die Beratung an sich keine Guideline vorhanden, aber als Informationsgrundlage können die NCCN-Guidelines benutzt werden (Colon Cancer , Rectal Cancer)	
Sicherstellung der multiprofessionellen Koordination (bei Bedarf auch durch multiprofessionelle Besprechungen, allenfalls auch mit Einbezug des Patienten und/oder der Angehörigen)		
Abklären des Bedarfs nach einer Beratung und Begleitung zu Fragen der Patientenverfügung		Beratung und Begleitung zu Fragen der Patientenverfügung einleiten
Schulung/Förderung des Selbstmanagements (z.B. bei oraler Tumortherapie und bei Nebenwirkungen und Symptomen)		

Pilotprojekt «Sektorenübergreifender Behandlungspfad Kolorektalkarzinom»

Keyintervention-Tabelle «Behandlung & Betreuung wahrscheinlich nicht heilbare Situation»

Wahrscheinlich nicht heilbar
(Lebenserwartung Monate bis wenige Jahre)

Behandlung
(inkl. kontinuierliche Betreuung, Monitoring, Re-Assessment der Basisabklärungen, evt. Rehabilitation)

Keyintervention	Begründung/Evidenz	Bei Bedarf
<p>Guidelinegemässe Behandlung abhängig von klinischer Situation unter Einbezug des detaillierten pathologischen Befundes (inkl. Biomarker):</p> <ul style="list-style-type: none"> • NCCN Guideline Colon Cancer¹ • NCCN Guideline Rectal Cancer¹ • NCCN Guideline Palliative Care¹ • Guideline der Schweizerischen Gesellschaft für Pathologie² <p>¹ Für den operativen Teil der Viszeralchirurgie haben die ESMO-Guidelines Vorrang. ² Für den Fachbereich der Pathologie sind diese Guidelines anzuwenden.</p>	<p>NCCN Guideline Colon Cancer (Link) NCCN Guideline Rectal Cancer (Link) NCCN Guideline Palliative Care (Link) Guideline der Schweizerischen Gesellschaft für Pathologie (Link)²</p> <p>¹ Für den operativen Teil der Viszeralchirurgie haben die ESMO-Guidelines Vorrang. ² Für den Fachbereich der Pathologie sind diese Guidelines anzuwenden.</p>	

Regelmässiges Re-Assessment der Basis-Abklärungen		
Regelmässiges Monitoring folgender Symptome: <ul style="list-style-type: none"> • Schmerzen • Erbrechen/Übelkeit • Müdigkeit • Atemnot 	Schmerzen: NCCN Guideline Adult Cancer Pain (Link) Erbrechen/Übelkeit: NCCN Guideline Antiemesis (Link) Müdigkeit: NCCN Guideline Cancer-Related Fatigue (Link) Atemnot: NCCN Guideline Palliative Care (Link)	Behandlung der Symptome nach NCCN-Guidelines
Behandlungsspezifische Aufklärung/Information des Patienten und seiner Angehörigen.	Für die Beratung an sich keine Guideline, aber als Informationsgrundlage können die NCCN-Guidelines benutzt werden (Palliative Care , Colon Cancer , Rectal Cancer)	
Sicherstellung der multiprofessionellen Koordination (bei Bedarf auch durch multiprofessionellen Besprechungen, allenfalls auch mit Einbezug des Patienten und/oder der Angehörigen)		
Abklären des Bedarfs nach einer Vorbereitung/Beratung und Begleitung zu Fragen des Lebensendes (Patientenverfügung, konkrete Vorbereitung aufs Lebensende, doppelter Weg)		Beratung und Begleitung zu Fragen des Lebensendes einleiten
Schulung/Förderung des Selbstmanagements (z.B. bei oraler Tumorthherapie und bei Nebenwirkungen und Symptomen)		
Bei kurativ operierten Patienten mit eingeschränkter Lebenserwartung (z.B. aufgrund von	Guideline der Schweizerischen Gesellschaft für Gastroenterologie (Link)	

Komorbiditäten), je nach klinischer Situation Anwendung der Konsensus-Empfehlungen zur Nachsorge nach kurativ operiertem kolorektalem Karzinom der Schweizerischen Gesellschaft für Gastroenterologie		
---	--	--



Pilotprojekt «Sektorenübergreifender Behandlungspfad Kolorektalkarzinom»

Keyintervention-Tabelle «Behandlung & Betreuung Lebensende»

Lebensende
(Lebenserwartung Tage)

Behandlung
(inkl. kontinuierliche Betreuung, Monitoring)

Keyintervention	Begründung/Evidenz
Behandlung gemäss NCCN-Guideline Palliative Care	NCCN Guideline Palliative Care (Link) Guidelines palliative.ch (Link)
Abklärung eines möglichen Hilfsmittelbedarfs	
Behandlungsspezifische Aufklärung/Information des Patienten und seiner Angehörigen.	Für die Beratung an sich keine Guideline vorhanden, aber als Informationsgrundlage können die NCCN-Guidelines benutzt werden (Palliative Care , Colon Cancer , Rectal Cancer)
Beratung und Begleitung zu Fragen des Lebensendes (Patientenverfügung, konkrete Vorbereitung aufs Lebensende, doppelter Weg)	NCCN-Guideline Palliative Care (Link)



Bei Bedarf
Einleitung geeigneter Massnahmen / zur Verfügungstellung benötigter Hilfsmittel

Schulung/Förderung des Selbstmanagements und bei Bedarf Instruktion der Angehörigen (z.B. bei medikamentöser Symptombehandlung)	
Abklärung der Notwendigkeit einer Instruktion/Unterstützung im Zusammenhang mit dem Stoma und/oder Stuhlinkontinenz (evt. auch mit Einbezug der Angehörigen)	
Sicherstellung der multiprofessionellen Koordination (bei Bedarf auch durch multiprofessionelle Besprechungen, allenfalls auch mit Einbezug des Patienten und/oder der Angehörigen)	
Trauerbegleitung der Angehörigen	NCCN Guidelines Palliative Care (Link)



Stomaberatung veranlassen



Pilotprojekt «Sektorenübergreifender Behandlungspfad Kolorektalkarzinom»

Keyintervention-Tabelle «Nachsorge / Survivorship»

Nachsorge / Survivorship
(Planung und Durchführung)

Keyintervention	Begründung/Evidenz
<p>Tumorboard zur interdisziplinären Besprechung/Koordination der Planung der Nachsorge Grundlagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konsensus-Empfehlungen zur Nachsorge nach kurativ operiertem kolorektalem Karzinom der Schweizerischen Gesellschaft für Gastroenterologie (Link) • NCCN Guideline Survivorship (Link) 	
<p>Durchführung der Nachkontrollen gemäss Konsensus-Empfehlungen zur Nachsorge nach kurativ operiertem kolorektalem Karzinom der Schweizerischen Gesellschaft für Gastroenterologie (basierend auf dem Tumorboard zur interdisziplinären Besprechung/Koordination der Planung der Nachsorge)</p>	<p>Guideline der Schweizerischen Gesellschaft für Gastroenterologie (Link)</p>

Bei Bedarf

Durchführung des Survivorship-Assessments nach NCCN (basierend auf dem Tumorboard zur interdisziplinären Besprechung/Koordination der Planung der Nachsorge) => muss helvetisiert werden.	NCCN Guideline Survivorship (Link)	➔	Bei Unterstützungsbedarf weiter Massnahmen einleiten
Abklärung des Rehabilitationsbedarfs (auch Frage nach benötigten Hilfsmitteln)		➔	<ul style="list-style-type: none"> • Zur Verfügungstellen geeigneter Hilfsmittel • Überweisung an Rehaklinik • Einleitung ambulanter Rehabilitationsmassnahmen <p>⇒ Wichtig: immer zielorientierte Koordination der Leistungen (SwissReha Standards: allgemeine Kriterien und Kriterien internistisch-onkologische Rehabilitation)</p>
Abklärung der Notwendigkeit einer zusätzlichen Unterstützung im Zusammenhang mit dem Stoma und/oder Stuhlinkontinenz (evt. auch in Einbezug der Angehörigen)		➔	Stomaberatung veranlassen
Abklären des Informationsbedarfs und des Krankheitsverständnisses		➔	vertiefte, ergänzende, erklärende Informationen zum Prozedere wie Untersuchungen, Resultate, etc. zur Verfügung stellen/gewährleisten
Abklärung des Risikos einer möglichen Mangelernährung (Durchführung Nutritional Risk Screening NRS)	<p>Breitenstein, 2012: Perioperative Immunonutrition in der Bauchchirurgie (Link zur Publikation)</p> <p>Stanga et al., 2009: Mangelernährung: Welches ist das geeignete Screeninginstrument? (Link zur Publikation)</p>	➔	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung bei Risiko oder bereits vorhandener Mangelernährung einleiten • Empfehlungen zur Selbstbefähigung der Patienten zur Einschätzung bei Risikosituationen betr. Ernährung (z.B. Appetitverlust, Diarrhoe, Gewichtsverlust etc.)