



3. Interdisziplinärer Kongress „Quality of Cancer Care“ (QoCC 2017)

der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) und der
Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT),
30. bis 31. März 2017 in Berlin



Inhalt/Content

- 81 E-01-10
Poster zu (Versorgungs-) Epidemiologie und Registerdatenanalyse
- 84 L 01 -L10
Poster zu Lebensqualität und PROs
- 88 Z 01 – Z11
Poster zu Versorgungskonzepten/Zentrenbildung
- 92 A 01 – A 10
Poster zu Arzneimitteln/Patientenorientierung
- 95 P 01 – P08
Poster zur psychosozialen und pflegerischen Versorgung
- 98 Q 01 – Q 09
Poster zu Qualitätssicherung und -management

Abstracts zur Posterpräsentation

Session E – (Versorgungs-)Epidemiologie und Registerdatenanalyse: 30.03., 18:30–19:45

E-01: PSA-Testung als Früherkennungsuntersuchung – eine empirische Evaluation der haus- und fachärztlichen Versorgungsheterogenität

S. Kappen^{1,2}, A. Winter³, A. Timmer¹, V. Jürgens¹

¹Abteilung für Epidemiologie und Biometrie, Department für Versorgungsforschung, Fakultät für Medizin und Gesundheitswissenschaften, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg, Deutschland, ²Epidemiologisches Krebsregister Niedersachsen, OFFIS CARE GmbH, Oldenburg, Deutschland, ³Universitätsklinik für Urologie, Klinikum Oldenburg, Fakultät für Medizin und Gesundheitswissenschaften, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg, Deutschland

Hintergrund: Prostatakrebs ist bei Männern in Deutschland die häufigste Krebserkrankung. Neben demographischen Veränderungen stellt die seit den 90er Jahren zunehmende Inanspruchnahme der PSA-Testung eine mögliche Ursache für die gestiegene Prostatakrebsinzidenz dar. Die Meinungen zu dieser Krebsfrüherkennungsuntersuchung sind kontrovers. Trotz nationaler Empfehlungen zur Prostatakrebsfrüherkennung ist zu erwarten, dass die alltägliche Praxis hinsichtlich der Aufklärung und dem Umgang mit der PSA-Testung variiert. Ferner ist unklar, inwieweit Unterschiede in der Aufklärung bzw. Informationsvermittlung seitens der Ärzte die Inanspruchnahme dieser Zusatzleistung beeinflussen.

Methoden: 172 Hausärzte des Lehrpraxennetzwerks der Universität Oldenburg und 128 niedergelassene Urologen (Niedersachsen/Bremen) wurden in die Onlinebefragung eingeschlossen. Die PSA-Testung stand hierbei im Fokus. Insbesondere sollten eine Bestandsaufnahme zur uroonkologischen Versorgung bezüglich dieser Früherkennungsuntersuchung ermöglicht und etwaige Unterschiede zwischen Urologen und Hausärzten im Umgang mit der PSA-Testung ermittelt werden. Hierzu wurden u. a. Fragen zum Umgang mit entsprechenden (PSA-Test-) Ergebnissen, Inanspruchnahme des Tests, Aufklärung und Leitlinien gestellt.

Ergebnisse: Insgesamt haben 65 Ärzte, darunter 17 Urologen, an der Befragung teilgenommen. Die Mehrheit (71,4%) gab an, die PSA-Testung standardisiert anzuwenden. Unterschiede zwischen Hausärzten und Urologen ergaben sich beim Umgang mit Ergebnissen und der Empfehlung bzw. aktiven Ansprechen des Tests bei einem asymptomatischen Patienten, wobei Urologen ein proaktiveres Verhalten aufwiesen. Internationale Leitlinien und Empfehlungen waren unter Hausärzten weniger bekannt. Die PSA-Testung wurde von den Urologen als sinnvoll und von knapp der Hälfte der befragten Hausärzte als neutral bzw. nicht sinnvoll beurteilt.

Diskussion: Die PSA-Testung hat bei den Hausärzten eine geringere Akzeptanz und wird auch einer abweichenden Leitlinienempfehlung entsprechend weniger aktiv als von den Urologen angeboten. Zur Überprüfung dieser Ergebnisse und der Auswirkungen des unterschiedlichen Informationsstandes ist eine auf dieser Pilotstudie aufbauende, bundesländerübergreifende Studie in Planung.

Zusammenfassung: Die Ergebnisse einer Befragung zur PSA-Testung als Früherkennungsuntersuchung weisen im Vergleich zwischen Hausärzten und Urologen u. a. Unterschiede in der Bewertung der PSA-Testung, der Informationsvermittlung und dem Umgang mit Ergebnissen auf.

E-02: Brustkrebs bei Menschen mit körperlicher Behinderung: Ungleichheiten hinsichtlich Erkrankungsschwere und Operationsverfahren?

L. Ansmann¹, A. Schabmann², U.-S. Albert³, S. Groß¹, I. Osipov²

¹Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR), Universität zu Köln, Köln, Deutschland, ²Department Heilpädagogik und Rehabilitation, Universität zu Köln, Köln, Deutschland, ³Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Krankenhaus Nordwest, Frankfurt/M., Deutschland

Hintergrund: Da Menschen mit Behinderung mittlerweile ein höheres Lebensalter erreichen, steigt auch das Risiko einer Krebsdiagnose. Die Versorgungssituation von Menschen mit körperlicher Behinderung, die an Krebs erkranken, wurde in der onkologischen und heilpädagogischen Forschung bisher wenig und fast ausschließlich im Hinblick auf Inanspruchnahme und Zugang zur Krebsfrüherkennung thematisiert. Diese Arbeit untersucht, ob Unterschiede in der Versorgungssituation diagnostizierter Brustkrebspatientinnen mit und ohne körperliche Behinderung existieren.

Methoden: Im Jahr 2014 nahmen $n=4194$ Patientinnen mit primärem Brustkrebs, die zwischen Februar und Juli in einem nordrheinwestfälischen Brustzentrum operiert worden sind, an der jährlichen poststationären und postalischen Patientinnenbefragung (Rücklaufquote 87%), ergänzt durch klinische Daten, teil. Mittels Latent-Class-Analyse und Logit-Pfadmodell wurden 1.) Unterschiede zwischen körperbehinderten und nicht-behinderten Patientinnen hinsichtlich UICC-Stadien und lokaler Tumorbehandlung (Mastektomie vs. brusterhaltende Operation) und 2.) der Einfluss der Behinderungsschwere untersucht.

Ergebnisse: Patientinnen mit einer körperlichen Behinderung ($n=780$; 18,7%) erhalten häufiger als nicht behinderte Patientinnen eine Mastektomie im Vergleich zur brusterhaltenden Operation, selbst bei Kontrolle von SES (dieser ist geringer bei Patientinnen mit Behinderung) und UICC-Stadium (dieses ist höher bei Patientinnen mit Behinderung). Der Behinderungsgrad hängt direkt und indirekt mit dem Erhalt einer Mastektomie zusammen.

Diskussion: Vor dem Hintergrund der Forschungslücke zu Behinderung und Krebs liefert diese Arbeit erste Hinweise auf Versorgungsungleichheiten zwischen Brustkrebspatientinnen mit und ohne körperliche Behinderung. Mögliche Ursachen könnten 1.) im Zugang zur Versorgung (z. B. selektive Information zu Therapieoptionen), 2.) in den Präferenzen und individuellen Problemstellungen der Patientinnen (z. B. Wunsch nach verkürzter Therapiedauer) oder 3.) in medizinischen Problemlagen (z. B. Komorbiditäten, Behinderungsart) liegen. Limitationen dieser Arbeit umfassen fehlende Informationen zur Behinderungsart und eine potenziell eingeschränkte Validität der Selbstauskunft zum Behinderungsgrad.

Zusammenfassung: Brustkrebspatientinnen mit körperlicher Behinderung unterscheiden sich von Patientinnen ohne Behinderung hinsichtlich UICC-Stadium und Operationsverfahren.

E-03: Das StuDoQ|Pankreas Register der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie – eine neue Ressource für die Versorgungsforschung

U. Wellner¹, T. Keck¹, C. Klinger², H. J. Buhr²

¹Klinik für Chirurgie, UKSH Campus Lübeck, Lübeck, Deutschland, ²Deutsche Gesellschaft für Viszeralchirurgie, Berlin, Deutschland

Hintergrund: Klinische Register gewinnen zunehmende Bedeutung als Instrumente der Qualitätssicherung und klinischen sowie Versorgungsforschung.

Methoden: Unter dem Dach der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) wurde das StuDoQ|Pankreas Register primär als ein Register zur Qualitätssicherung in der Pankreaschirurgie gegründet. Parameter und Struktur wurden nach Expertenkonsens erstellt. Datenschutz- und Publikationskonzept sowie Aufklärungs- und Einwilligungsbogen wurden TMF-konform mit Votum erarbeitet. Ein wesentlicher Schwerpunkt liegt auf Aspekten der onkologischen Pankreas-Chirurgie und interdisziplinären Behandlung.

Ergebnisse: Das DGAV-StuDoQ|Pankreas Register wurde Ende 2013 in Betrieb genommen und verzeichnet stetig zunehmende Teilnehmer- und Fallzahlen. Auf der Basis der Registerdaten werden inzwischen Institutionen viszeral-onkologisch zertifiziert, Qualitätsindikatoren für die Pankreaschirurgie erarbeitet und validiert, sowie retrospektive klinische Studien durchgeführt und randomisierte Registerstudien geplant.

Diskussion: Das DGAV-StuDoQ|Pankreas Register stellt ein vielversprechendes Instrument zur Qualitätssicherung, chirurgisch-onkologischen sowie Versorgungsforschung im Bereich der Viszeralchirurgie dar.

Zusammenfassung: Mit dem DGAV-StuDoQ|Pankreas Register eröffnen sich der onkologischen Versorgungsforschung im Bereich der Viszeralchirurgie weitreichende neue Perspektiven.

E-04: Die Behandlung des kolorektalen Karzinoms in Ostbayern: Ein Überlebenszeitvergleich vor und nach der Etablierung zertifizierter Darmkrebszentren

V. Völkel^{1,*}, T. Draeger^{1,*}, M. Gerken², A. Fürst³, M. Klinkhammer-Schalke²

¹Universität Regensburg, Regensburg, Deutschland, ²Tumorzentrum Regensburg, Institut für Qualitätssicherung und Versorgungsforschung der Universität Regensburg, Regensburg, Deutschland, ³Darmkrebszentrum Caritas Krankenhaus St. Josef Regensburg, Regensburg, Deutschland

+ Beide Autoren haben zu gleichen Teilen zum Gelingen dieser Studie beigetragen.

Hintergrund: Seit 2007 können sich Kliniken als spezialisierte Zentren zertifizieren lassen. Mangels verlässlicher Daten ist unklar, ob sich daraus ein Überlebensvorteil für die Patienten ergibt.

Methoden: Die Daten des Klinischen Krebsregisters am Tumorzentrums Regensburg (Mitglied der ADT), zuständig für den Regierungsbezirks Oberpfalz (1,1 Millionen Einwohnern) wurden analysiert. Für jeden Patienten liegen demographische Angaben, Tumorcharakteristika, Behandlungsverlauf, sowie onkologische Begleiterkrankungen vor. Betrachtet wurden PatientInnen, deren kolorektaler Tumor zwischen 1. 1. 2004 und 31. 12. 2013 in radikaler Intention reseziert wurde. Der mediane Beobachtungszeitraum betrug 6,2 Jahre. Eine Überlebenszeitanalyse mit anschließender Sensitivitätsanalyse für fehlende Daten wurde durchgeführt.

Ergebnisse: Von 3804 Kolon-Karzinomen wurden 46,6% der Patienten als Zentrumsfälle, 25,9% in denselben Häusern vor ihrer Zertifizierung und 27,5% an anderen Krankenhäusern behandelt (Rektum: 2783 Patienten, davon 53,1% Zentrumsfälle, 31,0% an denselben Häusern vor Zertifizierung, 15,9% an anderen Krankenhäusern). Ab 2009 nach fester Etablierung von Darmkrebszentren betrug der Anteil von Zentrumsfällen beim Kolon 74,9% und beim Rektum 84,7%. Insgesamt zeigt sich sowohl beim Kolon- als auch beim Rektum-Karzinom ein Überlebensvorteil für Patienten von Kliniken, die im Verlauf des Beobachtungszeitraums zertifiziert wurden (5a-Gesamtüberlebensrate über alle Stadien Kolon: 59,7% vs. 52,9%, $p < 0,001$; Rektum: 65,2% vs. 51,3%, $p < 0,001$). Dieser Überlebensvorteil bleibt auch nach Adjustierung für Alter, Geschlecht und relevante klinisch-pathologische Kovariablen bestehen (Kolon: HR=0,87, KI [0,78; 0,97], Rektum: HR=0,76, KI [0,63; 0,91]). Betrachtet man nur Patienten, die ab 2009 behandelt wurden, ist kein signifikanter Überlebensvorteil vorhanden (Kolon: HR=0,87, KI [0,72; 1,06], Rektum: HR=0,89, KI [0,66; 1,20]).

Diskussion: Zertifizierte Darmkrebszentren zeigen für den betrachteten Zeitraum von 2004 bis 2013 einen signifikanten Überlebensvorteil gegenüber nicht-zertifizierten Kliniken. Nachdem ab 2009 ca. 80% der PatientInnen in Darmzentren behandelt wurden, war aus statistischen Gründen kein signifikanter Überlebensvorteil zu erwarten.

Zusammenfassung: Insgesamt brachte Darmkrebspatienten eine Behandlung in heute zertifizierten Zentren einen klaren Überlebensvorteil.

E-05: Oncological Outcomes after Laparoscopic vs. Open Colorectal Cancer Resection: A High-Quality Population-Based Analysis in a Southern German District

V. Völkel^{1,*}, T. Draeger^{1,*}, M. Gerken², M. Klinkhammer-Schalke², A. Fürst³

¹Universität Regensburg, Regensburg, Germany, ²Tumorzentrum Regensburg – Institut für Qualitätssicherung und Versorgungsforschung der Universität Regensburg, Regensburg, Germany, ³Darmzentrum Caritas Krankenhaus St. Josef Regensburg, Regensburg, Germany

+ Both authors contributed equally to the findings of this study

Background: Over 20 years after the introduction of laparoscopic surgery for colorectal cancer most surgeons still prefer the open approach. In the past decades many high-quality RCTs mostly conducted in specialized hospitals proofed the oncological safety of laparoscopy. Observational studies are the only way to examine the validity of these findings in daily clinical practice. Unfortunately most retrospective surveys suffer from poor data quality and inadequate handling of missing data.

Methods: We retrieved data from an official German district cancer registry. Details on each patient include demographics, tumor-characteristics, surgical procedure, (neo-) adjuvant treatment, oncological comorbidities, complications and long-term outcomes. Information on every single item is nearly complete with e.g. only 6% missing data on surgical approach. Included were all patients with major elective resection of non-metastatic colorectal adenocarcinoma between 1. 1. 2004 and 31. 12. 2013. The median follow-up time was 6.2 years. In order to compare survival rates in patients with laparoscopic vs. open resection we applied Kaplan-Meier, multivariate logistic and Cox-regression analysis. Sensitivity analysis was done to account for the problem of indication bias.

Results: Among 6.182 included patients, 12.2% (Colon) and 25.4% (Rectum) received laparoscopic procedures, with an increasing rate over time. Colon-tumors located in the right Hemicoon or Sigma and high Rectum tumors were more likely to be treated laparoscopically. Younger patients had a higher chance of laparoscopy too. Overall survival rates of laparoscopically treated patients after 90 days, 1 and 3 years were significantly superior. After 5 years 79.8% of laparoscopic Colon patients compared to 68.7% in the open group ($p < 0.001$) were still alive (Rectum: 78.7% vs. 69.0%, $p < 0.001$). Our findings regarding local recurrence-free survival were quite similar and remained stable in multivariate analysis (Colon: HR=0.90, KI [0.71; 1.13], Rectum: HR=0.74, KI [0.58; 0.94]).

Conclusion: As one of the first true high-quality observational studies on the topic we can confirm the oncological safety of laparoscopic colorectal cancer surgery in daily clinical practice with at least comparable overall and recurrence-free survival rates in both approaches.

E-06: Die screening-relevante Altersgrenze von ≥ 70 Jahren ist entscheidender für die Durchführung einer adjuvanten Therapie als die Tumorbiologie bei Patientinnen mit Mammakarzinom

E. C. Inwald¹, M. Klinkhammer-Schalke², M. Koller³, F. Zeman³, F. Hofstädter², M. Evert⁴, G. Brockhoff¹, O. Ortman¹

¹Klinik und Poliklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Universität Regensburg, Regensburg, Deutschland, ²Tumorzentrum Regensburg, Institut für Qualitätssicherung und Versorgungsforschung der Universität Regensburg, Regensburg, Deutschland, ³Zentrum für Klinische Studien, Universität Regensburg, Regensburg, Deutschland, ⁴Institut für Pathologie, Universität Regensburg, Regensburg, Deutschland

Hintergrund: In Deutschland ist die Altersgrenze von 70 Jahren entscheidend dafür, ob ältere Patientinnen (≥ 50 Jahre) in das Mammakarzinom-Screeningprogramm eingeschlossen werden oder nicht. Es ist nicht bekannt, ob diese Altersgrenze auch die Entscheidung für die Durchführung einer adjuvanten Therapie und letztendlich das Outcome der Patientinnen beeinflusst.

Methoden: Studiengrundlage waren die sektorenübergreifenden und verlaufs begleitend erhobenen Daten des bevölkerungsbezogenen klinischen Krebsregisters des Tumorzentrums Regensburg. Analysiert wurden Daten

von 3463 Patientinnen mit einem primären, nicht metastasierten Mammarkarzinom im Diagnosezeitraum von 2000 bis 2012. Die Verteilung der tumorbiologischen Subtypen wurde bei Patientinnen, die Zugang zum Screening hatten (ESG, 50–69 Jahre) sowie Patientinnen ≥ 70 Jahren, die keinen Zugang zum Screening hatten (NESG), untersucht. Analysiert wurden lokale und systemische Therapien bei den verschiedenen Subtypen sowie 7-Jahres-Überlebensraten (7-JÜR).

Ergebnisse: 2171 Patientinnen (62,7%) fielen in die ESG-Gruppe und 1292 Patientinnen (37,3%) in die NESG-Gruppe. Die Verteilung der vier tumorbiologischen Subtypen Luminal A, Luminal B, HER2-like und Basal-like war ähnlich in beiden Gruppen. Die Therapien unterschieden sich deutlich. Patientinnen in der NESG-Gruppe erhielten weniger systemische und lokale Therapien in Form einer Operation oder Radiatio unabhängig vom Subtyp. Patientinnen in der ESG-Gruppe mit Luminal A Subtyp hatten die besten 7-JÜR: 95,6% bei alleiniger endokriner Therapie (ET) und 93,1% bei Chemotherapie (CHT) plus ET. In der NESG-Gruppe hatten Patientinnen, die eine CHT plus ET erhielten die besten 7-JÜR mit 95,2%, während Patientinnen mit ET eine 7-JÜR von 73,9% hatten.

Diskussion: Trotz gleicher Tumorbiologie werden ältere Patientinnen untertherapiert. Dies zeigte sich sowohl bei den lokalen als auch bei den systemischen Therapien und resultierte in reduzierten Überlebensraten.

E-07: Postoperative radio-chemotherapy improves survival in high-grade endometrial cancer patients. Results of a population-based cohort analysis of a cancer registry

S. Scharl¹, K. Kronberger², T. Papathelemis², M. Gerken³, A. Scharl¹, O. Kölbl¹, M. Klinkhammer-Schalke³

¹Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie, Universitätsklinikum Regensburg, Regensburg, Germany, ²Frauenklinik, Klinikum St. Marien Amberg, Amberg, Germany, ³Tumorzentrum Regensburg, Universität Regensburg, Regensburg, Germany

Objective: Adjuvant treatment of high-grade endometrial cancer varies greatly between institutions due to an absence of controlled randomized trials on the subject. In a retrospective study, we sought to investigate the influence of postoperative radio-(chemotherapy) on survival time and recurrence rates among high-grade endometrial cancer patients.

Methods: 284 high-grade endometrial cancer patients (FIGO-I-III, or unknown classification) diagnosed between 1998 and 2015 were included in the study. Overall Survival (OS), Recurrence-free survival (RFS) and recurrence rates were compared for postoperative treatment modalities of radiotherapy alone (RT), chemotherapy alone (CTX), radio-chemotherapy (RCT) and observation (OBS). Multivariate analysis was performed adjusting for confounding parameters.

Results: Postoperative radio-chemotherapy (RCT) resulted in a significantly improved 5-Year OS of 83.3% when compared to 38.5% for observation (OBS) ($p=0.019$). CTX and RT alone did improve OS to 56.3% and 61.3% respectively, without statistical significance.

Recurrence rates were lowest for patients treated with RCT (5,3% after 5 years) with statistical significance compared to OBS in multivariate analysis (31.3%, $p=0.009$). 5-year RFS was 94.7% for the RCT group and proofed to be significantly superior to RT (58.8%, $p=0.034$), CTX (56%, $p=0.027$) and OBS (37.4%, $p=0.007$).

Conclusion: Our study indicates a survival benefit for high-grade endometrial cancer treated with postoperative RCT. RCT was associated with a significant improve in 5-year OS and a significantly lower recurrence rate when compared to observation. 5-years RFS was significantly superior for patients treated with RCT when compared to other treatment modalities including RT, CTX and OBS.

E-09: Das Intervall zwischen der Präsentation neuer Studienergebnisse und dem klinischen Einsatz verkürzt sich zunehmend – eine Untersuchung am Beispiel des Pankreaskarzinoms

M. L. Seib¹, J. Heinz¹, S. Koch¹, J. Marquardt¹, R. Klöckner², M. Sprinzl¹, P. Galle¹, M. Moehler¹, M.-A. Woerns¹, T. Thomaidis¹, A. Weinmann¹

¹Universitätsmedizin Mainz, Medizinische Klinik und Poliklinik, Mainz, Deutschland, ²Klinik und Poliklinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, Universitätsmedizin Mainz, Mainz, Deutschland

Hintergrund: In der Onkologie wächst das Wissen über neue Therapieoptionen rasch. Für die Behandlung des Patienten ist es relevant, wie schnell neue Forschungserkenntnisse klinisch etabliert werden und für den Einzelnen zur Verfügung stehen. Wie schnell werden Studienergebnisse in die Praxis umgesetzt und was beeinflusst den Erfolg einer Therapie? Am Beispiel der Chemotherapie für das Pankreaskarzinom haben wir diese Fragen untersucht.

Methoden: Retrospektive Analyse der an der Universitätsklinik Mainz mit einer systemischen Chemotherapie behandelten Patienten mit Pankreaskarzinom im Zeitraum von 2003 bis 2016 ($n=330$). Unterschieden wurde zwischen adjuvanter ($n=79$) und palliativer Therapieindikation ($n=251$). Berücksichtigt wurden verfügbare Standardtherapien sowie in diesem Zeitraum veröffentlichte relevante neue Therapieregime. Gemcitabin-Monotherapie (GEM), FOLFIRINOX (Conroy et al. NEJM 2011), Gemcitabin mit nab-Paclitaxel (GEM-nab) (MPACT-Studie, von Hoff et al., NEJM 2013) und Gemcitabin mit Capecitabin (GEM-CAP) (ESPAC-4 Studie, Neoptolemos et al. 2016). Untersucht wurde das Zeitintervall zwischen Veröffentlichung der Daten und klinischer Anwendung.

Ergebnisse: FOLFIRINOX ($n=50$) wurde innerhalb von 58 Tagen nach Veröffentlichung der vollständigen Publikation 2011, GEM-CAP ($n=6$) bereits drei Tage nach Erstvorstellung als Präsentation auf der ASCO 2016 klinisch angewendet. GEM-nab ($n=28$) wurde studienbegleitend vor der Publikation eingesetzt. Der Einsatz von GEM-Monotherapie als Ersttherapie ist rückläufig.

Diskussion: Am Beispiel des Pankreaskarzinoms wird deutlich, dass Therapieänderungen anhand von Studienergebnissen innerhalb kurzer Zeit Einzug in die klinische Praxis halten. Neben dem wesentlichen Einfluss der Studienergebnisse und Studienqualität spielen die Zulassung und Verfügbarkeit der angewendeten Substanzen, Erfahrung des Anwenders mit den Substanzen sowie die Therapiekosten eine wichtige Rolle. Der zunehmende Einsatz neuer Medien bei der Berichterstattung über Kongresse ermöglicht die weltweite Verbreitung von Ergebnissen nahezu in Echtzeit. Die Digitalisierung wird die Anwendung neuer Therapien und Studienergebnisse weiter beschleunigen.

Zusammenfassung: Das zeitliche Intervall von der Publikation bis zur Implementierung von Studienergebnissen unterliegt bekannten Einflussgrößen (z. B. Studienqualität); durch den verbesserten und beschleunigten Informationsfluss können Patienten rascher von neuen Therapieoptionen profitieren.

E-10: Beeinflussung der paraneoplastischen Myasthenia gravis durch eine maligne Thymuserkrankung

R. Schneider^{1,2}, L. Kirzinger¹, M. Gerken², M. Klinkhammer-Schalke², B. Schalke¹

¹Klinik und Poliklinik für Neurologie der Universität Regensburg am Bezirksklinikum Regensburg, Regensburg, Deutschland, ²Tumorzentrum Regensburg – Institut für Qualitätssicherung und Versorgungsforschung der Universität Regensburg, Regensburg, Deutschland

Hintergrund: Thymome zählen zu den seltenen Erkrankungen mit einer Inzidenz von 0,2–0,4 pro 100.000 Einwohner. 70% der Patienten leiden zudem an paraneoplastischen Manifestationen, u. a. an Myasthenia gravis (MG). Die Standardtherapie der Thymome stellt die Thymektomie dar. Doch wie beeinflussen diese Therapie sowie neoadjuvante und adjuvante Maßnahmen den Verlauf der MG?

Methoden: Die Untersuchung wurde als retrospektive Kohortenstudie mit 81 Thymom-Patienten angelegt. Diese wurden aus der Datenbank des Be-

zirkulärkliniks, des Krebsregisters des Tumorzentrums und der Thoraxchirurgie des Universitätsklinikums Regensburg zwischen 1998 und 2016 erfasst. Das Kollektiv wurde hinsichtlich der Therapieform, der klinischen und serologischen Parameter der MG und Rezidiv- und Überlebensraten mit Hilfe der Kaplan-Meier-Methode evaluiert.

Ergebnisse: Unter den MG-Patienten zeigte sich, dass das Thymom B2 nach WHO mit 34 Fällen (23,6%) und das B3-Thymom mit 19 Patienten (13,2%) am häufigsten vertreten waren. Hinsichtlich der Serologie konnten in 70 Fällen (86,4%) Antikörper nachgewiesen werden, wobei bei 38 Patienten (46,9%) der Acetylcholin-Rezeptor-Antikörper positiv war. Die Darstellung der serologischen Parameter im Verlauf zeigte eine deutliche Diskrepanz sowohl zwischen weiblichen und männlichen Patienten, als auch zwischen den Typ B2 Thymomen und den restlichen Subgruppen. Die Gegenüberstellung der Verläufe bezüglich des Geschlechts erbrachte stark schwankende Antikörpertiter bei den Patientinnen. B2-Thymome fielen dadurch auf, dass der Titer postoperativ kontinuierlicher fiel und einen leichteren erneuten Anstieg in den Nachkontrollen aufwies. Im Mittel konnte jedoch ein langfristiger postoperativer Abfall der Antikörpertiter festgestellt werden.

Diskussion: Zum aktuellen Stand der Auswertung kann festgestellt werden, dass für Patienten mit Thymom und paraneoplastischer MG ein Titerabfall der Antikörper durch die durchgeführte Tumortherapie erwirkt werden kann. Eine komplette Beurteilung der Auswirkung der Behandlung des Thymoms kann allerdings erst nach Auswertung der klinischen Angaben erfolgen.

Zusammenfassung: Die Verlaufsbeobachtung der Thymomkranken ergab bis zum jetzigen Stand keine Verschlechterung der Myasthenia gravis durch die Therapie des Thymoms.

Session L: Lebensqualität und PROs:

30.03., 18:30–19:45

L-01: Komplementärmedizinische Pflege und Beratung zur supportiven Therapie bei gynäkologisch onkologischen Patientinnen während der Chemotherapie – Ergebnisse aus einer randomisiert-kontrollierten Versorgungsforschungsstudie

N. Klafke¹, C. Mahler¹, L. Uhlmann^{2,3}, C. v. Hagens⁴, M. Bentner¹, A. Schneeweiss⁴, A. Müller⁵, J. Szecsenyi¹, S. Joos⁶

¹Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg, Deutschland, ²Universitätsklinikum Heidelberg, Institut für Medizinische Biometrie und Informatik, Heidelberg, Deutschland, ³Universitätsfrauenklinik Heidelberg, Gynäkologische Endokrinologie und Fertilitätsstörungen, Ambulanz für Naturheilkunde und Integrative Medizin, Heidelberg, Deutschland, ⁴Nationales Centrum für Tumorerkrankungen, Universitätsklinikum Heidelberg, Sektion Gynäkologische Onkologie, Heidelberg, Deutschland, ⁵Frauenklinik, Städtisches Klinikum Karlsruhe, Karlsruhe, Deutschland, ⁶Universitätsklinikum Tübingen, Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung, Tübingen, Deutschland

Hintergrund: Eine zunehmende Anzahl von Patienten wendet naturheilkundlich-komplementärmedizinische Verfahren zur Supportivtherapie an. Vor dem Hintergrund eines in diesem Bereich bestehenden dringenden Forschungsbedarfs wurde im Rahmen der CONGO (Complementary Nursing in Gynecologic Oncology)-Studie eine komplexe komplementärmedizinische Pflege- und Beratungsintervention implementiert mit folgenden Komponenten: A) indikationsbasiertes pflegerisches Maßnahmenpaket, B) ressourcenorientierte Beratung, C) evidenzbasiertes komplementärmedizinisches Informationsmaterial. Die Intervention wurde von onkologischen Pflegefachkräften in zwei unterschiedlichen Versorgungssettings durchgeführt mit dem Ziel, die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei onkologischen Patienten unter Chemotherapie zu verbessern.

Methoden: 251 Patientinnen mit Mammakarzinom und anderen gynäkologischen Tumoren (25–89 Jahre, 51 ± 24,5) wurden zu Beginn ihrer Chemotherapie (CHT) im Zeitraum 06/2014 bis 02/2016 in den beiden onkologischen Tageskliniken in Heidelberg und Karlsruhe rekrutiert und randomisiert. Patientinnen der Interventionsgruppe erhielten die Interventionsmaßnahmen, Patientinnen aus der Kontrollgruppe die Routineversorgung. Die Lebensqualität wurde mittels EORTC-QLQ-C30 als Hauptzielparameter wöchentlich im Patiententagebuch sowie zu unterschiedlichen Zeitpunkten während der CHT erhoben. Daten zu physischen und psychosozialen Nebenzielparametern wurden ebenfalls eingeholt. Zusätzlich wurden im Rahmen einer qualitativ-quantitativen Prozessevaluation Daten bei Patientinnen und Pflegenden erhoben, um förderliche und hinderliche Faktoren bei der Implementierung zu identifizieren.

Ergebnisse: Die Daten zur Lebensqualität werden derzeit mit gemischten linearen Regressionsmodellen analysiert. In den Modellen werden sowohl feste (Zeit, Gruppe, Interaktion von Gruppe/Zeit) Gruppeneffekte wie auch zufällige individuelle (wiederholte Messungen pro Patient) Effekte betrachtet. Die qualitative Prozessevaluation deutet eine erfolgreiche Implementierung der Intervention an und hatte aus Sicht von Interventionspatientinnen sowie von Mitarbeitern der onkologischen Tageskliniken einen Mehrwert im Vergleich zur Routineversorgung. Insbesondere die Beratung wurde als positiv, aber auch zeitaufwändig, erlebt.

Diskussion: Die Ergebnisse werden Aufschluss darüber geben, ob sich die Lebensqualität sowie physische und psychische Symptome durch die komplexe Intervention verbessern sowie Hinweise liefern, wie sich die Intervention bestmöglich in andere Versorgungssettings übertragen lässt.

Zusammenfassung: Die CONGO-Studie untersucht den Nutzen einer komplexen komplementärmedizinischen Pflege- und Beratungsintervention auf die Lebensqualität und wird Empfehlungen zu bestmöglichen Implementierungsstrategien geben können.

L-02: Health-related Quality of Life among Long-term (≥5 years) Prostate Cancer Survivors by Primary Treatment: a Systematic Review

S. Adam¹, A. Feller², S. Rohrmann¹, V. Arndt^{2,3}

¹Epidemiology, Biostatistics and Prevention Institute, Division of Chronic Disease Epidemiology, University of Zurich, Zurich, Switzerland, ²National Institute for Cancer Epidemiology and Registration, Zurich, Switzerland, ³Deutsches Krebsforschungszentrum, Division of Clinical Epidemiology and Aging Research, Heidelberg, Germany

Introduction: Due to improving prognosis for prostate cancer survivors (PC) and increased awareness of long-term treatment effects, monitoring long-term well-being among PC survivors has gained increasing attention. In this systematic review, we identified and synthesized studies comparing health-related quality of life (HRQoL) among long-term PC survivors (i. e. ≥5 years past diagnosis) by primary treatment.

Methods: In order to summarize current literature research results, we searched multiple databases, including Pubmed, Medline and Embase to identify relevant articles. Studies had to assess at least general HRQoL plus one HRQoL domain or a minimum of two HRQoL domains.

Results: Identified studies ($n = 12$) were mainly observational prospective cohort studies ($n = 7$) and heterogeneous with respect to the comparison groups, patients' characteristics and instruments assessing symptoms. HRQoL was assessed using the SF-36 ($n = 7$) or EORTC QLQ-C30 ($n = 5$). Overall, long-term PC survivors reported comparable HRQoL to the general population except of survivors treated using external beam radiation therapy (EBRT). These patients reported poorer role, social and role physical functioning. Results for comparisons of different therapies were not consistent. Whereas studies using the EORTC QLQ-C30 questionnaire did not reveal any statistically or clinically significant results, studies using the SF-36 showed that survivors treated with a radical prostatectomy reported better physical and role functioning as well as higher vitality than survivors treated with watchful waiting, androgen deprivation therapy and EBRT. However, the latter results were only based on one study.

Conclusion: This review suggests that HRQoL among long-term PC survivors varies per primary treatment. However, it remains unclear which treatment options are superior with respect to HRQoL since studies yielded conflicting results, used different comparison groups, or did not have enough power to draw any firm conclusions.

Summary: So far, there is no evidence indicating which treatment option is the best option for PC survivors with regards to HRQoL.

L-03: Lebensqualität bei lokal begrenztem Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil: Vergleich von Active Surveillance und Radikaler Prostatektomie in der HAROW-Studie.

N. Winter¹, L. Ansmann², N. Ernstmann³, A. Heidenreich¹, L. Weissbach⁴, J. Herden¹

¹Klinik und Poliklinik für Urologie, Klinikum der Universität Köln, Köln, Deutschland, ²Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft, Universität zu Köln, Köln, Deutschland, ³Forschungsstelle für Gesundheitskommunikation und Versorgungsforschung, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Bonn, Bonn, Deutschland, ⁴Stiftung Männergesundheit, Berlin, Deutschland

Hintergrund: Für das lokal begrenzte Prostatakarzinom (PCa) mit niedrigem Risikoprofil sind Active Surveillance (AS) und radikale Prostatektomie (RP) mögliche kurative Therapieoptionen, die sich nach aktueller Studienlage hinsichtlich des klinischen Outcomes nicht unterscheiden. Daher treten mögliche Patient--reported Outcomes zu körperlichen und psychischen Belastungen und der Lebensqualität (LQ) zunehmend in den Fokus. In dieser Arbeit soll die LQ von Patienten unter AS mit jenen nach RP verglichen werden.

Methoden: Im Rahmen der HAROW--Studie wurde die Versorgungssituation von insgesamt 2957 Patienten mit lokal begrenztem PCa in einer prospektiven Beobachtungsstudie erfasst. In die vorliegende Analyse fließen Daten von 961 Patienten mit niedrigem Risikoprofil nach D'Amico ein, von denen 556 (57,9%) mit einer RP und 405 (42,1%) mit AS behandelt wurden. Das Follow--Up betrug 3,5 Jahre. Die LQ wurde über den validierten Fragebogen EORTC--QLQ--30 (allgemeine LQ) erhoben. Die Lebensqualitätsdaten wurden mit Hilfe einer längsschnittlichen Mehrebenenanalyse ausgewertet.

Ergebnisse: Die Ergebnisse der Funktionsskalen waren für die globale Lebensqualität ($b=2,979, p=0,007$), Rollenfunktion ($b=4,370, p<0,001$), emotionale Funktion ($b=2,420, p=0,047$) und soziale Funktion ($b=6,769, p<0,001$) in der AS--Gruppe signifikant besser. In Bezug auf die kognitive und körperliche Funktion sowie die allgemeinen Symptomskalen bestanden zwischen beiden Gruppen keine signifikanten Unterschiede.

Diskussion: Bei den erhobenen Aspekten der LQ zeigt sich ein Vorteil für die AS im Vergleich zur RP. Insbesondere ist auch die globale Lebensqualität höher. Mit diesen Ergebnissen besteht eine neue Grundlage für die Therapiefindung und Beratung der Patienten. Der fehlenden Randomisierung in diesem Studiendesign steht hier die realistische Abbildung der Versorgungssituation gegenüber.

Zusammenfassung: In einer großen prospektiven Versorgungsforschungsstudie konnte eine bessere Lebensqualität unter Active Surveillance gezeigt werden als nach radikaler Prostatektomie.

L-04: Verbesserung der sportlichen Aktivität von Frauen mit invasivem Mammakarzinom mithilfe der Anwendungssoftware „Aktiv trotz Brustkrebs“

K. Klein

Charité – Universitätsmedizin Berlin (CUB), Berlin, Deutschland

Hintergrund: Das Mammakarzinom (Brustkrebs) ist die häufigste bösartige Neubildung bei Frauen. Studien konnten zeigen, dass Frauen mit invasivem Mammakarzinom von regelmäßiger sportlicher Aktivität profitieren. Demnach erhält sportliche Aktivität die Leistungsfähigkeit, senkt Nebenwirkungen der Therapie und steigert so auch die Lebensqualität. Ein gro-

ßes Problem ist allerdings, dass sich Frauen nach Diagnosestellung eines invasiven Mammakarzinoms signifikant weniger bewegen als vor Diagnosestellung. Das übergeordnete Ziel dieser wissenschaftlichen Arbeit war es, die sportliche Aktivität mithilfe der Anwendungssoftware „Aktiv trotz Brustkrebs“ von Frauen mit invasivem Mammakarzinom zu erhöhen.

Methoden: Probandinnen einer Gelegenheitsstichprobe ($n=34$) wurde nicht-randomisiert in eine Interventions- (App-Nutzer, $n=23$) und eine Kontrollgruppe (Broschüre-Nutzer, $n=11$) unterteilt. Die Messung der sportlichen Aktivität mittels Fragebögen erfolgte zu zwei Messzeitpunkten: Vor Beginn der App-Nutzung und nach vier Wochen.

Ergebnisse: Das Sportverhalten der Probandinnen aus Interventions- und Kontrollgruppe konnte signifikant ($p<0,05$) verbessert werden. In den Bereichen subjektives Wohlbefinden sowie therapiespezifische Nebenwirkungen konnten hingegen keine signifikanten Verbesserungen oder Verschlechterungen beobachtet werden.

Diskussion: Aus den ermittelten Ergebnissen ist erkennbar, dass die Einführung der App „Aktiv trotz Brustkrebs“ die Aktivität im Bereich der Bewegungsinitiative sowie der Sporthäufigkeit von Brustkrebspatientinnen während der Therapie signifikant verbessert hatte. Dass die App von der Mehrzahl der Probandinnen selbst nur als teilweise hilfreich für die Verbesserung der sportlichen Aktivität bewertet wurde, steht allerdings in Widerspruch zu den ansonsten positiven Ergebnissen. Keine Patientin aus der Interventionsgruppe bestätigte, dass durch die App „Aktiv trotz Brustkrebs“ eine deutliche Verbesserung der sportlichen Aktivität aufgetreten sei. Trotz der mäßigen Bewertung konnten die Probandinnen zu einer erhöhten sportlichen Aktivität motiviert werden.

Zusammenfassung: Die Ergebnisse des Pilotprojekts weisen auf die Notwendigkeit sowie Aufklärung einer angemessenen Bewegungsempfehlung während der Brustkrebstherapie hin.

L-05: Der Einfluss einer stationären onkologischen Rehabilitationsbehandlung auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität und psychische Belastung – Ergebnisse einer Beobachtungsstudie

A. Nickels¹, D. Riedl², J. M. Giesinger², L. M. Wintner², F. L. Loth², G. Rumpold², B. Holzner², T. Licht¹

¹Onkologisches Rehabilitationszentrum St. Veit im Pongau, Österreich,

²Department für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Medizinische Universität Innsbruck, Österreich

Hintergrund: Aufgrund verbesserter Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten steigt weltweit die Zahl der Überlebenden von Krebserkrankungen kontinuierlich. Da Krebserkrankungen und deren Behandlung häufig mit schweren körperlichen und psychischen Belastungen einhergehen, nimmt auch der Bedarf für onkologische Rehabilitation im Anschluss an die Primärbehandlung stetig zu. Das Ziel der vorliegenden Studie war die Wirksamkeit eines multidisziplinären stationären onkologischen Rehabilitationsprogramms zur verbesserten Lebensqualität sowie zur Reduktion der psychischen Belastung in einer großen Stichprobe mit unterschiedlichen Tumordiagnosen zu evaluieren.

Methoden: In der Studie wurden Patient-Reported Outcomes (PRO) des routinemäßig durchgeführten Lebensqualitäts- und Belastungsscreenings einer stationären onkologischen Rehabilitationseinrichtung analysiert. Die PatientInnen beantworteten dabei vor- und nach dem stationären Aufenthalt den EORTC „Quality of Life Questionnaire Core-30“ sowie die „Hospital Anxiety And Depression Scale“. Die Wirksamkeit des Behandlung wurde mittels Varianzanalysen sowie Effektstärkenberechnung (Cohens' d) ermittelt. Des Weiteren wurden die Fragebogenergebnisse vor- und nach der Rehabilitation mit den Werten der Durchschnittsbevölkerung verglichen.

Ergebnisse: In die Studie konnten 939 stationäre PatientInnen mit einem durchschnittlichen Alter von 58,6 Jahre (+ 11,9 Jahre; 59,9% Frauen) eingeschlossen werden. Die häufigsten Tumordiagnosen waren Brustkrebs (29,5%), hämatologische Tumore (10,5%) und kolorektale Tumore (10,0%). Zu Beginn der Rehabilitationsbehandlung gaben etwa 27% der PatientInnen eine auffällige psychische Belastung an. Die Verlaufsergeb-

nisse zeigten eine klinisch bedeutsame Verbesserungen in beinahe allen erfassten Lebensqualitätsdomänen sowie eine klinisch bedeutsame Reduktion der psychischen Belastung. Weder Tumordiagnose, noch Alter oder Geschlecht hatten einen signifikanten Einfluss auf die Wirksamkeit der Behandlung. Die PatientInnen profitierten am stärksten hinsichtlich des emotionalen Funktionsniveau ($d = 0,8$), der Fatigue ($d = 0,7$) sowie des sozialen Funktionsniveau ($d = 0,6$).

Diskussion: Das multidisziplinäre Behandlungsangebot führte zu klinisch bedeutsamen Verbesserungen in fast allen erhobenen Bereichen der Lebensqualität. Die Stabilität des gefundenen Behandlungseffektes sollte mittels longitudinaler Studien evaluiert werden.

Zusammenfassung: Die Ergebnisse unserer Studie zeigen, dass multidisziplinäre stationäre Krebsrehabilitation wesentlich zur Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie zur Reduktion der psychischen Belastung bei Überlebenden von Krebserkrankungen beiträgt.

L-06: eSTEPS – eHealth Strategy for Elderly Patients

M. Wonhöfer¹, F. Schindler², M. Welslau³, R. Würstlein⁴, N. Harbeck⁵, T. Schinköthe⁶

¹CANKADO, München/Kirchheim, Deutschland, ²Hämatologisch-Onkologische Praxis, Aschaffenburg, Deutschland, ³LMU München, München, Deutschland, ⁴Brustzentrum der Universität München (LMU), München, Deutschland, ⁵Institut für Innovation und Medizin, München/Kirchheim, Deutschland

Hintergrund: Die patienteneigene Wahrnehmung des Therapieverlaufs (engl. Patient Reported Outcome, PRO) und eine direkte elektronische Erfassung werden in der onkologischen Versorgung immer wichtiger. Jedoch sind gerade ältere Patienten mit modernen Technologien, wie Computer und Internet meist weniger vertraut. Wir haben eine Strategie entwickelt, die diese Patienten unterstützt, hier Sicherheit und Selbstvertrauen zu erlangen.

Methoden: eSTEPS, die eHealth Strategy for Elderly Patients, ist ein Modul des gemeinnützigen Systems CANKADO (www.cankado.com). eSTEPS ist ein Betreuungskonzept, das Patienten eine schrittweise Annäherung an eHealth ermöglicht ohne zu überfordern. Um Tendenzen in der Altersgruppe 70+ hinsichtlich der Computer- und Internetnutzung, sowie der Bereitschaft zur elektronischen Therapiebegleitung zu beobachten, trugen wir die Antworten aus den Jahren 2013 und 2015 von insgesamt 124 Patienten zusammen: Die tägliche Internetnutzung stieg um 10%. 2015 surfen bereits 46% der Befragten in der Altersgruppe 70+ am eigenen Computer. 33% bewegten sich selbstständig im Internet. Es wurde sichtbar, dass der Wunsch nach einer digitalen Therapiebegleitung vorhanden ist und in Zahlen zunimmt. Die Internetnutzung zu Gesundheitszwecken ist in der befragten Gruppe mit 51% das zentrale Thema. Diese Erkenntnisse unterstreichen den Nutzen eines dynamischen eHealth-Angebots.

Ergebnisse: An CANKADO-Terminals werden Patienten zunächst von einer onkologischen Fachpflegekraft eingewiesen. Die Tablet-basierten Befragungen werden zunächst ausschließlich in der Praxis oder Klinik durchgeführt. Zusätzlich gibt es für alle Teilnehmer einen persönlichen Zugang mit Benutzerausweis, um eSTEPS auch zu Hause verwenden zu können. Ist ein Patient in der Anwendung geübt, können Befragungen einmal pro Woche selbstständig am eigenen Computer ausgefüllt werden. Als weitere Option wird die tägliche PRO-Dokumentation von Medikamenteneinnahmen, therapiebedingten Beschwerden und allgemeinem Befinden angeboten. Die Dokumentationsanforderung ist so individuell auf die Möglichkeiten der Patienten abgestimmt. Ziel von eSTEPS ist ein barrierefreier Umgang mit dem System und die selbständige Anwendung der elektronischen Therapiebegleitung.

Zusammenfassung: eSTEPS führt ältere und technikferne Patienten schrittweise an eHealth heran.

L-07: Nutzungsbereitschaft und Hürden von technikbasierten PRO-Erhebungen bei Patientinnen mit Mammakarzinom in der adjuvanten und metastasierten Situation

M. Wallwiener¹, E. Simoes^{2,3,4}, L. Keilmann¹, N. Sickenberger¹, F.A. Taran², A.D. Hartkopf², D. Wallwiener², S.Y. Brucker^{2,3}, J. Graf^{2,3,5}

¹Abteilung für Allgemeine Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland, ²Department für Frauengesundheit, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen, Deutschland, ³Forschungsinstitut für Frauengesundheit, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen, Deutschland, ⁴Stabstelle Sozialmedizin, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen, Deutschland, ⁵Dekanat Medizinische Fakultät, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen, Deutschland

Hintergrund: Aufgrund der häufig ungünstigen Prognose ist die gesundheitsbezogene Lebensqualität (HRQoL) bei Brustkrebspatientinnen Situation von großer Bedeutung. Seit einigen Jahren werden patientenrelevanten Endpunkte zunehmend auch technik-basiert erhoben (ePRO), der Wissensstand zu Akzeptanz, Praktikabilität und Hürden ist jedoch bislang begrenzt. Untersucht werden sollte, inwiefern bei Brustkrebs-Patientinnen in der metastasierten oder adjuvanten Situation die soziodemographischen Merkmale Alter und Bildungsstand, sowie die Variablen gesundheitsbezogene Lebensqualität, Erkrankungsstatus sowie Technikerfahrungen die Bereitschaft zur Nutzung von e-PROs beeinflussen und in welchem Ausmaß Hürden bei Krebspatientinnen zur Nutzung von e-basierten Erhebungsinstrumenten bestehen.

Methoden: Erhoben wurden soziodemographische Daten, die gesundheitsbezogene Lebensqualität (mittels der Instrumente EORTC QLQ C-30 und EQ-VAS), die Bereitschaft zur Nutzung von e-basierten Erhebungen und von den Patientinnen wahrgenommene Hürden. Weiterhin wurden die sozioökonomischen Daten der Patientinnen erfragt, sowie deren individuelle Computerkenntnisse erhoben. Insgesamt wurden $n = 96$ Patientinnen papierbasiert befragt. Die statistische Auswertung (Häufigkeitsanalyse, zweiseitiger unverbundener t-Test, Korrelationsanalyse nach Pearson) wurde mittels SPSS und MS Excel durchgeführt.

Ergebnisse: Insgesamt gaben 52/96 (55%) der Patientinnen an, sich a priori eine Teilnahme an ePRO vorstellen zu können. Patientinnen die eine papierbasierte Befragung (pPRO) wünschten, waren älter (ePRO: 53 Jahre versus pPRO 62 Jahre, $p = 0,0014$) und waren durch einen niedrigeren Bildungsstatus ($p = 0,0002$), einen schlechteren Gesundheitszustand ($p = 0,0327$) und geringere Technikkills ($p = 0,0003$) charakterisiert. Als mögliche Hürden konnten Datenschutzbedenken (30%), mangende technische Kenntnisse (15%) und krankheitsbezogene Belastung, z.B. Taubheitsgefühl (9%) identifiziert werden. Mittels spezifischer Unterstützungsmaßnahmen kann die Nutzungsbereitschaft jedoch potentiell erhöht werden.

Diskussion: Bei Patientinnen mit höherem Alter und niedrigerer Lebensqualität bestehen Hürden für eine prospektive ePRO-Teilnahme. Bei entsprechenden Vorbedingungen das Alter, den Bildungs- und den aktuellen Gesundheitsstand betreffend, sollten Möglichkeiten der Unterstützung angeboten werden, um die Bereitschaft zur Teilnahme bzw. die Validität der Ergebnisse sicherzustellen.

Zusammenfassung: Insbesondere bei älteren Patientinnen mit niedriger HRQoL bestehen Hürden zur ePRO-Nutzung, die berücksichtigt werden müssen, um die PRO-Reliabilität nicht zu gefährden.

L-08: Implementierung von elektronischem Routine- und Home-Monitoring in einer stationären onkologischen Rehabilitationseinrichtung – das REHA-GESUNDHEITSPORTAL

D. Riedl¹, L.M. Wintner¹, A. Nickels², G. Rumpold¹, B. Holzner¹, T. Licht²

¹Department für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich, ²Onkologisches Rehabilitationszentrum St. Veit im Pongau, St. Veit im Pongau, Österreich

Hintergrund: Die elektronische Erhebung von Patient-Reported-Outcomes (ePRO) stellt in der onkologischen Routine eine wichtig Ergänzung zu traditionellen klinischen Outcome-Parametern dar. Durch die

Erhebung von ePros mittels web-basierter PatientInnenportalen kann die Perspektive der PatientInnen in die Gesundheitsversorgung miteinbezogen werden und dadurch sowohl zur verbesserten Krankheitsverarbeitung und Symptomkontrolle beitragen, als auch wertvolle Grundlagen für eine langfristige Evaluation der Behandlung liefern. Das Ziel der vorliegenden Studie war daher die Implementierung eines elektronischen web-basierten Routinemonitorings im onkologischen Rehabilitationszentrum St. Veit im Pongau (Österreich).

Methoden: Um eine möglichst reibungslose Implementierung erreichen zu können, wurden von Anfang an alle relevanten InteressensvertreterInnen in den Prozess der ePRO-Implementierungsstrategie miteinbezogen und wechselweise Prozessevaluationen und Trainings abgehalten. Für die elektronische Datenerhebung wurde auf Basis der etablierten Software „Computer-based Health Evaluation System“ (CHES) das web-basierte REHA-GESUNDHEITSPORTAL entwickelt.

Ergebnisse: Mit der Eröffnung des Rehabilitationszentrums im Januar 2014 wurde die Routine-ePRO Erhebung gestartet. Initial erhielten die PatientInnen vier Wochen vor ihrem Rehabilitationsantritt PRO-Fragebögen und klinischen Anmeldeunterlagen per Post, um in der Eröffnungsphase des neuen Rehabilitationszentrums einen möglichst reibungslosen Einstieg der administrativen und klinischen Abläufe zu garantieren. Im Juni 2014 wurde der Erhebungsmodus auf die elektronische Datenerhebung umgestellt. Zwischen Oktober 2014 und September 2015 wurden drei Prozessevaluationen mit anschließenden Trainingseinheiten abgehalten. Als Resultat dieses schrittweisen Evaluierungsprozesses verbesserte sich die Teilnehmerate (von anfänglich 22 % auf 98 %), die ePRO Daten wurden in den Entlassungsbefund integriert und die Follow-Up Erhebungen mit Beginn Herbst 2016 wurden geplant.

Diskussion: Auf Basis der erhobenen ePRO-Daten konnten individualisierte Behandlungspläne entworfen und eine fortlaufende Evaluierung und Qualitätskontrolle der angebotenen Leistungen erbracht werden. Unsere Studie zeigt, dass fortlaufende Prozessevaluationen und individuell zugeschnittene Trainings notwendig sind um einen möglichst reibungslosen Ablauf der ePRO Erhebungen in der jeweiligen Rehabilitationseinrichtung zu ermöglichen.

Zusammenfassung: Die fortlaufende Prozessevaluierung ermöglichte eine Harmonisierung der Implementierung und das elektronische Routinemonitoring konnte erfolgreich in die klinische Routine der stationären Rehabilitation integriert werden.

L-09: Validation of the German Patient-Reported Outcomes Version of the Common Terminology Criteria for Adverse Events (PRO-CTCAE™)

V. Hagelstein¹, I. Ortland¹, A. Wilmer¹, S. A. Mitchell², U. Jaehde¹

¹Institute of Pharmacy, Clinical Pharmacy, University of Bonn, Bonn, Germany, ²Division of Cancer Control and Population Sciences, Outcomes Research Branch, National Cancer Institute, Rockville, Maryland, USA

Background: Integrating the patient's perspective has become an increasingly important component of adverse event reporting. The National Cancer Institute has developed a Patient-Reported Outcomes version of the Common Terminology Criteria for Adverse Events (PRO-CTCAE™). This instrument has been translated into German and linguistically validated; however, its quantitative measurement properties have not been evaluated.

Patients and methods: A German language survey that included 31 PRO-CTCAE items, as well as the EORTC QLQ-C30 and the Oral Mucositis Daily Questionnaire (OMDQ), was distributed at 10 cancer treatment settings in Germany and Austria. Item quality was assessed by analysis of acceptability and comprehensibility. Reliability was evaluated by using Cronbach's alpha and validity by Principal Components Analysis (PCA), Multitrait-Multimethod Matrix (MTMM) and known groups validity techniques.

Results: Of 660 surveys distributed to the study centres, 271 were returned (return rate 41 %), and data from 262 were available for analysis. Participants' median age was 59.7 years, and 69.5 % of the patients were female. Analysis of item quality supported the comprehensibility of the

31 PRO-CTCAE items. Reliability was very good; Cronbach's alpha correlation coefficients were >0.9 for almost all item clusters. Construct validity of the PRO-CTCAE core item set was shown by identifying 10 conceptually meaningful item clusters via PCA. Moreover, construct validity was confirmed by the MTMM: Monotrait-Heteromethod comparison showed 100 % high correlation, whereas Heterotrait-Monomethod comparison indicated 0 % high correlation. Known groups validity was supported; PRO-CTCAE scores were statistically significantly lower for those with impaired versus preserved health-related quality of life.

Conclusion: A set of 31 items drawn from the German PRO-CTCAE item library demonstrated favourable measurement properties. These findings add to the body of evidence that PRO-CTCAE provides a rigorous method to capture patient self-reports of symptomatic toxicity for use in cancer clinical trials.

L-10: Reliabilitäts- und Akzeptanzanalyse eines ePRO-Tools (electronic Patient Reported Outcomes) bei Brustkrebspatientinnen

J. Graf^{1,2,3}, E. Simoes^{1,2,4}, N. Sickenberger⁵, L. Keilmann⁵, F. A. Taran¹, AD Hartkopf¹, D. Wallwiener¹, S. Y. Brucker^{1,2}, M. Wallwiener⁵

¹Department für Frauengesundheit, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen, Deutschland, ²Forschungsinstitut für Frauengesundheit, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen, Deutschland, ³Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen, Deutschland, ⁴Stabstelle Sozialmedizin, Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen, Deutschland, ⁵Abteilung für Allgemeine Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Hintergrund: Der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und anderen patientenbezogenen Endpunkten kommt zunehmende Bedeutung im therapeutischen Setting von chronischen Erkrankungen zu. I. d. R. erfolgt die Erhebung noch papierbezogen, in Zukunft ist jedoch eine sukzessive Umstellung auf e-basierte Erhebungsverfahren zu erwarten. Im Rahmen der Studie ePROCOM sollte untersucht werden, wie praktikabel sich ein Befragungs-Tool zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (HRQoL) bei Brustkrebs-Patientinnen gestaltet, wie die Technologie von den Patientinnen angenommen wird und inwiefern zwischen papier- und e-basierter Befragung Unterschiede im Antwortverhalten identifiziert werden können (Reliabilität).

Methoden: Randomisierte, multizentrische Cross-over Studie zum Vergleich der Papier-basierten Erfassung von Lebensqualitätsfragebögen (EORTC QLQ C-30 und FACT-B) versus der tablet-basierten Erfassung. Neben der HRQoL wurden die soziodemographischen Daten sowie die vorhandenen Technikkills der Patientinnen (in Selbsteinschätzung) erfragt. Außerdem wurden die Patientinnen gebeten, sowohl die papier- als auch die e-basierten Befragung zu evaluieren.

Ergebnisse: Insgesamt wurden $n = 106$ Patientinnen befragt (Alter: 50,6; adjuvante Therapie: 72 %, metastasierter Status: 28 %; HRQoL: 60,86 (EORTC QLQ-C30) bzw. 102,64 (FACT B)). Alles in allem wurde die tablet-basierte Befragung dabei von den Patientinnen gut angenommen, wie durch die hohen Akzeptanzwerte dargelegt werden kann. Beim Antwortverhalten zeigten sich bei den Patientinnen keine signifikanten Unterschiede zwischen der papierbasierten und der e-basierten Erhebung, bei beiden Fragenbögen ergaben sich jeweils hohe Übereinstimmungen (Cohens Kappa und t-Test), das Tool war damit im vorliegenden Kollektiv reliabel.

Diskussion: Die Bereitschaft zur Teilnahme und auch die Akzeptanz gegenüber Tablet-Fragebögen ist durch alle Patientenschichten hinweg sehr hoch. Weiterhin kann das Antwortverhalten in der Tablet-Version als gleichwertig zur Papier-Version angesehen werden.

Zusammenfassung: E-Basierte Befragungsinstrumente zur Messung von patientenrelevanten Endpunkten eignen sich grundsätzlich für die Routinerversorgung, allerdings besteht Optimierungsbedarf.

Session Z: Versorgungskonzepte/Zentrenbildung: 30.03., 18:30–19:45

Z-01: Konzept zur Verbesserung der genetischen Kompetenz und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit

K. Rhiem, E. Hahnen, R. K. Schmutzler

Zentrum für Familiären Bruts- und Eierstockkrebs, Universitätsklinikum Köln (ÄoR), Köln, Deutschland

Hintergrund: In einem Benchmark-Projekt im Rahmen unseres „Netzwerk NRW“ konnten wir erstmals belegen, dass 30% aller Mammakarzinompatientinnen die Einschlusskriterien für eine genetische Testung erfüllen. Dies verdeutlicht den großen Aufklärungs- und Beratungsbedarf. Daher haben wir ein Konzept zur Sektorenübergreifenden Zusammenarbeit etabliert, welches auch ein Curriculum zur hierfür notwendigen genetischen Kompetenz (genetic literacy) enthält.

Methoden: Das Curriculum umfasst eine halbtägige Schulung mit Wissenskontrolle und eine ganztägige Hospitation. Bisher nahmen 307 Kolleginnen und Kollegen unserer Kooperationszentren an insgesamt 8 Veranstaltungen teil. Die Resonanz war damit sehr positiv. Die steigende Lernkurve konnte anhand der Wissenskontrolle nachgewiesen werden.

Ergebnisse: Wir konnten neue Verträge zur besonderen Versorgung mit dem vdek abschließen, die nach erfolgreicher Absolvierung von Curricula und Hospitation auch eine Vergütung für die genetische Aufklärung vorsieht. Zwischenzeitlich haben wir bereits 62 Verträge abgeschlossen

Diskussion: Es besteht ein hoher Bedarf zur Verbesserung der genetischen Kompetenz, den wir mit unserem umfassenden Konzept des Curriculums und der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit im Rahmen des Pilotprojekts in Köln erfolgreich umgesetzt haben. Das Konzept wird nun auf die gesamten Zentren des Konsortiums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs ausgedehnt.

Z-02: Qualifikationsmodul zum Familiären Brust- und Eierstockkrebs (QuaModFam) zur Stärkung der transsektoralen Versorgung

D. Speiser¹, A. Sturm¹, J. Betzler¹, H. Brand², L. Besch², F. Kendel², J.-U. Blohmer¹.

¹Klinik für Gynäkologie mit Brustzentrum, CCM, Charité, Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland, ²Institut für Medizinische Psychologie, Charité, Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

Hintergrund: 5–15% der Mamma- und Ovarialkarzinome entstehen aufgrund angeborener genetischer Mutationen. Das Wissen um Risikogene, epigenetische Faktoren und Tumorigenese hat zuletzt rasant zugenommen. Diese Erkenntnisse haben zunehmend klinische Bedeutung. Der Wissenszuwachs, seine größere Laienverfügbarkeit und die potenziell tiefgreifenden Konsequenzen von genetischen Informationen erhöhen den Beratungsbedarf. Eine von interdisziplinärem Expertenwissen getragene, strukturierte Beratung wird benötigt, um sowohl Über- als auch Untertherapie zu vermeiden. Eine solche Beratung bietet in Berlin-Brandenburg bislang nur das Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs der Charité (ZFBE) an. Ziel des intendierten Qualifikationsmoduls ist es, Tumorzentren aus Berlin und Brandenburg zu einer Kooperation mit dem ZFBE zu befähigen.

Methoden: Basierend auf konsentierten inhaltlichen Vorgaben wird ein praxisfertiger Zertifikatskurs für Gynäkologen aus DKG-zertifizierten Brust- und Gynäkologischen Tumorzentren Berlins und Brandenburgs konzipiert, der die regional-spezifischen Gegebenheiten des großen Zentrumsinzugsgebiets und die vorherrschenden Versorgungsstrukturen berücksichtigt. Die kooperierenden Kollegen werden so in die Lage versetzt, in enger Kooperation mit dem ZFBE Erstberatungen patientenfreundlich vor Ort durchzuführen.

Ergebnisse: Das Qualifikationsmodul umfasst Spezialwissen aus den Bereichen Gynäkologie, Genetik, Radiologie und Medizinischer Psychologie (Begleitstudie in Kooperation mit dem Max-Planck-Institut für Bildungs-

forschung). Die neuesten Forschungsergebnisse, zu denen das ZFBE privilegierten Zugang hat, werden berücksichtigt. Im Januar 2017 kommt der Kurs erstmals mit 16 teilnehmenden Kliniken zum Einsatz. Eine umfassende Evaluation ist geplant. Erste Ergebnisse werden auf dem Kongress präsentiert.

Diskussion: Bislang existiert im Nordosten Deutschlands kein vergleichbarer Zertifikatskurs und Kooperationsansatz. Damit sollen qualitativ hochwertige Eingangsportale für das Beratungs- und Betreuungssystem des ZFBE geschaffen werden. Mehr Ratsuchende können so zeitnah, umfassend und effizient beraten werden. Mit einer leitliniengerechten Beratung wird die interdisziplinäre, kollegiale Vernetzung mit dem ZFBE gefestigt. Gleichzeitig kann am ZFBE eine stärkere Konzentration auf problematische Einzelfälle und die Zweitberatung nach Mutationsnachweis stattfinden. Präferenzsensitive Entscheidungen von Mutationsträgerinnen werden ermöglicht und die transsektorale Versorgung gestärkt.

Zusammenfassung: Ein interdisziplinäres Qualifikationsmodul soll regionale Tumorzentren befähigen, eine Erstberatung zu familiär bedingtem Brust- und Eierstockkrebs vorzunehmen.

Z-03: Mobiler onkologischer Dienst (MOD) – eine neue Versorgungsform zur Verbesserung der Patientenadhärenz und Patientensicherheit: die Ergebnisse nach 24 Monaten

F. Kaiser¹, U. Kaiser², G. Damnal², U. Vehling-Kaiser²

¹Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Hämatologie und Onkologie, Göttingen, Deutschland, ²Onkologisch-palliativmedizinisches Netzwerk Landshut, Landshut, Deutschland

Hintergrund: Mit der ständigen Zunahme kostspieliger oraler antiproliferativer Therapieformen im Bereich der Hämatologie/Onkologie kommt der Patientenadhärenz und Patientensicherheit wachsende Bedeutung zu. Vor allem ältere und immobile Patienten im ländlichen Raum sind von dieser Problematik betroffen. Das Projekt: „Mobiler onkologischer Dienst“ wurde unter dem Aspekt der Verbesserung dieses Versorgungsdefizites vom onkologisch palliativmedizinischem Netzwerk Landshut mit Unterstützung des Bayerischen Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit entwickelt, in die Patientenversorgung eingeführt, evaluiert und geprüft. Die Ergebnisse der ersten 24 Monate „MOD“ in Hinblick auf Patientenadhärenz, Patientensicherheit unter Berücksichtigung ökonomischer Aspekte liegen nun vor.

Methoden: Dokumentation allgemeiner Kennzahlen, Medikation, Nebenwirkungen und Krankenhausaufenthalte durch die MOD-Assistentin bei jedem Patientenbesuch. Der Evaluationsbogen besteht aus 6 Fragen, die jeweils nach einem Rating-System von 1–6 beantwortet werden können. Die Patienten wurden nach jedem 10ten Besuch befragt.

Die Auswertung der Evaluationsergebnisse erfolgte durch die Kassenärztliche Vereinigung Bayern (KVB).

Ergebnisse: Es wurden 109 Patienten in 1040 Besuchen betreut und im Mittel 4–5 mal pro Quartal besucht, wobei die durchschnittliche Anfahrtszeit 19,8 km, die durchschnittliche Besuchszeit 29 min betrug. Die Evaluation der Dokumentation ergab eine hohe Patientenzufriedenheit, eine deutlich gesteigerte Therapiesicherheit, geringe toxizitätsbedingte Krankenhausaufenthalte, eine Reduktion der Fahrkosten von 10–15% gegenüber Taxen/Fahrdiensten und bis zu 60% gegenüber Krankentransporten. Der zeitliche Aufwand für die Patienten/Angehörigen konnte auf 25% gesenkt, die Freizeit damit um ein Viertel erhöht werden.

Diskussion: Insgesamt stellt der „Mobile onkologische Dienst“ ein gut umsetzbares Versorgungsmodell zur Verbesserung der Patientenadhärenz und Patientensicherheit mit konsekutiven Möglichkeiten der Kosteneinsparung dar. Durch Vermeidung von Krankenhausaufenthalten auf Grund consequenten Nebenwirkungsmanagements, Reduktion der Wartezeiten und Anfahrtswegen zur onkologischen Praxis/Tagesklinik werden nicht nur Kosten eingespart, sondern vor allem die Lebensqualität und Zufriedenheit der Patienten gesteigert.

Zusammenfassung: Der Mobile onkologische Dienst könnte ein kostengünstiges, leicht umsetzbares und hocheffektives Versorgungsmodell zur Durchführung sicherer oraler Tumorthérapien vor allem bei Problempatienten im ländlichen Raum darstellen.

Z-04: Versorgung von mCRPC-Patienten in ländlicher strukturschwacher Region

V. Ziegler¹, S. Brookman-May^{2,3}, I. Baunoch¹, T. Bschleipfer¹, T. Klotz¹

¹Klinik für Urologie, Andrologie und Kinderurologie, Klinikum Weiden, Weiden in der Oberpfalz, Deutschland, ²Janssen Pharma Research and Development, Los Angeles CA, USA, ³Ludwig-Maximilians-Universität München, Großhadern, Klinik für Urologie, München, Deutschland

Hintergrund: Die neuen medikamentösen Optionen gemäß der S3-Leitlinie steigern die Komplexität der Therapie von mCRPC-Patienten erheblich. Compliance ist dabei ein Faktor für den Therapieerfolg. Es ist anzunehmen, dass die Gesundheitsversorgung unter Alltagsbedingungen von individuellen, regionalen und sozialen Gegebenheiten abhängt. Dies gilt insbesondere für ländliche Regionen mit schlechter Infrastruktur (z. B. Nordoberpfalz)

Methoden: Im Rahmen eines nicht-interventionellen Versorgungsforschungsprojekts werden bei Patienten mit mCRPC durch eine „Flying Nurse“ nach Basiserhebung von statischen sozialen und regionalen Faktoren (Familienstatus, Entfernung Hausarzt/Uroonkologe) regelmäßig dynamische Faktoren (Lebensqualität, Compliance, Behandlerzufriedenheit) erhoben. Die persönliche Befragung erfolgt standardisiert, notebookgestützt, über validierte Fragebögen (QLQC30) unabhängig von Therapie und Erkrankungsfortschritt.

Ergebnisse: Von 12/2014 bis 08/2016 wurden 32 Patienten aufgenommen. Die mittlere Beobachtungsdauer liegt bei elf Monaten. Neun Patienten sind bislang verstorben. In der ländlichen Region sind für adäquate Versorgung u. a. der Familienstatus (80% verheiratet) sowie Zugang zu einem Auto essentiell. Ca. 20% aller Patienten weisen Anfahrtswege zu ihrem Uroonkologen von >30 km auf. Öffentliche Verkehrsmittel spielen kaum eine Rolle. Die Compliance ist bei 85% der Patienten sehr hoch. Die Lebensqualität wird als hoch eingeschätzt und ändert sich auch bei fortschreitender Erkrankung nur geringfügig. Die Zufriedenheit der Patienten mit ihren behandelnden Ärzten bleibt ebenfalls konstant hoch.

Diskussion: Zwar ist zu erwarten, dass schon die Studienteilnahme Compliance und Versorgungsqualität erhöht. Dass aber auch Lebensqualität und Behandlerzufriedenheit selbst im Falle des Progresses bei mCRPC konstant hoch bleiben, überrascht. Das „Flying Nurse“-Konzept wird trotz der z. T. langen Fahrtwege in ländlicher Gegend überwiegend abgelehnt. Hausbesuche und häufige Befragungen werden von den Patienten als störend empfunden. Der Zugang zu einem Auto ist daher für onkologische Patienten ein wesentlicher die Therapie beeinflussender Faktor.

Zusammenfassung: Die Versorgung von mCRPC-Patienten ist in ländlichen Gegenden stark von Familie und Auto abhängig; sie wird von den Patienten gemessen an Lebensqualität und Behandlerzufriedenheit als sehr gut wahrgenommen.

Z-05: Bildung von onkologischen Netzwerken: Zertifizierung der onkologischen Chirurgie in Südtirol

L. Armanaschi, H. Kaser, A. Moskwita, G. Schnapper

Südtiroler Sanitätsbetrieb, Bozen, Italien

Hintergrund: Die Diagnose einer Krebserkrankung ist eine existentielle Bedrohung für alle Betroffenen. In Südtirol sterben daran jährlich ungefähr 1400 Menschen (bei rund 500.000 Einwohnern). Die Aufgabe des öffentlichen Gesundheitssystems ist die Bereitstellung eines situationsangepassten Betreuungsangebotes. Die Südtiroler Landesregierung hat 2013 ein Zertifizierungsmodell für die Tumorchirurgie (Fachbereiche Allgemeinchirurgie, Gynäkologie, HNO und Urologie) mit dem Ziel verabschiedet, interdisziplinäre onkologischen Netzwerke zu bilden. Die geographische Beschaffenheit Südtirols (Gebirge und die damit verbundenen langen Fahrtzeiten), hat die Implementierung von neuen organisatorischen Strategien nötig gemacht, um trotzdem eine wohnortnahe Betreuung der Patienten zu ermöglichen.

Methoden: In allen Krankenhäusern des Südtiroler Sanitätsbetriebes wurden wöchentliche gesamtbetriebliche interdisziplinäre Tumorboards über Videokonferenz in den, von dem Zertifizierungssystem betroffenen Fach-

bereichen, implementiert. Der Moderator des Tumorboards dokumentiert die Anwesenheit der Teilnehmer, die Therapieentscheidung und unterschreibt unmittelbar, mit digitaler Unterschrift. Jeder Teilnehmer kann alle besprochenen Fälle gemeinsam abzeichnen (massive digitale Unterschrift). Für den Support der betrieblichen Tumorboards wurde die webbasierte Software „OnkoZert“ für jedes, der Zertifizierung unterliegende Krankheitsbild entwickelt. Sie dient, in der zweisprachigen Südtiroler Realität in deutscher und italienischer Sprache, allen beteiligten Fachärzten als Tumordokumentationssystem. Für ihre Entwicklung wurden interdisziplinäre bezirksübergreifende Arbeitsgruppen geschaffen. In die gesammelten Daten sind auch die, für die ISO-Zertifizierung und eventuelle klinische Zertifizierungen notwendigen, Indikatoren eingeflossen. Die Optimierung der Prototypen erfolgte in einer Testphase vor dem definitiven Einsatz im Tumorboard.

Ergebnisse: Innerhalb 2016 wurden sämtliche Tumorboards aktiviert, im Tumordokumentationssystem fließen automatisch die Daten von Labor und Pathologie ein. Seit Oktober 2016, kümmert sich eine Datamanagerin um die Datenqualität.

Diskussion: Durch dieses Projektes hat ein kultureller Wandel zwischen den beteiligten Fachärzten stattgefunden. Anfangs gab es Widerstände gegen die Treffen in Videokonferenz, heute wird das Tumorboard als Möglichkeit der Weiterbildung, nicht nur für junge Ärzte, geschätzt.

Zusammenfassung: Neue organisatorische Strategien in der Versorgung der Krebspatienten.

Z-06: Darmkrebszentrum Westpfalz- Ergebnisse standortübergreifender Versorgung des kolorektalen Karzinoms

S. Bieck¹, F. Kindel¹, S. Ebbing¹, J. Rädle², H. Link³, M. Schmid⁴, C. Mönch¹

¹Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Westpfalz-Klinikum KL, Kaiserslautern, Deutschland, ²Klinik für Innere Medizin III, Westpfalz-Klinikum KL, Kaiserslautern, Deutschland, ³Onkologisches Zentrum, Westpfalz-Klinikum KL, Kaiserslautern, Deutschland, ⁴Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie Westpfalz-Klinikum KIB, Kirchheimbolanden, Deutschland

Hintergrund: Das Darmkrebszentrum Westpfalz wurde gemeinsam mit einem breiten Kooperationsnetzwerk aus niedergelassenen Kollegen um das Westpfalz-Klinikum mit den Standorten Kaiserslautern und Kirchheimbolanden 2009 gegründet und durch die Deutsche Krebsgesellschaft zertifiziert. In den vergangenen 6 Jahren wurden insgesamt 1112 Patienten mit einem kolorektalen Karzinom multimodal in unserem Zentrum behandelt.

Methoden: Es erfolgte die Behandlung gemäß der S3-Leitlinie an beiden Standorten mit konsequenter Einbringung aller Patienten in unser interdisziplinäres Tumorboard sowohl prä- als auch posttherapeutisch. Anschließend wurden regelmäßige Follow ups durchgeführt. Im Folgenden stellen wir unsere Ergebnisse vor.

Ergebnisse: $n = 411$ Patienten mit einem Rektumkarzinom und $n = 701$ Patienten mit einem Kolonkarzinom wurden in diesem Zeitraum behandelt. Das Patientenalter betrug im Mittel 68 Jahre (Range 24–94). Eine neoadjuvante Therapie des fortgeschrittenen Rektumkarzinoms im mittleren und unteren Drittel wurde bei 72,2% der Patienten durchgeführt. Eine adjuvante Therapie erhielten 84,4% der Patienten mit einer Indikation zur Systemtherapie. Alle aktuell zur Verfügung stehenden operativen Eingriffe am Primarius, sowie der metastasierten Situation (Lebermetastasenresektion $n = 90$, Peritonektomie/HIPEC bei Peritonealkarzinose $n = 7$) wurden angewandt. Die Revisionsraten lagen innerhalb der geforderten Seltenheit (Kolon 9,3%, Rektum 5,88%). Die 30-Tage-Mortalität lag bei 2,2%. Das fünf Jahres OAS nach Kaplan Meier von Patienten mit einem KKR im UICC-Stadium I beträgt 80%, im UICC Stadium II 70%, im UICC Stadium III 55% und im UICC-Stadium IV 10%. Das DFS nach Kaplan Meier im UICC Stadium I beträgt nach fünf Jahren 80%, im UICC Stadium II 60% und im UICC Stadium III 55%.

Diskussion: Auch in der standortübergreifenden Situation finden sich sehr gute Resultate, die mit den Ergebnissen der aktuellen Literatur vergleichbar sind. Essentiell ist die Einbringung der Patienten in die interdisziplinäre Tumorkonferenz zur gemeinsamen Diskussion. Nur so kann die struk-

tuell bedingt fehlende Expertise ausgeglichen werden und eine wie oben gezeigte qualitativ hochwertige Behandlung erfolgen.

Zusammenfassung: Ein standortübergreifendes Darmkrebszentrum ist mit einer hohen Behandlungsqualität möglich.

Z-07: Regionale Versorgungs-Analyse zum kolorektalen Karzinom: Die (harte) Realität der Überlebensdaten

I. Adamovic, A. Altendorf-Hofmann, T. Maisel, B. Greger
Tumorzentrum Oberfranken, Bayreuth, Deutschland

Hintergrund: Auch zur Behandlung des kolorektalen Karzinoms gibt es eine inzwischen mehrfach überarbeitete Leitlinie. Die in dieser Leitlinie festgelegten Outcome-Kriterien bestehen aus Messung der Struktur oder – in Teilbereichen – auch der Ergebnisqualität wie z. B. Häufigkeit von Anastomosensuffizienzen usw. Das Überleben als härtestes Outcome-Kriterium wird dabei nicht abgefragt. Darmkrebszentren sind verpflichtet, eine leitliniengerechte Therapie anzubieten. Da sich viele Patienten auch außerhalb von Darmkrebszentren versorgen lassen, war es interessant, einen regionalen Vergleich des 5 J.-Überlebens vorzunehmen.

Methoden: Dies erfolgte mit den Daten des Tumorzentrums Oberfranken, es wurde das kumulative 5 J.-Überleben von 2002 bis 2014 retrospektiv betrachtet und nach einzelnen Entitäten -Risikofaktoren usw. aufgearbeitet. In diese Analyse flossen 6568 Kolon-Karzinome und 3671 Rektum-Karzinome ein.

Ergebnisse: Erstaunlicherweise fanden sich auch in von der Ausgangssituation her vergleichbaren Gruppen sehr große Unterschiede: So erzielten 12 verschiedene Kliniken der Region kumulative unkorrigierte 5 J.-Überlebensraten beim R0-resezierten Kolon-Karzinom zwischen 68 % und 33 % (!). Da sich in der Region insgesamt 6 zertifizierte Darmkrebszentren befinden, wurden die Daten von 3 zertifizierten Darmkrebszentren besonders betrachtet. Bei statistisch vergleichbaren Grunddaten (Alters- und Stadienverteilung) ergaben sich auch hier signifikante Unterschiede beim 5 J.-Überleben R0-Resektion Kolon (51–68 %), R0-Resektion Rektum (59–72 %), diese Unterschiede bleiben auch nach der Stratifizierung in die UICC-Stadien erhalten und sind z. B. bei Stadium IV noch ausgeprägter erkennbar.

Diskussion: Die Ähnlichkeit dieser Daten mit bereits in den 90er Jahren beschriebenen „Instituts-Problem“ rufen den Gedanken wach, dass dieses Phänomen der klinikbezogenen erheblichen Überlebensunterschiede nicht nur auf Oberfranken beschränkt sein könnte. Als Folge davon sollte man umgehend: Die klinische Krebsregistrierung endlich zu einem in GANZ Deutschland funktionierenden Instrument ausbauen; weitere Vergleiche in/zu anderen Regionen und mit anderen Tumorentitäten vornehmen; entsprechende Rückkopplungen an die Leistungserbringer etablieren; das Überleben als wichtigste Größe des klinischen Outcomes auch als entscheidenden Parameter in das Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft einführen.

Zusammenfassung: In einem Vergleich von 12 oberfränkischen Kliniken bezüglich des kumulativen 5-J.-Überlebens (2002–2014) beim kolorektalen Karzinom zeigen sich erstaunliche Ergebnisunterschiede zwischen 68 % und 33 %.

Z-08: Leitliniengerechte Versorgung in einem zertifizierten Pankreaszentrum durch Implementierung interdisziplinärer Behandlungspfade

K. Zeden¹, M. W. Hoffmann¹, U. Peitz², K. Kratz-Albers³, M. Pützler⁴, E. H. Allemeyer¹

¹Klinik für Allgemein- u. Viszeralchirurgie, Klinik für Innere Medizin, Raphaelsklinik Münster, Münster, Deutschland, ²Gastroenterologie, Raphaelsklinik Münster, Münster, Deutschland, ³Klinik für Hämatologie/Onkologie, Raphaelsklinik Münster, Münster, Deutschland, ⁴Klinik für Radiologie, Raphaelsklinik Münster, Münster, Deutschland

Hintergrund: Obligate Qualitätsmerkmale für die Zertifizierung eines Pankreaszentrums (PKZ) durch die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) sind

eine leitliniengerechte Patientenversorgung und interdisziplinäre Zusammenarbeit. Exakt diese Zielsetzungen vereinigen sich im weit verbreiteten Managementinstrument der Klinischen Behandlungspfade (KBP). Die interdisziplinäre Erstellung eines KBP erfolgt nach aktuellem Wissensstand und ermöglicht ein stets standardisiertes Vorgehen. Wir beschreiben aus eigener Erfahrung den Inhalt und Stellenwert eines KBP für Pankreastumoren in einem von der DKG zertifizierten PKZ.

Methoden: Im Zeitraum 01/2011–10/2016 erfolgte die interdisziplinäre Erstellung, fortlaufende Weiterentwicklung und Anwendung eines umfassenden Klinischen Behandlungspfades für Pankreastumoren. In einer prospektiven Begleitanalyse wurden (1) anhand sämtlicher schriftlicher Kommunikation (E-Mail-Korrespondenz) sowie Besprechungsprotokollen der Prozess der interdisziplinären Pfaderstellung und (2) die Pfadtreue anhand der Tumorkonferenzprotokolle zu allen konsekutiven Patienten (212 Primärfälle) untersucht. (3) als Indikator einer leitliniengerechten Versorgung erfolgte der Vergleich der Tumorkonferenzprotokolle mit Empfehlungen der aktuellen S-3 Leitlinie (LL) zur Therapie des exokrinen Pankreaskarzinoms der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich medizinischer Fachgesellschaften (AWMF).

Ergebnisse: 1. Die Prozesse zur Erstellung und fortlaufenden Weiterentwicklung sind besonders zeitaufwendig. Die Identifikation mit dem Ansatz der Interdisziplinarität seitens der beteiligten Fachbereiche ist insgesamt hoch, jedoch unterschiedlich ausgeprägt. Dabei konnte eine positive Entwicklung über die Jahre seit der Erstzertifizierung des Pankreaszentrums 2011 beobachtet werden. 2. Die Rate prätherapeutischer Fallvorstellungen in der Tumorkonferenz war über den Gesamtzeitraum 87,74 % (186/212). Diese steigerte sich im Verlauf der Zentrumsentwicklung von 61,54 % (2011) auf 93,10 % (2015). 3. Die Pfadtreue ist mit insgesamt 92 % hoch, es wurde eine Steigerung im Beobachtungszeitraum von 84 % (2011) auf 95 % (2016) registriert, Abweichungen waren nicht immer erkennbar begründet. 4. Die Rate zur Übereinstimmung der Empfehlungen aus der Tumorkonferenz mit der S-3 LL war 91 %, auch hier bestand eine Steigerung im Beobachtungszeitraum (83 % 2011, 96 % 2016). Abweichungen wurden insgesamt ausreichend begründet.

Diskussion: Unsere Analyse der interdisziplinären Entwicklung und Umsetzung eines KBP für Pankreastumoren im zertifizierten PKZ lässt den Stellenwert des Klinischen Behandlungspfades als Managementinstrument im Versorgungsalltag erkennen.

Z-09: Marketingstrategien für Organkrebszentren am Beispiel des Prostatakarzinomzentrums mit Nieren- und Blasen-tumoren Erlangen

S. Landsmann¹, B. Keck², B. Wullich³, O. Schöffski⁴

¹MHBA, Urologische Klinik, Universitätsklinikum Erlangen, Erlangen, Deutschland, ²Urologische Klinik, Universitätsklinikum Erlangen, Erlangen, Deutschland, ³Urologische Klinik, Universitätsklinikum Erlangen, Erlangen, Deutschland, ⁴Lehrstuhl für Gesundheitsmanagement, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg, Deutschland

Hintergrund: Trotz Zertifizierung als Prostatakarzinomzentrum und Erweiterung auf die Tumorentitäten Nierenzellkarzinom und Urothelkarzinom im Rahmen eines Onkologischen Zentrums sowie der Etablierung neuer diagnostischer und operativer Verfahren (da Vinci-Operationssystem, MRT-Ultraschall-Fusionsbiopsie) kommt es nicht zu der erwarteten Fallzahlsteigerung im Bereich des Prostatakarzinoms.

Methoden: Es wurde eine interne Situationsanalyse (Mitarbeiterbefragung, Ausstattungsanalyse) und eine externe Situationsanalyse (Patientenbefragung, Zuweiserbefragung, Wettbewerbsanalyse, Umfeldanalyse) durchgeführt und aus deren Ergebnissen Marketingziele sowie Marketingstrategien abgeleitet.

Ergebnisse: Für die Stakeholder (Patienten, Zuweiser, Mitarbeiter) wurden unterschiedliche Maßnahmen ergriffen: (i) Schaffung einer höheren Transparenz der Strukturen und des Leistungsspektrums durch Mitwirkung an öffentlichen Veranstaltungen bzw. Bereitstellung von umfangreichen Informationen über das Leistungsspektrum der Klinik auf der Homepage (Zielgruppe: Patienten, Zuweiser); (ii) Verbesserung des Zu-

weisungsmanagements durch Etablierung einer Hotline für die Zuweiser (Zielgruppe: Zuweiser); (iii) Erhöhung der Einweiserbindung durch Einladung des medizinischen Assistenzpersonals zum besseren Kennenlernen der klinikinternen Strukturen (Zielgruppe: Zuweiser); (iv) Verbesserung der Mitarbeitermotivation durch Einbeziehen der Mitarbeiter in klinikinterne Entscheidungsprozesse (Zielgruppe: Mitarbeiter).

Diskussion: Marketing ist in Zeiten des zunehmenden Wettbewerbs und der stetigen Entwicklung von neuen Technologien auch für Krankenhäuser ein legales und relevantes Instrument, auf sich aufmerksam zu machen und potenzielle Patienten zu gewinnen. Jedes Krankenhaus ist eine unabhängige Wirtschaftseinheit und muss seine Wettbewerbsfähigkeit täglich aufs Neue unter Beweis stellen. Im Prostatakarzinomzentrum Erlangen wurde bereits damit begonnen, die beschriebenen Marketingaktivitäten umzusetzen. Beim Ausmaß der Umsetzung sind auch das Kosten-Nutzen-Verhältnis und die vorhandenen Ressourcen zu berücksichtigen. Der Erfolg der durchgeführten Maßnahmen soll nach 3 Jahren überprüft werden.

Zusammenfassung: Um die Fallzahlen in Organkrebszentren steigern zu können, müssen interne und externe Schwachstellen identifiziert werden, um gezielt auf die Wünsche der Stakeholder eingehen zu können und somit die Stakeholder an das Organkrebszentrum zu binden bzw. eine Fallzahlsteigerung über die Jahre zu erreichen.

Z-10: Zertifizierung eines Interdisziplinären Darmzentrum – Eine Kostenanalyse

P. Coy¹, S. Kakkar², K. H. Link³

¹Wiesbaden Business School, Wiesbaden, Deutschland, ²Wiesbaden Business School, Studentin der Gesundheitsökonomie, Wiesbaden, Deutschland, ³Asklepios Paulinen Klinik, Wiesbaden, Deutschland

Hintergrund: Deutschlandweit bestehen derzeit 265 Standorte mit einem zertifizierten interdisziplinären Darmkrebszentrum. Die Effekte der Zertifizierung von DZ sind: Interdisziplinäre Kooperationen und die Vernetzung von beteiligten Akteuren, Umsetzung der aktuellen Qualitätsstandards, Standardisierung von Therapiemaßnahmen und die Verbesserung der Behandlungsqualität. Es muss jedoch die kritische Frage gestellt werden, in wie weit der Zusatzaufwand einen zusätzlichen Nutzen bringt.

Etablierung und Struktur von DZ: Ein DZ muss interdisziplinären und intersektoralen Strukturen vorhalten, um eine Zertifizierung zu erhalten. Strukturen sind u. a. Bestehen von interdisziplinären Kooperationen. Außerdem müssen evidenzbasierte S-3 Leitlinien in der Behandlung der Patienten umgesetzt werden, auch die Durchführung der erforderlichen interdisziplinären Tumorkonferenz, die Einrichtung von multimodalen Behandlungen, die Dokumentation der Behandlung und der kurzfristigen und langfristigen Behandlungsergebnisse, sowie das Vorhandensein einer psychosozialen Beratung gehören zum Zertifizierungsinhalt. Die Einrichtungen zertifizieren sich aus eigenem Antrieb. Der hohe Mehraufwand für die Zertifizierung wird nicht finanziert.

Kostenanalyse: Die Zusatzkosten für die notwendigen personellen Strukturen und den Aufwand für den Zertifizierungsprozess belaufen sich auf 210.565 €. Die Personalkosten in Höhe von 203.565 € wurden unter Zuhilfenahme von Durchschnittswerte des Statistischen Bundesamtes ermittelt. Die jährlichen Zertifizierungs- und Auditkosten wurden in Höhe von 7000 € angerechnet, gemäß den Erhebungen der Arbeitsgemeinschaft deutscher Darmkrebszentren. Diese Kosten sind derzeit nicht in die kalkulierten DRG eingepreist. Die Refinanzierung kann folglich nur über eine Steigerung der Fallzahlen der Kliniken erreicht werden. Beispielrechnung: Um die entstandenen direkten Mehrkosten auszugleichen, muss ein DZ entweder 17 Rektumkarzinom- oder 22 Kolonkarzinomfälle mehr erbringen.

Diskussion: Unsere Analyse hat gezeigt, dass die Behandlung von Darmkrebspatienten in einem nach DKG – Kriterien zertifiziertem DZ Mehrkosten von 210.565 € verursacht. Die Mehrkosten sind vor allem durch die Vorgaben der Personalstruktur begründet. Eine Refinanzierung dieser Kosten ist nur über eine Erhöhung der Fallzahlen möglich. Die Qualität

der Versorgung wurde erhöht, wie das Benchmarking der Qualitätsergebnisse deutscher DZ zeigt. Aus gesundheitsethischer und -ökonomischer Sicht empfehlen wir dringend: Eine hundertprozentige Finanzierung des hohen Aufwandes für die Zertifizierung und Zentrumsbildung durch eine Veränderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

Z-11: Zertifizierung ohne Wenn und Aber? – Chancen und Risiken der institutionalisierten Qualitätsimpulse

J. Kossow, F. Fischer, M. W. Hoffmann, E. H. Allemeyer

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Raphaelsklinik Münster, Münster, Deutschland

Hintergrund: Wesentliche Institutionen, die ein Zertifikat für interdisziplinäre viszeralmedizinische Einrichtungen vergeben, sind die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) und die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV). Patientenströme bewegen sich durch Selbst- oder Fremdenkung in Richtung zertifizierter Zentren. Gleichzeitig ist der Innovationsdruck für zukunftsorientierte Krankenhäuser besonders hoch. In unserer Studie haben wir Indizien für potentielle Chancen und Risiken der Zentrumszertifizierung untersucht.

Methoden: 1. Quellenanalyse (Onkozept®, DGAV) zur (1.1) operativen Strategie der Zertifizierung, (1.2) Kriegerengenerierung, 2. Literaturanalyse der Evidenz zu Zentrumsseffekten und 3. zu möglichen Risiken durch die Zertifizierung, 4. Kosten-Nutzen-Rechnung unserer eigenen Zentrumszertifizierung (DKG)

Ergebnisse: A. Zur operativen Strategie der Zertifizierung gehören (A.a) die Festlegung von Mindestmengen, (A.b) ein strukturiertes Qualitäts- und Sicherheitsmanagement, (A.c) eine Ausrichtung an wissenschaftlichen Leitlinien, (A.d) eine Selbstkontrolle durch Langzeitbeobachtung der Behandlungsergebnisse. B. Die Kennzahlenfestlegungen für Zertifizierungsverfahren beruhen auf Expertenmeinungen (Evidenzlevel IV). C. Eine Evidenz für Mindestmengen und für positive Effekte von Zentrumsbildungen ist begrenzt gegeben. D. Eine Evidenz für positive Effekte der Zentrumszertifizierung fehlt. E. Die Kosten für die Einrichtung und Erstzertifizierung eines Darmkrebszentrums nach DKG betragen zwischen 50.000 u. 100.000 €, gefolgt von jährlichen Kosten von ca. 10.000 €. F. Der Personalaufwand beträgt in unserer Klinik: 1 Oberarzt 15%, 1 Oberarzt 10%, 1 Oberarzt 5% und 6 Assistenzärzte je 2% der Arbeitszeit. G. Direkte Einkünfte durch das DKZ wurden nicht erzielt. H. In der Literatur werden vor allem Risiken durch Fehlanreize (zu großzügige Indikationsstellung zum Erreichen von Mindestmengen) und eine falsche Schwerpunktsetzung (Bürokratie) aufgezeigt.

Diskussion: Die Effekte der Zentrumszertifizierung werden kontrovers diskutiert. Nach unserer eigenen Erfahrung werden deutliche Verbesserungen für die interdisziplinäre Kommunikation sowie für die Prozessabläufe im Zentrum und damit insgesamt für die Versorgungsqualität der Patienten erreicht. Das Zertifikat schafft internen Leistungsdruck, verbessert indirekt die ärztliche Weiterbildung und ist ein effektives Wettbewerbsinstrument. Investitions-, Zeit- und Energieaufwand sind dagegen sehr hoch, eine Ausgleichsfinanzierung erfolgt nicht.

Session A – Arzneimittel/Patientenorientierung: 31.03., 11:00–12:15

A-01: Interaktionsmatrix zur Beurteilung des Interaktionspotenzials zwischen Phytopharmaka und in der Onkologie eingesetzten Arzneistoffen

J. Ziemann¹, A. Lendeckel¹, A. Thomalla¹, T. Efferth², M. Horneber³, C. A. Ritter¹

¹Institut für Pharmazie, Klinische Pharmazie, Ernst-Moritz-Arndt-Universität, Greifswald, Deutschland, ²Institut für Pharmazie und Biochemie, Pharmazeutische Biologie, Johannes Gutenberg-Universität, Mainz, Deutschland, ³Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Klinikum Nürnberg, Abteilung Innere Medizin, Schwerpunkt Onkologie und Hämatologie, Nürnberg, Deutschland

Hintergrund: Zur Linderung der Nebenwirkungen, Stärkung des Immunsystems oder Verbesserung der Lebensqualität ist der Einsatz von Komplementärmedizin wie z. B. Phytopharmaka bei Krebspatienten weit verbreitet. Doch dem positiven Nutzen stehen potentielle Wechselwirkungen mit den in der Onkologie eingesetzten Arzneimitteln gegenüber, die den Erfolg der Therapie wesentlich beeinflussen können. Da die Datenlage darüber unübersichtlich ist, war die Zielsetzung ein Informationssystem für Onkologen zur Bewertung des möglichen Interaktionspotenzials zu schaffen.

Methoden: Nach Identifizierung der Hauptenzyme und -transporter der relevanten Arzneistoffe über Drugbank, SuperCYP und dem Drug Information Handbook wurde eine systematische Literaturrecherche in Medline zu fünf häufig verwendeten Pflanzendrogen (Mistel, Johanniskraut, Sonnenhut-Arten, Mariendistel, Ginseng) durchgeführt. Die Ein- und Ausschlusskriterien wurden mittels eines Delphi-Verfahrens definiert.

Ergebnisse: Basierend auf der Priorisierung des Studientyps und der Berücksichtigung der Datenkonsistenz wurde ein Algorithmus entwickelt, der das ausgehende Gefahrenpotential in 6 Kategorien unterschiedlicher farblicher Kennzeichnung unterteilt. Anhand der Farbcodierung lassen sich innerhalb einer dynamisch erzeugten Interaktionsmatrix, in der 157 in der Onkologie angewendete Arzneistoffe und die 5 Pflanzendrogen paarweise gegenübergestellt sind, Rückschlüsse auf das potentielle Wechselwirkungsrisiko ziehen. In den meisten Fällen erfolgte die Beurteilung mittels Stoffwechsel- und in-vitro-Studien, da klinische Untersuchungen mit Zytostatika fehlen. Erwartungsgemäß bescheinigte eine umfangreiche Datenlage Johanniskraut das größte Interaktionspotenzial. Zur Mistel hingegen, dessen Anwendung in der Krebstherapie seit Jahren bekannt ist, liegen kaum Untersuchungen vor. Neben dem Gefahrenpotential wurden wesentliche Informationen der Pflanzendrogen z. B. Qualitätsanforderungen, pharmakokinetische Wechselwirkungen mit Arzneistoffen sowie deren Bewertung zusätzlich in Interaktionsprofilen zusammengefasst.

Diskussion: Da überwiegend klinische Untersuchungen fehlen und bislang pharmakodynamische Interaktionen nicht berücksichtigt wurden, ist eine abschließende Beurteilung des Gefahrenpotenzials bei vielen Arzneistoffen nicht möglich. Des Weiteren muss die Interaktionsmatrix regelmäßig aktualisiert und weitere Pflanzendrogen ergänzt werden, um ein umfangreiches Informationssystem darzustellen.

Zusammenfassung: Durch die systematische Aufbereitung von Studiendaten ist es gelungen eine übersichtliche und dynamisch erzeugte Interaktionsmatrix zur Beurteilung des Wechselwirkungspotenzials zwischen Phytopharmaka und ausgewählten Arzneistoffen bereitzustellen.

A-02: Evaluierung onko-geriatrischer Score-Systeme zur Vorhersage therapieassoziierter Toxizität bei älteren Krebspatienten

I. Ortland¹, M. T. Mendel¹, M. Kowar², A. H. Jacobs^{2,4}, Y.-D. Ko^{3,4}, U. Jaehde^{1#}

¹Pharmazeutisches Institut, Klinische Pharmazie, Universität Bonn, Bonn, Deutschland, ²Abteilung für Geriatrie mit Neurologie und Tagesklinik Johanniter Krankenhaus Bonn, Bonn, Deutschland, ³Abteilung für Onkologie und Hämatologie Johanniter Krankenhaus Bonn, Bonn, Deutschland, # – gleicher Beitrag

Hintergrund: Durch physiologische Veränderungen ist es bei älteren Patienten besonders schwierig, die geeignete Krebstherapie zu finden. In den letzten Jahren wurden daher zur Einschätzung des Therapierisikos älterer Krebspatienten zwei Score-Systeme entwickelt: der CARG-Score (Cancer and Ageing Research Group) und der CRASH-Score (Chemotherapy Risk Assessment Scale for HighAge Patients). In der klinischen Praxis wurden diese bisher jedoch nicht ausreichend evaluiert. Unser Ziel ist es, diese onko-geriatrischen Score-Systeme im klinischen Alltag hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit und Vorhersagekraft zu untersuchen.

Methoden: Der CRASH- und der CARG-Score kombinieren verschiedene geriatrische sowie onkologische Parameter und stufen den Patienten in eine Risikogruppe für das Auftreten therapieassoziierter Toxizität ein. In unserer Pilotstudie wurden Krebspatienten ≥ 70 Jahre vor Therapiebeginn rekrutiert und der CRASH- und CARG-Score erhoben. Die Score-Ergebnisse wurden untereinander, sowie mit der Therapieeinschätzung des behandelnden Hämato-Onkologen verglichen. Außerdem wurde die benötigte Erhebungszeit dokumentiert.

Ergebnisse: In die Pilotstudie wurden 20 Patienten eingeschlossen. Der CRASH-Score (kombinierter Score) ordnete 10 % und der CARG-Score 15 % der Patienten in die Patientengruppe mit geringerem Toxizitätsrisiko ein. Der Hämato-Onkologe erwartete dagegen bei 90 % der Patienten eine gute Therapiefähigkeit und -verträglichkeit. Die Vorhersagen der Score-Systeme unterscheiden sich teilweise deutlich voneinander. Die Erhebung des CARG-Scores war weniger zeitaufwändig im Vergleich zum CRASH-Score (durchschnittlich 3,3 min versus 27,1 min).

Diskussion: Die onko-geriatrischen Score-Systeme CRASH und CARG besitzen das Potential, die Therapieentscheidung älterer Krebspatienten zu unterstützen. Zur Bewertung ihrer Eignung in der klinischen Praxis wird die Aussagekraft der Score-Systeme derzeit in einer größeren Patientenkohorte genauer evaluiert und verglichen.

A-03: Therapiepräferenzen von Lungen- und Darmkrebspatienten

K. Schmidt¹, K. Damm¹, A. Vogel², H. Golpon^{2,4}, M. P. Manns³, T. Welte^{2,4}, J.-M. v. d. Schulenburg^{1,4}

¹Leibniz Universität Hannover, Center for Health Economics Research Hannover (CHERH), Hannover, Deutschland, ²Hannover Medical School, Department of Pneumology, Hannover, Deutschland, ³Hannover Medical School, Department of Gastroenterology, Hepatology and Endocrinology, Hannover, Deutschland, ⁴Biomedical Research in Endstage and Obstructive Lung Disease Hannover (BREATH), Member of the German Center for Lung Research (DZL)

Hintergrund: In den letzten Jahren rückten die patientenrelevanten Endpunkte vermehrt in den Fokus der klinischen Forschung, der Versorgungsforschung und der Nutzenbewertung von Arzneimitteln. Das Wissen über Patientenpräferenzen kann dazu beitragen, Medikamente und den Behandlungsprozess an die Patientenwünsche anzupassen, wodurch die Lebensqualität und die Adhärenz gesteigert werden könnten. Daher beschäftigt sich diese Studie mit den Therapiepräferenzen von Lungen-(LC) und Darmkrebspatientinnen und -patienten (CRC).

Methoden: In einer Vorstudie (systematische Literaturrecherche und 38 qualitative Interviews) wurden die sechs für die Therapie relevanten Attribute „Lebenszeitverlängerung“, „physischen Belastbarkeit“, „äußeres Erscheinungsbild“, „Probleme bei der Nahrungsaufnahme und Verdauung“, „Wartezeit in der Klinik/Praxis“ sowie einen „unabhängigen Berater“ zur Sozialleistungsforschung ermittelt. Die Attribute wurden in der Hauptstudie

für ein Discrete Choice Experiment (DCE) genutzt und mittels deskriptiver und multivariater Analyseverfahren (conditional logit [CL], generalized linear mixed-effects model [GLMM] und latent class mixed logit models [LCMLM]) ausgewertet.

Ergebnisse: In die Analysen konnten 334 Patienten (198 LC; 108 CRC; 26 beide Krebsarten) einbezogen werden. Ihr medianes Alter lag bei 63 Jahren (SD = 10,58). Sowohl im CL Modell als auch im GLMM zeigten alle Attribute einen signifikanten ($p < 0,05$) Zusammenhang. Das wichtigste Attribut war für alle drei Krebsgruppen die „deutlich verlängerte Lebenszeit“. Unterschiede konnten zwischen LC und CRC Patienten in Bezug auf die Präferenzen für die „physische Belastbarkeit“ und die „Nahrungsaufnahme und Verdauung“ festgestellt werden. Im LCMLM wurden drei Klassen von Patienten identifiziert, die sich in ihrer Krebserkrankung, der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, ihrem Operationsstatus und ihrer Hauptinformationsquelle in Bezug auf ihre Krankheit unterschieden.

Diskussion: Das wichtigste Attribut war die „Lebenszeitverlängerung“. Allerdings konnten auch Unterschiede in den Präferenzen zwischen Patientengruppen festgestellt werden, die zukünftig in der individuellen Therapie und auch in der Leitlinienentwicklung berücksichtigt werden sollten.

Zusammenfassung: Die Therapiepräferenzen von Lungen- und Darmkrebspatienten unterscheiden sich aufgrund ihrer Lebensqualität, ihrem Operationsstatus und ihrer Hauptinformationsquelle in Bezug auf ihre Krankheit.

A-04: Erfassung des Bedarfs bei Tumorpatienten in verschiedenen Erkrankungsstadien in einer onkologischen Ambulanz eines Comprehensive Cancer Centers

T. M. Rettler¹, M. Tewes¹, K. Scheer², U. Ritterbusch², M. Schuler^{1,3}, J. Hense¹

¹Westdeutsches Tumorzentrum Innere Klinik (Tumorforschung), Essen, Deutschland, ²Hospizgruppe, Universitätsklinikum Essen, Essen, Deutschland, ³German Cancer Consortium (DKTK), Partner Site University Hospital Essen, Essen, Deutschland

Hintergrund: Patienten (Pat) mit einer Tumorerkrankung leiden im Laufe im Verlauf an unterschiedlichen Symptomen, die einer gezielten Behandlung bedürfen. Ziel dieser retrospektiven Analyse war es, die Symptomlast mittels validierter Fragebögen (FB)- des HOPE-MIDOS-FB, Hornheider-FB und des PHQ-4 – zu erfassen, um die klinischen Angebote den Bedarfen der Pat anzupassen. In dieser Subgruppenanalyse haben wir die Symptomlast mit den unterschiedlichen Phasen der Tumorerkrankung korreliert.

Methoden: Die Einschlusskriterien beinhalten die Diagnose einer Tumorerkrankung, aktuelle adjuvante Tumortherapie (AT) oder palliative Tumortherapielinien (PT), Alter ≥ 18 Jahre. Es erfolgte eine retrospektive Auswertung der ausgefüllten HOPE-MIDOS-FB und eine Korrelationsanalyse mit der Anzahl der Chemotherapielinien mittels SPSS (SPSS Inc., Chicago).

Ergebnisse: Von Oktober 2013 bis März 2016 wurden FB von 705 Pat erfasst, von denen 669 FB auswertbar waren. Die Angaben des allgemeinen Befindens zeigte keine signifikanten Unterschiede während einer AT (91Pat), 1. PT (299 Pat), 2. PT (134 Pat), 3. PT (82 Pat) und mehr als 3 PT (47 Pat): sehr gut 16/9/4/1 (5,4%/6,7%/4,9%/2,1%), gut 125/51/24/19 (41,8%/38,1%/29,3%/40,4%), mittel 123/63/37/21 (41,1%/47,0%/45,1%/44,7%), schlecht 29/11/16/6 (9,7%/8,2%/19,5%/12,8%), sehr schlecht 6/0/1/0 (2,0%/0%/1,2%/0%), $p = 0,217$. Weitere Analysen der Symptombefragung ergaben ebenfalls keine signifikanten Unterschiede.

Diskussion: Die frühe Integration der Palliative Care kann das Allgemeinbefinden verbessern und wird zunehmend gefordert. Unsere Befragung dient der Definition des geeigneten Zeitpunkts. Interessanterweise bestand keine Korrelation zwischen Symptomlast und Therapieziel oder Therapielinie. Weitere Analysen werden auf die Symptomlast in Relation zur Zeit bis zum Tod fokussieren.

Zusammenfassung: Die Auswertung des validierten HOPE-MIDOS-Bogens zeigt eine hohe Symptomlast der Patienten, die jedoch nur einen keinen Zusammenhang zur Phase der Erkrankung aufwies.

A-05: Informationsbedarf von Melanom-Patienten

J. Brütting¹, M. Bergmann², F. Meier^{1,2}

¹Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Klinik und Poliklinik für Dermatologie, Technische Universität Dresden, Dresden, Deutschland, ²Hauttumorzentrum am Universitätskrebszentrum, Klinik und Poliklinik für Dermatologie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, Dresden, Deutschland

Hintergrund: Die spezifischen Informationsbedürfnisse von Melanom-Patienten (MP) sowie ihre bevorzugt genutzten Informationskanäle sind bislang nicht detailliert untersucht. Eine systematische Erhebung dieser ist jedoch grundlegend für die Entwicklung, Bereitstellung und Qualitätssicherung bedarfsgerechter Informationsangebote.

Methoden: In einer multizentrischen Querschnittsstudie an 27 von 46 DKG-zertifizierten Hauttumorzentren (Stand 06/2016) wurde eine Befragung von MP durchgeführt. Mittels Papierfragebogen wurden ihre Informationsbedürfnisse, bevorzugt genutzten Informationsquellen sowie die Zufriedenheit mit dem eigenen Informationsstand und bestehenden Informationsangeboten (IA) erhoben. Bei einer Rücklaufquote von 54 % konnten die Angaben von über 500 MP ausgewertet werden.

Ergebnisse: MP informieren sich über ihre Erkrankung in erster Linie bzw. *regelmäßig* oder *häufig* durch Gespräche mit dem Arzt (81 %). Für die eigenständige Informationsbeschaffung stehen für 47 % das Internet und für 30 % Informationsbroschüren an erster Stelle. Während sich 68 % der MP so viele Informationen wie möglich wünschen, fühlen sich 25 % dadurch eher verunsichert. Mehr Informationen wünschen sich MP vor allem zu den Heilungsaussichten, dem Krankheitsverlauf und Behandlungsmaßnahmen (je >50 %). Zufriedenheit und Höhe des Informationsbedarfs (IB) sind u. a. abhängig vom Alter und dem Erkrankungsstadium. Bezüglich IA ist für je >75 % der MP sehr oder ziemlich wichtig, dass sie umfassende, wissenschaftlich fundierte und auf ihre Situation zugeschnittene Informationen erhalten. Die Hälfte der MP (51 %) wünscht sich außerdem Hinweise zu IA durch den Arzt. Gar nicht oder selten werden von jeweils über 90 % die Angebote von Selbsthilfegruppen, Krebsberatungsstellen und Krankenkassen genutzt.

Diskussion: Der Arzt nimmt sowohl als primäre Informationsquelle als auch als Vermittler von verlässlichen Informations- und Hilfsangeboten eine zentrale Rolle ein. Trotz mehrheitlicher Zufriedenheit der MP mit dem Informationsstand zur eigenen Erkrankungssituation, äußern diese zu verschiedenen Aspekten weiteren Informationsbedarf. Hoch ist der IB vor allem bei MP mit Tumorprogress und Metastasierung.

Zusammenfassung: Die Ergebnisse zeigen inhaltliche sowie qualitative Aspekte auf, die Melanom-Patienten an Informationen bzw. Informationsangeboten zu ihrer Erkrankung wichtig sind.

A-06: Kommunikation/Interaktion mit Patienten:

Patientenzufriedenheitsbefragung onkologischer Patienten am Krankenhaus Nordwest

E. Rühl

Krankenhaus Nordwest, Hospital zum Heiligen Geist, Frankfurt/M., Deutschland

Hintergrund: Die Durchführung von Patientenbefragungen ist eine Anforderung zur Zertifizierung der Tumorzentren über OnkoZert. Anforderungsziel ist eine Rücklaufquote von mindestens 50 %. Mittlerweile werden im Krankenhaus Nordwest Befragungen zu sechs Entitäten (Lunge, Darm, Brust, Pankreas, Prostata, gastrointestinale Tumoren) durchgeführt.

Ziele: Rücklaufquote von mind. 50%; Ressourcenschonung (personell)
Methoden: Verteilung – Von 2009 bis heute werden verschiedene Möglichkeiten genutzt, um Patienten den Zufriedenheitsbogen an die Hand zu geben. 2009–2013: In Darmzentrum (ab 2009) und Pankreaszentrum (ab 2012) persönliche Verteilung durch Case-Manager an die stationären Patienten. 2014: Etablierung des onkologischen Zentrums im Jahr 2013 > Entwicklung eines einheitlichen Patientenzufriedenheitsfragebogens für die Tumorzentren. Nutzung seit dem 1. 1. 2014. Verteilung durch Case-Manager. Rücksendung an Qualitätsmanagement oder Abgabe bei Case-

Manager oder Pflege. 2015: Fragebogenverteilung erfolgt durch Einlegen (inkl. Freiumschlag) in eine Patienteninformationsmappe, welche durch Case-Manager an onkologische Patienten verteilt wird. Seit 2016: Patienten, die als Zentrumsprimärfall gelten, werden gezielt quartalsweise angeschrieben.

Erfassung und Auswertung: Seit 2009 erfolgte die Datenerfassung und -auswertung über verschiedene Varianten: händisch, elektronisch sowie über Programme wie Access und Excel. Seit 2016 wird diese Datenbearbeitung mittels der elektronischen Auswertungssoftware „EvaSys“ durchgeführt.

Ergebnisse: Nach Einführung eines einheitlichen Bogens (2014) und regelhafter Verteilung durch Case-Manager liegt die Rücklaufquote aller onkologischen Zentren bei 5%–38%. 2015 liegt diese bei 2%–67%. Ein annähernd gleichmäßiger Rücklauf erfolgt durch das persönliche Anschreiben der Patienten ab 2016, hier liegt die Rücklaufquote bei 38–49%. Der persönliche Aufwand ist durch die elektronische Bearbeitung vertretbar.

Diskussion: Es bleibt zu beachten, dass die Anzahl und Spezifität der zu beantwortenden Fragen Auswirkungen auf die Rücklaufquote haben können, sowie auch eine Übersättigung durch zu häufige Befragungen. Auswertungsergebnisse sollen dazu genutzt werden Maßnahmen zu generieren.

Zusammenfassung: Betrachtet man die Entwicklung der Patientenzufriedenheitsbefragung am Krankenhaus Nordwest von 2009 bis heute retrospektiv ist festzustellen, dass durch die konsequente persönliche Ansprache und dem persönlichen Anschreiben eine annähernd gleichmäßige Rücklaufquote in allen onkologischen Zentren des Krankenhaus Nordwest erreicht werden kann.

A-07: Strukturiertes Beratungskonzept als Grundlage für eine präferenzsensitive Entscheidung bezüglich präventiver Maßnahmen von Frauen mit einem familiären Risiko für Brust- und Eierstockkrebs

A. Scherer, K. Rhiem, N. Herold, A. Huebbel, V. Huebbel, J. Giesecke, S. Reichstein-Gnielinski, M. Maringa, N. Scheer, R. K. Schmutzler

Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs am Universitätsklinikum Köln, Köln, Deutschland

Hintergrund: Frauen mit einer Mutation in den Genen *BRCA1/2* tragen ein erhöhtes Risiko von rund 60% bis zum 70. Lebensjahr an Brustkrebs zu erkranken. Vor ihnen liegt die Entscheidung bezüglich der Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen bis hin zur prophylaktischen Mastektomie. Zur Begleitung der *BRCA*-Mutationsträgerinnen während der präferenzsensitiven Entscheidungsfindung wurde am Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs Köln ein strukturiertes Beratungskonzept zur Risikokalkulation, -kommunikation und Entscheidungsfindung inkl. psychoonkologischer Unterstützung erstellt.

Methoden: In den Studien (MoreRisk und Syskon, Förderung BMG und BMBF) haben insgesamt 247 erkrankte und gesunde *BRCA1/2*-Mutationsträgerinnen das strukturierte Beratungskonzept in Anspruch genommen. Die Beratungen wurden ausgewertet und die Frauen bezüglich ihrer Zufriedenheit befragt.

Ergebnisse: Die *BRCA*-Mutationsträgerinnen zeigen eine hohe Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung (93%). Auch die psychoonkologische Beratung, die von 38,5% der Betroffenen in Anspruch genommen wurde, stellte die Mehrheit der Studienteilnehmerinnen „sehr zufrieden“ (88,7%). Bei 19% der Mutationsträgerinnen wurden auffällige Angstwerte (HADS >10) diagnostiziert. Diese entschieden sich mehrheitlich für eine prophylaktische Mastektomie und gegen die intensivste Früherkennung. Bei 21% der Beratenen zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen dem kalkulierten Erkrankungsrisiko und der emotionalen Risikoperzeption. Von diesen Mutationsträgerinnen entschieden sich 80% für eine prophylaktische Mastektomie.

Diskussion: Das strukturierte Beratungskonzept wurde vom überwiegenden Anteil der beratenen Mutationsträgerinnen als „sehr zufriedenstellend“ beurteilt. Die Erhebung des psychoonkologischen Unterstützungsbedarfs ist obligater Bestandteil des strukturierten Beratungskonzepts. Wir

sehen einen Interventionsbedarf für Mutationsträgerinnen mit auffälligen HADS-Angstwerten. Die Erfassung der emotionalen Risikoperzeption stellt einen wesentlichen Bestandteil der Beratung dar und bedarf weiterer Forschung.

A-08: Empfehlungen von Informationsangeboten für Melanom-Patienten im Arzt-Patienten-Gespräch

M. Bergmann¹, F. Meier^{1,2}, J. Brütting²

¹Hauttumorzentrum am Universitätskrebszentrum, Klinik und Poliklinik für Dermatologie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, Dresden, Deutschland, ²Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Klinik und Poliklinik für Dermatologie, Technische Universität Dresden, Dresden, Deutschland

Hintergrund: Das Gespräch mit dem Arzt ist für Melanom-Patienten (MP) die wichtigste Quelle um sich über ihre Erkrankung und gesundheitliche Situation zu informieren. Für die Informationsbeschaffung in Eigeninitiative wünschen sie sich zudem Hinweise durch ihren Arzt für verlässliche Informations- und Hilfsangebote. Inwiefern derartige Angebote im Arzt-Patienten-Gespräch empfohlen werden, ist bislang wenig untersucht.

Methoden: In einer Querschnitterhebung, zwischen Juli und September 2016, wurden ärztliche Mitarbeiter zertifizierter deutscher Hauttumorzentren zu Informationsangeboten (IA) befragt, die sie ihren MP im persönlichen Gespräch empfehlen. An der Online-Befragung nahmen 90 Ärztinnen und Ärzte teil.

Ergebnisse: 91% der Teilnehmer gaben an, im Arzt-Patienten-Gespräch IA zu empfehlen. Am häufigsten wird dabei auf Informationsbroschüren (91%) verwiesen. Häufig werden auch die Angebote von Selbsthilfegruppen (58%) und Krebsberatungsstellen (48%) empfohlen. Nur knapp ein Viertel (23%) empfiehlt das Internet als Informationsquelle. Wichtig ist den Ärzten, dass die IA für MP kostenlos zur Verfügung stehen (58%), leicht verständlich und zugeschnitten auf deren Situation sind (je 52%). Bei der Wahl des IA ist für die Mediziner vornehmlich das Informationsbedürfnis des MP (92%) und die wissenschaftliche Fundierung (80%) des IA ausschlaggebend. Häufig genannte und empfohlene IA sind der Blaue Ratgeber Hautkrebs (Deutsche Krebshilfe/Deutsche Krebsgesellschaft) (40%) sowie Informationen zu spezifischen medikamentösen Therapien (29%).

Diskussion: Die Broschüre als Informationsmedium für den MP wird durch die Ärzte bevorzugt genutzt und empfohlen. Sie sind schnell verfügbar und können schon im Gespräch eingesetzt werden. Trotz der zunehmenden Relevanz des Internets für Patienten wird dieses vergleichsweise selten von Ärzten als Informationsquelle empfohlen. Hier besteht Untersuchungs- und Optimierungsbedarf.

Zusammenfassung: Der Großteil ärztlicher Mitarbeiter an zertifizierten Hauttumorzentren ist darum bemüht, ihren MP verständliche und auf ihre Situation zugeschnittene Informationsangebote zu empfehlen oder zu vermitteln. Hierfür werden von über 90% der Ärzte Informationsbroschüren genutzt.

A-09: Die Rolle der Familie im Zuge der Behandlungsentscheidung bei erstmalig erkrankten Brustkrebspatienten

R. J. A. Vreuls, S. Groß, M. Swora, H. Pfaff, N. Scholten

Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaften (IMVR) der Universität zu Köln, Köln, Deutschland

Hintergrund: Eine Krebsdiagnose kann auf physischer und psychischer Ebene als belastend empfunden werden. In dem Prozess nach der Diagnostik ist eine angemessene Betreuung des Patienten essentiell. Vor allem der Informationsaustausch, insbesondere zur Entscheidungsfindung bezüglich der weiteren Behandlung, ist in diesem Prozess von hoher Bedeutung. Die partizipative Entscheidungsfindung spielt hierbei ebenso eine bedeutsame Rolle, wie die familiäre Unterstützung. Bis dato ist die Rolle der Familie bei der Entscheidungsfindung von Brustkrebspatienten allerdings kaum untersucht.

Methoden: Vom 1. Februar bis zum 31. Juli 2016 wurden 4517 Brustkrebspatienten in den Brustzentren in NRW befragt. Mittels ordinaler Regressionsanalyse wurden Patientenmerkmale und das Informationsverhalten des Patienten im Behandlungsprozess (Patientenaktivierung) bezüglich der Rolle der Familie bei Behandlungsentscheidungen analysiert.

Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen, dass Alter und Bildung einen signifikant negativen Effekt auf die Teilnahme der Familie bei der Entscheidungsfindung haben. Je gebildeter die Patienten sind, desto häufiger entscheiden diese Patienten alleine. Weiterhin zeigt sich, dass bei der am häufigsten vertretenen Patientengruppe der 50–59-jährigen, die Chance alleine zu entscheiden, drei Mal so groß ist, wie bei der Referenzgruppe. Konträr dazu, zeigt die Variable Patientenaktivierung einen signifikant positiven Effekt. Dies deutet auf einen höheren Einbezug der Familie bei in hohem Maße informierten Patienten hin.

Diskussion: Es zeigt sich, dass soziodemografische Merkmale einen Einfluss auf die Rolle der Familie bei der Entscheidungsfindung von Brustkrebspatienten haben. Außerdem steht ein aktives Informationsverhalten des Patienten in Zusammenhang mit der Rolle der Familie bei Entscheidungsfindungen. Dies führt zu gemeinsamen Entscheidungen. Weitere Studien zur Rolle der Familie in der Patientenversorgung sind notwendig, in welchen unter anderem auch eine Präferenz der Brustkrebspatienten bezüglich der Rolle der Familie untersucht werden sollten. Dadurch könnte von vornherein der Behandlungsplan der Brustkrebspatienten besser an ihre Bedürfnisse angeglichen werden.

Zusammenfassung: Je nach Bildungs- und Altersniveau der Brustkrebspatienten spielt die Rolle der Familie im Zuge der Behandlungsentscheidung eine unterschiedlich wichtige Rolle.

A-10: Patientenpräferenzen und Wartebereitschaft für eine medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation bei an Krebs erkrankten Patienten: ein Discrete Choice Experiment

J. Wienert, B. Schwarz, M. Bethge

Universität zu Lübeck, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Sektion Rehabilitation und Arbeit, Lübeck, Deutschland

Hintergrund: Die Umsetzung einer stärkeren Patientenorientierung in der onkologischen Rehabilitation bedarf eines gesicherten Wissens um Bedürfnisse und Präferenzen der betroffenen Personen. Für die Untersuchung solcher Präferenzen werden in der internationalen Versorgungsforschung seit einigen Jahren Discrete Choice Experimente (DCE) eingesetzt.

Methoden: Daten des DCE wurden im Rahmen einer cluster-randomisierten Multicenterstudie zur Wirksamkeit der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation in der Onkologie erhoben. Eingeschlossen wurden Rehabilitanden im erwerbsfähigen Alter. In neun Entscheidungsszenarien standen je zwei Behandlungsalternativen zur Auswahl, die sich in vier Attributen unterschieden: Sozial- und Berufsberatung, psychosoziale berufsbezogene Gruppen, Arbeitsplatztraining und Wartezeit. Die Bewertung des attributspezifischen Nutzens der Behandlungsmodule erfolgte durch die Ermittlung der Wartebereitschaft in Wochen. Die Schätzer wurden mit einem Random-Effects Logit-Modell berechnet.

Ergebnisse: Ausgewertet wurden Angaben von 464 Teilnehmern. Für diese lagen 3906 Entscheidungen vor. Die Regressionskoeffizienten zeigten in die erwartete Richtung. Für die Behandlungsmodule wurden signifikante positive Teilnutzenwerte geschätzt; für die Wartezeit ein signifikanter negativer Teilnutzenwert. Die Wartebereitschaft für das untersuchte Programm (45 Minuten Sozial- und Berufsberatung, 4 Stunden berufsbezogene psychosoziale Gruppen, 6 Stunden Arbeitsplatztraining) betrug 37,4 Wochen (95 % KI: 30,2 bis 44,6). Die höchste Wartebereitschaft bestand für das berufsbezogene Gruppenangebot ($\beta = 15,9$ Wochen; 95 % KI: 12,6 bis 19,1), gefolgt von der Sozial- und Berufsberatung ($\beta = 11,0$ Wochen; 95 % KI: 8,4 bis 13,6) und dem Arbeitsplatztraining ($\beta = 10,6$ Wochen; 95 % KI: 8,0 bis 13,2).

Diskussion: Die Ergebnisse zeigen, dass die Teilnehmer eine hohe Präferenz für berufsorientierte Rehabilitationsangebote haben, die gezielt die berufliche Wiedereingliederung thematisieren. Für das in der Studie un-

tersuchte Behandlungsprogramm wären die Teilnehmer bereit, 37,4 Wochen an zusätzlicher Wartezeit in Kauf zu nehmen. Am höchsten war die Wartebereitschaft für das berufsbezogene Gruppenangebot zur Planung der Wiedereingliederung und der Erarbeitung von Bewältigungsstrategien für psychosoziale Wiedereingliederungsrisiken.

Zusammenfassung: Rehabilitationsteilnehmer mit Krebserkrankungen haben eine hohe Präferenz für berufsorientierte Rehabilitationsangebote, die direkt die berufliche Wiedereingliederung thematisieren.

Session P: Psychosoziale und pflegerische Versorgung: 31.03., 11:00–12:15

P-01: Wie nützlich sind Screening-Instrumente zur Erfassung des tatsächlichen psychosozialen Beratungsbedarfs – Ergebnisse aus dem Universitätsklinikum Essen

J. Haupt, U. Kramer, C. Pieper

Universitätsklinikum Essen (AöR), Essen, Deutschland

Hintergrund: Nicht nur im Nationalen Krebsplan werden „niederschwellige, zielgruppengerechte und qualitätsgesicherte Beratungs- und Hilfsangebote“ gefordert, auch in der S3-Leitlinie zur psychosozialen Diagnostik, Beratung und Behandlung erwachsener Krebspatienten werden Screening-Instrumente zur Erfassung des psychosozialen Beratungsbedarfes empfohlen.

Methoden: In den Jahren 2012/13 wurde am UK Essen mittels schriftlichem Fragebogen oder I-Pad eine Patientenbefragung zum psychosozialen Beratungsbedarf durchgeführt (N=561). Die Befragung umfasste unter anderem das Distress Thermometer und ein eigens entwickeltes Instrument zur Erfassung von psychosozialen Problemen (Essener Beratungsindex für Klinische Sozialarbeit (EBI)).

Daran anschließend wurden in Kooperation mit dem Institut für Medizinische Informatik Biometrie und Epidemiologie die erhobenen Daten mit Daten der Beratungsdokumentation verknüpft. Die deskriptive Auswertung erfolgte hinsichtlich der Skalenwerte des Distress Thermometers und des EBI sowie der Beratungsverläufe. Die Analysen erfolgten stratifiziert nach Alter, Geschlecht und weiteren patientenspezifischen Merkmalen.

Ergebnisse: Nach Verknüpfung ergibt sich ein Datensatz von aktuell N=307 Patienten. Zentrale Ergebnisse sind: Das Distress Thermometer erfasst im Vergleich zum EBI den Beratungsbedarf hinsichtlich sozialer Problemlagen nur unzureichend. (Beratungsbedarf gesamt: 14 % vs. 45 %; Pflegeleistungen: im Distress Thermometer nicht erfasst vs. 20 %). Im Gegensatz zum gescreenten Bedarf zeigte sich aus der Beratungsdokumentation eine tatsächliche Beratungs- und Unterstützungsleistung bei 85 % der Patienten insgesamt und bei 34 % zu Pflegeleistungen, bei 32 % erfolgte ein entsprechender Antrag.

Diskussion: Der Focus von etablierten Screening-Instrumenten liegt auf psychischen Belastungen, während soziale Problemlagen nicht ausreichend erfasst werden. Die beiden Instrumente weisen Beratungsbedarfe in sehr unterschiedlicher Höhe nach. Im Vergleich zur tatsächlichen Beratungs- und Unterstützungsleistung weichen beide erheblich ab. Am Beispiel der Pflegeleistungen wird deutlich, dass dieser Bereich im Distress Thermometer nicht explizit erfragt wird und der Bedarf im EBI ebenfalls deutlich geringer ausfällt als die tatsächlich in Anspruch genommenen Hilfeleistungen.

Zusammenfassung: Die hier aufgezeigten Diskrepanzen zeigen auf, dass ein niedrigschwelliges aufsuchendes Beratungsangebot hinsichtlich sozialer Problemlagen erforderlich ist. Screening-Instrumente können jedoch ein unterstützender Zugangsweg für solche Beratungsangebote sein.

P-02: Psychoonkologischer Betreuungsbedarf und Wirksamkeit von stationärer onkologischer Rehabilitation zur Verbesserung der Lebensqualität und Belastungsreduktion bei geriatrischen PatientInnen

D. Riedl¹, A. Nickels², M. Hassler³, G. Rumpold¹, B. Holzner¹, T. Licht²

¹Department für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich, ²Onkologisches Rehabilitationszentrum St. Veit im Pongau, St. Veit im Pongau, Österreich, ³Onkologisches Rehabilitationszentrum „Der Sonnberghof“, Bad Sauerbrunn, Österreich

Hintergrund: Die langfristige Versorgung älterer PatientInnen mit Krebserkrankung stellt in westlichen Industrieländern eine zunehmende Herausforderung dar. Das Ziel der vorliegenden Studie war es (a) die psychische Belastung sowie den psychoonkologischen Behandlungsbedarf geriatrischer PatientInnen zu evaluieren und (b) zu überprüfen inwiefern diese PatientInnen von einer stationären Rehabilitationsbehandlung in Bezug auf ihre Lebensqualität und psychischer Belastung profitieren.

Methode: In der Studie wurden die Daten des routinemäßig durchgeführten Lebensqualitäts- und Belastungsscreenings einer stationären onkologischen Rehabilitationseinrichtung analysiert. Zur Evaluierung der Wirksamkeit der Rehabilitationsmaßnahme beantworteten die PatientInnen vor- und nach dem stationären Aufenthalt den EORTC QLQ-C30 sowie die HADS. Die Datenanalyse erfolgte mittels Chi² und Varianzanalysen.

Ergebnisse: In der Studie wurden 184 geriatrische PatientInnen (>70 Jahre) einer stationären onkologischen Rehabilitationseinrichtung eingeschlossen. Das durchschnittliche Alter lag bei 74,8 Jahren (+3,6 Jahre; 52,2% Frauen). Die PatientInnen wurden mit 749 jüngeren PatientInnen (durchschnittliches Alter: 54,7 + 9,8 Jahre; 61,7% weiblich) verglichen. Die geriatrischen PatientInnen zeigten signifikant geringere Angstwerte sowie geringere finanzielle Belastung als die jüngere Vergleichsstichprobe, berichteten jedoch auch von einer deutlich geringeren körperlichen Funktionsfähigkeit sowie stärkerer Dyspnoe. In beiden Stichproben zeigten vergleichbar viele PatientInnen eine auffällige psychische Belastung. In der geriatrischen Stichprobe hatten jedoch signifikant weniger PatientInnen im Vorfeld psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen (9,9% vs. 24,8%; $p < 0,001$) und äußerten auch seltener den Wunsch nach einem psychoonkologischen Schwerpunkt während der Reha (40% vs. 50,8%; $p = 0,009$). Es zeigten sich, abgesehen vom körperlichen Funktionsniveau, keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Verbesserung der QLQ-C30 und HADS Werte zwischen den beiden Stichproben.

Diskussion: Um zu vermeiden, dass geriatrische PatientInnen in der onkologischen Rehabilitation psychologisch unterversorgt werden, ist der Einsatz von Routine-Screening mit Fokus auf psychische Belastungen empfehlenswert.

Zusammenfassung: Geriatrische onkologische PatientInnen waren in vergleichbarem Ausmaß psychisch belastet wie jüngere PatientInnen, äußerten jedoch seltener explizit den Bedarf nach psychologischer Unterstützung, wobei sie im selben Ausmaß von der Behandlung profitierten.

P-03: Stations- und Sektorenübergreifende Kontinuität der psychoonkologischen Versorgung – deskriptive Daten aus einem Universitätsklinikum

K.R. Scharpf^{1,2}, S.A. La Mura^{1,2}, B. Kasper¹, M. Bohus²

¹Interdisziplinäres Tumorzentrum Mannheim der Universitätsmedizin Mannheim, Mannheim, Deutschland, ²Institut für psychiatrische und psychosomatische Psychotherapie am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim, Deutschland

Hintergrund: Für die Versorgung von Tumorpatienten werden sektorenübergreifende Strukturen gefordert, da die Behandlung der Erkrankung häufig verschiedene Disziplinen erfordert. Durch die onkologischen Zentren sollen bereichsübergreifende Strukturen geschaffen werden. Eine dieser Strukturen an der Universitätsmedizin Mannheim ist der psychoonkologische Dienst, der die Patienten im stationären und ambulanten Setting personenbezogen unterstützt. Personenbezogen bedeutet, dass pro Patient

die gleiche Bezugsperson – unabhängig von der Station, auf der sich der Patient jeweils befindet, unterstützt. Dadurch soll der Patient im Kontrast zu den häufigen Wechseln der ärztlichen Ansprechpartner hinsichtlich der psychischen Begleitung eine kontinuierliche Vertrauensperson haben. Die hier präsentierten Daten zeigen, wie häufig es bei den einzelnen Tumorarten zu einer bereichsübergreifenden psychoonkologischen Begleitung kam. Diese Datenbasis liefert einen ersten Schritt um eine bessere Planbarkeit notwendiger Ressourcen für die personenbezogene Betreuung zu erzielen.

Methoden: Statistische Datenerhebung über 2210 Patienten, aus 4 Organkrebszentren (Haut, Darm, HNO, Prostata) und Kliniken ohne Zertifizierung in den Jahren 2014–2016. Diese Patienten wurden von 2 approbierten psychologischen Psychotherapeutinnen mit psychoonkologischer Zusatzausbildung betreut.

Ergebnisse: 10% der psychoonkologisch betreuten Patienten wurden bereichsübergreifend betreut. Die höchste Anzahl an bereichsübergreifender Betreuung wurde mit 31% bei Patienten mit neurologischen und die geringste Anzahl mit 5% bei Patienten mit dermatologischen Erkrankungen beobachtet (Fisher-Exact, $p < 0,001$). Patienten ohne Metastasen benötigten in 7,7% der Fälle eine bereichsübergreifende psychoonkologische Begleitung, während dies bei Patienten mit Metastasen in 16,77% der Fälle war (Fisher-Exact, $p < 0,001$).

Diskussion: Da in der psychoonkologischen Begleitung die Beziehung zwischen Patient und Behandler besonders wichtig ist, sollte gerade bei Tumorarten mit einer hohen Wahrscheinlichkeit der sektorenübergreifenden Behandlung eine personelle Kontinuität über die Bereiche hinweg gewährleistet werden. Die gegenwärtigen Daten zeigen einen deutlichen Unterschied in der Häufigkeit bereichsübergreifender Behandlungen für die einzelnen Tumorarten, was bei der Planung der personellen Ressourcen beachtet werden sollte.

Zusammenfassung: Eine sektorenübergreifende, personenbezogene, psychoonkologische Unterstützung scheint bei 10% der betreuten Patienten zur Wahrung der Behandlungskontinuität notwendig zu sein.

P-04: Health status and health related quality of life of breast cancer patients receiving multimodal integrative concepts within health services research of a certified Breast Cancer Centre

A. Thronicke¹, M. Kröz^{1,2,3,4}, M. Steele^{1,5}, H. Matthes^{1,2}, C. Herbstreit², F. Schad^{1,2}

¹Research Institute Havelhöhe, Berlin, Germany, ²Hospital Havelhöhe, Berlin, Germany, ³Institute for Social Medicine, Epidemiology and Health Economics, Charité, Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany, ⁴Institute for Integrative Medicine, University of Witten/Herdecke, Witten/Herdecke, Germany, ⁵School of Public Health and Social Work, Queensland University of Technology, Brisbane, Australia

Background: Health-related quality of life (HRQL) has become increasingly important in the comprehensive tailored care and support of breast cancer survivors. So far, insufficient research has been made to evaluate HRQL outcomes of breast cancer patients during post-therapy surveillance and after-care. This pivotal observational study explored psychological, social and physical impact in breast cancer patients treated in a certified Breast Cancer Centre (BCC) within an integrative care concept (IM).

Methods: Our results link primary and secondary care, cancer registry (Network Oncology registry) and hospital episode data for 48 breast cancer patients. Patient-reported outcome measures were evaluated by using the EORTC QLQ-C30 questionnaire (first diagnosis, follow up at six and twelve months).

Results: HRQL and health-related data on all measured time points was collected for 100% of patients. Median age of the women at diagnosis was 59.6 years (IQR 50–70 years). In addition to guideline-oriented standard oncology care, all patients received psycho-oncological support and nursing interventions, 97% received movement therapies, 88% art therapies, 81% massages and 33.3% of the patients received concomitant mistletoe treatment. Patient's self-reported health status and HRQL improved significantly over twelve months (score mean change 8.2 ± 1.1 , $p < 0.05$). Functioning scales including emotional (15.7 ± 1.3 , $p < 0.05$), and social func-

tioning (13.2 ± 6.3 , $p < 0.05$) became significantly better. Role functioning (10.8 ± 2.5) stabilized during follow-up surveillance period.

Discussion: Self-reported health status and HRQL significantly improved within twelve months after first diagnosis. Our results give a first impression of HRQL outcomes of breast cancer patients in the context of health services research of a certified IM-based BCC.

One-Sentence-Summary: Twelve months surveillance of breast cancer patients reveals long-term recovery of quality of life, social and emotional well-being after application of multimodal integrative oncological concepts in health services research of a certified BCC.

P-05: Qualität Sozialer Arbeit in Brust- und Darmkrebszentren – Analyse von Auditdaten ausgewählter Brust- und Darmkrebszentren

M. Vesely

Nationales Centrum für Tumorerkrankungen, Heidelberg, Deutschland

Hintergrund: Durch das Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) ist die Beratung durch den Sozialdienst elementarer Bestandteil der interdisziplinären Versorgung von onkologischen Patienten in Organkrebszentren und Onkologischen Zentren. Erstmals wurden in Kooperation mit der DKG und der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) die bei OnkoZert vorliegenden Daten im Rahmen einer Masterarbeit ausgewertet. Die Datenanalyse hatte zum Ziel, die Soziale Arbeit in Brust- und Darmkrebszentren anhand der im Zertifizierungsprozess formulierten Qualitätskriterien und den darauf bezogenen Erläuterungen der Zentren abzubilden.

Methoden: Der Analyse lagen die Erläuterungen aus allen rezertifizierten 71 Brust- und 70 Darmkrebszentren aus dem Auditjahr 2014 zugrunde. Außerdem wurden die Bewertungen der Fachexperten (Auditoren) in die Analyse mit einbezogen bzw. den Erläuterungen der Zentren gegenüber gestellt. Die im Freitext vorliegenden Daten wurden mittels der qualitativen Inhaltsanalyse in eine statistisch auswertbare Form gebracht. Die statistische Analyse der extrahierten Daten wurde mit Blick auf die Erfüllung, der bei der Zertifizierung nachgefragten Anforderungen an die Zentren durchgeführt.

Ergebnisse: In der Kategorie der Qualifikation der Mitarbeiter im Sozialdienst war festzustellen, dass in nahezu 100 % der zertifizierten Zentren Sozialarbeiter/-pädagoginnen beschäftigt waren. Die Inhalte der Beratung orientierten sich stark an der vom Fachverband DVSG festgesetzten Leistungsbeschreibung für die Sozialdienste. Die Auditoren lobten vor allem die Patientenversorgung durch den Sozialdienst und die Qualität des Beratungsangebotes. Bemängelt wurde hingegen die Anzahl der zur Verfügung stehenden Mitarbeiter. Dieser Aspekt scheint vor allem in der Betrachtung der Zugangswege zur Beratung für onkologische Patienten relevant, da von den Zentren hauptsächlich die Versorgung von stationären Patienten beschrieben wurde. Ein auffälliger Kritikpunkt der Auditoren war die mangelnde Dokumentation der Sozialdienste. Die transparente Darstellung der breiten Palette an Interventionsmöglichkeiten der Sozialdienste ist je doch als wichtiges Instrument der Qualitätssicherung anzusehen und kann Forderungen personeller Ressourcen legitimieren.

Diskussion: Die Ergebnisse der Analyse zeigten eine inhaltlich hervorragende Patientenversorgung durch die Sozialdienste in zertifizierten Brust- und Darmkrebszentren. Entwicklungspotential besteht in den Bereichen der Zugangsmöglichkeiten für ambulante Patienten und der personellen Ausstattung.

P-06: Bewältigung beschädigter Identität nach Brustverlust mit einer externen Brustprothese

R. Wiedemann, W. Schnepf

Universität Witten/Herdecke, Department für Pflegewissenschaft, Witten, Deutschland

Hintergrund: Nach einer Mastektomie stellen externe Brustprothesen daher nicht nur einen kosmetischen Ersatz für die verlorene Brust dar. Für

die Versorgung der erfolgten Amputation existieren verschiedene Möglichkeiten mit Silikonbrustprothesen. Brustprothesen sind in Deutschland als medizinisches Hilfsmittel anerkannt, ihre Kosten werden von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen.

Methoden: Die Forschungsperspektive liegt im Zugang zum subjektiven Erleben von Frauen nach Mastektomie mit einer externen Brustprothese. Die empirische Untersuchung basiert auf den Grundlagen der qualitativen Sozialforschung. In der Studie zur Dissertation an der Universität Witten/Herdecke, wurden insgesamt 20 leitfadengestützte Einzelinterviews mit Frauen geführt, deren Brustentfernung ein bis zwei Jahre zurücklag. Die Interviews wurden offen und axial in Anlehnung an die Grounded Theory codiert. Aufgrund der realen und der erlebten zeitlichen Komponenten wurde ein Zwei-Phasen-Modell entwickelt. Dieser Abstract fokussiert ein Teilergebnis aus Phase zwei „Streben nach Normalität“.

Ergebnisse: Den Brustverlust erleben die betroffenen Frauen als beschädigte Identität. Vor allem das physische und emotionale „Einseitig sein“, mit der damit verbundenen Asymmetrie ist bedeutsam. Eine externe Brustprothese kann den Prozess einer Rückgewinnung von Sicherheit unterstützen und helfen, empfundene Stigmatisierung zu vermeiden, weil der Brustverlust im öffentlichen Raum, d. h. dort wo Menschen miteinander agieren, nicht gesehen werden kann. Begreifen und Annehmen einer Brustprothese erfolgt auf der Ebene des Leiberlebens. Deswegen können Frauen nur dann eine Identität, aufgrund eines positiven Leiberlebens, mithilfe einer Prothese neu entwickeln, wenn sie bei der brustprothetischen Versorgung Wahlmöglichkeiten zwischen unterschiedlichen Prothesentypen haben.

Diskussion: Die Ergebnisse zeigen die Bedeutung einer individuellen, adäquaten Versorgung für die Identität der betroffenen Frauen. Nur wenn Frauen gleichberechtigt in die Auswahl der Brustprothesen eingebunden werden, können sie eine neue Sicherheit in Interaktionen mit anderen Personen aufbauen, die hilft ihre beschädigte Identität zu bewältigen.

Zusammenfassung: Frauen erfahren ihren Leib nach Brustverlust als beschädigt. Eine externe Brustprothese, deren Auswahl aufgrund dieses Erlebens getroffen wird, kann dazu beitragen, versehrte Identität zu bewältigen.

P-07: Psychosoziale Belastungen bei Patienten mit uroonkologischen Tumorerkrankungen erfordern eine Optimierung der psychoonkologischen Betreuungsinfrastruktur

D. L. Dräger, N. N. Harke, C. Protzel, O. Hakenberg

Klinik und Poliklinik für Urologie, Universitätsmedizin Rostock, Rostock, Deutschland

Hintergrund: Um eine optimale ganzheitliche – somatische und psychosoziale – Betreuung von Krebspatienten zu erreichen, muss der eigentliche psychosoziale Unterstützungsbedarf identifiziert werden. Die psychische Belastung von urologischen Krebspatienten ergibt sich aus der Krebsdiagnose im Allgemeinen und korreliert mit den Begleiterscheinungen der Tumorerkrankung und -therapie wie Inkontinenz, Verlust der Körperintegrität, sexueller Dysfunktion und Unfruchtbarkeit. Darüber hinaus gibt es krebspezifische Ängste, wie Angst vor Metastasierung, Rezidiv oder Progression. Bisher sind Studien über die Notwendigkeit der psychosozialen Versorgung urologischer Tumorpatienten im deutschsprachigen Raum und – aufgrund fehlender standardisierter Instrumente – defizitär. Das Ziel der vorliegenden Studie ist die Evaluation der Belastungssituation von uroonkologischen Patienten durch Screening mittels Fragebögen zur Identifikation von psychosozialen Risikopatienten sowie deren Integration in stationäre bzw. ambulante psychosoziale Unterstützungsprogramme.

Methoden: Prospektive, uni-zentrische Kohortenanalyse bei Patienten mit urologischen Tumorerkrankungen ($n = 547$) im Zeitraum von 08/2014 bis 10/2016 mit operativer ($n = 498$) oder systemischer Behandlung ($n = 49$). Evaluation der Patientenpopulation mittels standardisierter Fragebögen für Stress-Screening und Identifikation von Unterstützungsbedürfnissen (Distress-Thermometer und Hornheider-Screening-Instrument) und Nutzung einer psychosozialen Betreuung.

Ergebnisse: 31,6% der untersuchten Patienten ($n=173$) zeigten einen erhöhten Bedarf an psychosozialer Betreuung, aber nur 5% dieser Patienten ($n=30$) kommunizierten diesen. Hinsichtlich des Stressniveaus wurde ein durchschnittlicher Stresslevel von 4,6 ermittelt.

Diskussion: Es gibt einen evidenten Anteil an urologischen Krebspatienten mit erhöhtem psychosozialen Stress und einer konsekutiven psychosozialen Versorgung. Daher müssen Ärzte und Krankenschwestern in der Lage sein, emotionalen Stress zu erkennen, unterstützende Interaktionen anzubieten und möglicherweise in der Lage sein, belastete Patienten an einen ausgebildeten Experten weiterzugeben.

Zusammenfassung: Ein hoher Anteil psychosozial belasteter Patienten in der Uroonkologie zeigt die Relevanz interdisziplinärer Zusammenarbeit, um eine umfassende stationäre medizinische Versorgung zu gewährleisten.

P-08: Mustercurriculum „Kommunikative Kompetenz in der Pflege“

S. Partsch

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Wissenschaftsschwerpunkt Health Sciences, Bremen, Deutschland

Hintergrund: Im Rahmen des Ziels 12 a des Nationalen Krebsplans soll mit dem BMG-geförderten Projekt ein Mustercurriculum zur Förderung der kommunikativen und beraterischen Kompetenzen in der Ausbildung von Pflegefachpersonen entwickelt werden. In der ersten Projektphase steht die Fragestellung im Vordergrund, welche Ziele, Inhalte und Lehr-/Lernmethoden in welcher Reihenfolge das Curriculum beinhalten sollte?

Methoden: Die Fragestellung wird auf der Basis einer umfassenden Literaturrecherche beantwortet. Recherchiert wird zu: einem theoretischen Begründungsrahmen „Kommunikation in der Pflege“, wirksamen Komponenten der Förderung kommunikativer und beraterischer Kompetenz und zu Bedürfnissen von zu pflegenden Menschen mit einer onkologischen Erkrankung hinsichtlich Kommunikation. Unter Bezug auf entwicklungspsychologische und didaktische Theorien werden die Rechercheergebnisse in eine Gesamtstruktur für ein Mustercurriculum für die dreijährige Ausbildung überführt.

Ergebnisse: Das Curriculum ist entwicklungslogisch aufgebaut und enthält Bausteine für das erste, zweite und dritte Ausbildungsjahr, die spiralig aufeinander aufbauen. Die Bausteine beziehen sich auf die Wissensvermittlung und die Einübung von regelgeleitetem praktischem Handeln, auf die Förderung des Selbst- und Fremdverstehens und die Befähigung zur verständigungsorientierten Kommunikation sowie auf ein vertieftes Verständnis der widersprüchlichen Anforderungen an die Kommunikation und die Fähigkeit, Handlungsspielräume für die Stärkung von Selbstbestimmung und Partizipation zu erkennen und zu nutzen. Das Anforderungsniveau der Bausteine steigt im Verlauf der Ausbildung. Zur Förderung dieser Teilziele werden als wirksam erwiesene Methoden vorgeschlagen.

Diskussion: Die recherchierten Studien beziehen sich lediglich auf die Förderung von Teilkompetenzen der kommunikativen Kompetenz (z. B. Empathiefähigkeit). Best Practice Beispiele für ein über drei Jahre angelegtes Curriculum zur Förderung der kommunikativen Kompetenz existieren nicht. Daher wurden alternativ entwicklungspsychologische und pflegedidaktische Theorien genutzt, um den curricularen Aufbau zu begründen. Die Implementation und Evaluation des Mustercurriculums stehen noch aus.

Zusammenfassung: Das Mustercurriculum Kommunikative Kompetenz in der Pflege wird auf der Basis von umfassenden Literaturrecherchen und entwicklungslogischen Grundsätzen systematisch begründet.

Session Q: Qualitätssicherung und -management: 31.03., 11:00–12:15

Q-01: Feedbackstrategien bei Qualitätsindikatoren

A. Klein, M. Mödder, S. Osburg, C. Riese, W. Baumann

Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen Winho GmbH, Köln, Deutschland

Hintergrund: Die WINHO-Prozessindikatoren wurden in einem mehrstufigen Verfahren, (analog RAND/UCLA) entwickelt und erprobt. Mittels klar quantifizierbaren Größen ermöglichen sie eine neutrale Evaluation der Behandlungsqualität, zeigen Stärken und Schwächen auf und geben wichtige Impulse an das Qualitätsmanagement. Der Erhalt der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren-Erhebung stellt für Praxen allerdings erst den Anfangspunkt für weitere interne Maßnahmen dar. Ziel der vorliegenden Studie ist es, den praktischen Nutzen dieser Rückmeldungen für onkologische Schwerpunktpraxen zu untersuchen.

Methoden: In 24 Praxen mit 31 Hämatologen und Onkologen wurden im Abstand von einem Jahr zweimal Daten zu sechs ausgewählten WINHO-Prozessindikatoren erhoben und den Praxen die Ergebnisse individuell in Ergebnisberichten inkl. Benchmarking zurückgemeldet. Auf der Basis von semistrukturierten Telefoninterviews wurden für die einzelnen Prozesse Best-Practice Beispiele erstellt und den Teilnehmern zur Verfügung gestellt. Des Weiteren wurden zwei schriftliche Befragungen zur Akzeptanz und zum Umgang mit den Ergebnissen sowie zum Nutzen der Best-Practice-Beispiele für die eigenen Praxisabläufe durchgeführt.

Ergebnisse: Praxen setzen sich mit den Ergebnissen auseinander und es besteht das Bestreben, sich kontinuierlich weiterzuentwickeln und zu verbessern. Ein Großteil der Praxen hat angegeben, ihre Abläufe in den betreffenden Bereichen überprüft und bei Bedarf Optimierungsstrategien geplant bzw. entwickelt zu haben. In diesem Zusammenhang existiert auch ein Interesse an Best-Practice Beispielen, welche überwiegend als hilfreich eingestuft wurden.

Diskussion: Praxen profitieren von den Ergebnissrückmeldungen und den Best-Practice Beispielen. Die Umsetzung und Planung von Veränderungen ist für die Praxen allerdings ein langwieriger Prozess. Auch die Adaption von fremden Prozessbeispielen auf die eigenen Praxisabläufe stellt eine Herausforderung dar. Für eine engere Verknüpfung derartiger Benchmarking-Daten mit dem praktischen Qualitätsmanagement einer Einrichtung sind weitere Überlegungen erforderlich.

Zusammenfassung: Onkologische Schwerpunktpraxen nutzen Ergebnisrückmeldungen zu Prozessindikatoren, um ihre Abläufe zu überprüfen und bei Bedarf Optimierungsstrategien zu entwickeln, wobei hierfür Best-Practice-Beispiele als Anregungen hilfreich sein können.

Q-02: Das klinische Krebsregister in Baden-Württemberg als Datenquelle im Hinblick auf die Patientenversorgung in Baden-Württemberg

C. S. Bauer-Auch, S. Ganteridou, J. Englert

Klinische Landesregisterstelle (KLAR) des Krebsregisters Baden-Württemberg bei der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e.V., Stuttgart, Deutschland

Hintergrund: Das Landeskrebsregistergesetz Baden -Württemberg verpflichtet alle Ärzte und Zahnärzte, Krebserkrankungen, deren Therapien und Nachsorgeuntersuchungen an das Krebsregister Baden-Württemberg zu melden. Das Krebsregister in Baden-Württemberg besteht aus einer Vertrauensstelle, der Klinischen Landesregisterstelle und dem Epidemiologischen Krebsregister. Die ersten beiden Registerteile bilden das flächendeckende Klinische Krebsregister für Baden -Württemberg im Sinne des Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz aus dem Jahr 2013.

Methoden: Durch die Einführung der Meldepflicht werden Informationen zu Diagnose, Therapie und Verlauf onkologischer Erkrankungen im Krebsregister erfasst. Die Meldeanlässe sind definiert und werden gezielt über vorgegebene Felder erfragt. Der einheitliche onkologische Basisda-

tenersatz mit seinen Modulen der ADT (Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e. V.) und GEKID (Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V.) ist Grundlage für die zu erfassenden Informationen.

Ergebnisse: Durch die auf den ADT-GEKID Basisdatensatz gestützte Erfassung der Informationen zu onkologischen Erkrankungen wird sichergestellt, dass für die Versorgung relevante Daten erfasst werden und somit eine aussagekräftige Auswertung stattfinden kann. Derzeit dient den behandelnden Ärzten die Registerdatenbank auf drei Ebenen. Bei Vorliegen eines seltenen histopathologischen Befundes kann seitens des behandelnden Arztes angefragt werden, ob ähnliche Fälle bekannt sind, wie diese behandelt wurden und wie der Verlauf war. Auf einer weiteren Ebene werden entitätsbezogene Qualitätskonferenzen in allen fünf Regionen Baden-Württembergs organisiert. Zusätzlich kann der behandelnde Arzt jederzeit auf die Information des Registers zu einem von ihm gemeldeten Fall über die Behandlungsdatenrückmeldung zurückgreifen. Zukünftig ist auch der Vergleich unterschiedlicher Therapieansätze möglich.

Diskussion: Das Klinische Krebsregister Baden-Württemberg unterstützt primär die Qualitätssicherung. Durch die Erfassung der onkologischen Patientenversorgung bietet es für die Versorgungsforschung zusätzlich eine wichtige Ergänzung zu prospektiven Studien. Zur Verbesserung und Optimierung der onkologischen Patientenversorgung ist eine wissenschaftliche Analyse der zur Verfügung stehenden Daten unabdingbar. Grundlegende Voraussetzung hierfür ist die Vollständigkeit der Daten als Ausgangslage für Auswertungen.

Zusammenfassung: Das Klinische Krebsregister Baden-Württemberg als Datenquelle ist für die Patientenversorgung von hohem Nutzen, sowohl über Maßnahmen der Qualitätssicherung als auch durch Unterstützung der Versorgungsforschung.

Q-03: Perioperative Radiochemotherapie des Rektumkarzinoms – Entwicklung des Versorgungsstandes, Leitlinienadhärenz und Ergebnisqualität im Einzugsgebiet des Tumorzentrum Regensburg

F. König^{1,2}, A. Fürst², M. Gerken², M. Klinkhammer-Schalke²

¹Tumorzentrum Regensburg – Institut für Qualitätssicherung und Versorgungsforschung der Universität Regensburg, Regensburg, Deutschland, ²Klinik für Chirurgie, Caritas-Krankenhaus St. Josef Regensburg, Regensburg, Deutschland

Hintergrund: Erkrankungen wie das Rektumkarzinom erfordern eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit, um durch Umsetzung der Leitlinienempfehlungen eine bestmögliche Versorgung zu gewährleisten.

Methoden: In einer retrospektiven Kohortenstudie wurden 992 Patienten mit der Diagnose Rektumkarzinom, UICC-Stadium II/III, mittleres/unteres Rektumdrittel, im Diagnosezeitraum 2002–2012 im populationsbezogenen Klinischen Krebsregister des Tumorzentrum Regensburg registriert, und hinsichtlich Umsetzung der Leitlinienempfehlungen zur perioperativen Therapie und therapieabhängigen Ergebnisqualität (Gesamtüberleben OAS, kumulierte Rezidivraten, Rezidivfreies Überleben RFS) analysiert. Die Ergebnisqualität wurde mittels Kaplan-Meier-Schätzer, Log-Rank-Test und multivariabler Cox-Regressionsanalysen geprüft.

Ergebnisse: 841 Patienten (84,8 %) erhielten eine perioperative Therapie, wobei 392 Patienten (39,5 %) leitliniengerecht mit neoadjuvanter Radiochemotherapie und adjuvanter Chemotherapie behandelt und 679 Patienten (68,4 %) neoadjuvant therapiert wurden. Der Zeitverlauf zeigt eine deutliche Zunahme der Durchführung leitliniengerechter Therapie. Der Kaplan-Meier-Schätzer zeigte für das 5-Jahres-Gesamtüberleben und 5-Jahres-Rezidivfreie Überleben vergleichbare Ergebnisse, die durch multivariable Cox-Regressionsanalysen bestätigt wurden. Leitliniengerechte Therapie war, gegenüber allen anderen Therapien, signifikant besser (5Y-OAS: 84,5 %, 5Y-RFS: 76,7 %, $p < 0,001$). Patienten mit neoadjuvanter Therapie hatten, gegenüber Patienten ohne diese, bessere Ergebnisse (5Y-OAS: 74,9 % vs. 57,5 %). In der multivariablen Analyse waren perioperative Therapie, Diagnosealter, Lokalisation des Primärtumors, Veneninvasion, Lymphgefäßinvasion und Residualklassifikation signifikante Prognose-

faktoren. Die 5-Jahresgesamtrezidivrate betrug 18,5 %, die lokoregionäre Rezidivrate 6,0 % und die Fernmetastasenrezidivrate 15,7 %. Neoadjuvant Behandelte hatten signifikant niedrigere Gesamtrezidivraten und lokoregionäre Rezidivraten, gegenüber nicht neoadjuvant Therapierten. Leitliniengerechte Therapie zeigte signifikant niedrigere Gesamtrezidivraten, gegenüber keiner Therapie.

Diskussion: Vergleicht man die Hauptergebnisse dieser Untersuchung mit Ergebnissen randomisierter Studien, erkennt man, dass sich die Ergebnisqualität auch in der „real-life“ Situation der klinischen Versorgung durch Analyse von Daten Klinischer Krebsregister bestätigt.

Zusammenfassung: Die vorliegende Arbeit zeigt, dass durch enge interdisziplinäre und leitlinienadhärente Versorgung der Patienten eine sehr gute Versorgungsqualität mit deutlich besseren Ergebnissen in der klinischen Versorgung gewährleistet sein kann.

Q-04: Little evidence, big efforts – surveillance situation in Germany in resected pancreatic adenocarcinoma patients – results from an AIO-pancreatic cancer group survey

T. J. Ettrich, L. Schulte, N. Eitel, A. W. Berger, L. Perkhofer, T. Seufferlein
University of Ulm, Department of Internal Medicine I, Ulm, Deutschland

Hintergrund: Das duktale Adenokarzinom des Pankreas (PDAC) ist einer der tödlichsten Krebsarten mit hohem Rezidivrisiko selbst nach kurativ-intendierter Resektion. In den aktuellen Leitlinien gibt es keine evidenzbasierten Empfehlungen zur Tumornachsorge. Aus diesem Grund und als Grundlage für prospektive Studien, wollten wir die Nachsorge-Praxis nach PDAC-Resektion in Deutschland untersuchen.

Methoden: Ein Web-basierter Fragebogen wurde 2015 an 300 deutsche Institutionen (Krankenhäuser, Tageskliniken und Praxen) gesendet, die an der Betreuung von Patienten mit duktalem Pankreaskarzinomen beteiligt sind. Der Fragebogen umfasste 25 Fragen, darunter den Namen und ggf. die Versorgungsstufe der Einrichtung, die jährliche Anzahl an durchgeführten kurativ-intendierten Resektionen bei PDAC, die verwendeten Überwachungsalgorithmen und die am häufigsten verwendeten Überwachungsmethoden sowie die Bewertung ihrer Wirksamkeit durch die Zentren.

Ergebnisse: Die Auswertung umfasst 161 Fragebögen (Rücklaufquote 53,7 %). Vor allem größere Zentren (82,5 % mit > 300 Krankenhausbetten) nahmen teil. In 46,6 % der Zentren erhielten mehr als 80 % der Patienten eine adjuvante Chemotherapie nach der Operation. Zwischen 60–80 % dieser Patienten erhielten die adjuvante Chemotherapie über die empfohlene Dauer von 6 Monaten. Bei 47 % der Patienten fand die gesamte Behandlung und Überwachung in der gleichen medizinischen Einrichtung statt. Nach Abschluss der adjuvanten Behandlung führten 96 % der Zentren Nachsorgeuntersuchungen durch, wobei 50 % von diesen eine Nachsorge über 5 Jahre durchführen. 82 % der nachsorgenden Zentren untersuchen bereits während der adjuvanten Chemotherapie, ob eine Krankheitsrezidiv vorliegt. Die am häufigsten eingesetzten Untersuchungsmodalitäten waren: Anamnese, körperliche Untersuchung, Laboruntersuchungen einschließlich der Ca19-9-Bestimmung und bildgebende Verfahren. Die Ca19-9-Bestimmung, die Bildgebung sowie die Anamnese wurden dabei von den Zentren als die effizientesten Mittel zur Rezidiv-Diagnose identifiziert.

Diskussion: Die erste systematische Analyse von Nachsorgestrategien nach kurativ-intendierter Resektion von Pankreaskarzinomen zeigt, dass eine intensive Nachsorge trotz fehlender Evidenz in Deutschland flächendeckend üblich ist. Erhöhung des Ca19-9-Spiegel, die Bildgebung sowie die Anamnese werden von den Zentren, die an unserer Befragung teilnehmen haben, als das wirksamste Mittel zur Erkennung von Rezidiven angesehen.

Q-05: Multidisziplinäre Tumorboards (MDT) in der klinischen Routine: Ergebnisse einer Versorgungsforschungsstudie an Patienten mit metastasiertem kolorektalen Karzinom

M. Lowes¹, M. Kleib², S. Detken³, C. Langer⁴, R. Lück⁵, M. Nietert⁶, T. Beißbarth⁶, K. Stanek¹, L.-C. Conrad¹, M. Ghadimi¹, K. Homayounfar^{1,7}

¹Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Kinderchirurgie, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland, ²Klinik für Onkologie, Rotes Kreuz Krankenhaus Kassel, Kassel, Deutschland, ³Onkologische Schwerpunktpraxis Northeim, Northeim, Deutschland, ⁴Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und minimalinvasive Chirurgie, Evangelisches Krankenhaus Göttingen-Weende, Göttingen, Deutschland, ⁵Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Sana Klinikum Hameln-Pyrmont, Hameln, Deutschland, ⁶Abteilung Medizinische Statistik, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland, ⁷Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Endokrine Chirurgie, Rotes Kreuz Krankenhaus Kassel, Kassel, Deutschland

Hintergrund: Multidisziplinäre Tumorboards (MDT) gelten international als Standard in der modernen Onkologie. Die deutsche S3-Leitlinie zur Behandlung des kolorektalen Karzinoms (KRK) empfiehlt die MDT-Diskussion jedes Patienten mit Kolonkarzinom (KK) nach der Primärtumoroperation, im Stadium IV und bei Patienten mit Rektumkarzinom (RK) bereits prätherapeutisch. Diese Studie untersucht die Implementierung dieser Empfehlungen und die Beeinflussung der Behandlungsentscheidungen durch die MDT-Diskussion in einer definierten Region mit Zugang zu MDT für alle onkologischen Behandler.

Methoden: Alle wesentlichen onkologischen Behandler in Südniedersachsen und Nordhessen (N=11) wurden zur Teilnahme an der Studie eingeladen. Patienten mit metastasiertem KRK bei denen die erste Metastasierung zwischen 01/2011 und 12/2013 diagnostiziert wurde, waren für die Studie geeignet. Ein standardisierter Datenerhebungsbogen wurde entwickelt und alle Daten in einer GCP-konformen Datenbank (secuTrial) gesammelt.

Ergebnisse: Ein Universitätsklinikum, 4 Lehrkrankenhäuser, 1 kommunales Krankenhaus und 3 onkologische Schwerpunktpraxen nahmen teil. 470 Patienten (278 KK, 192 RK) mit einem medianen Alter von 70 Jahren wurden eingebracht. Eine MDT-Diskussion erfolgte bei 63% der 224 operierten Patienten mit KK nach der Primärtumoroperation und 38% der 183 Patienten mit Stadium IV KK prätherapeutisch. Bei 47% der 192 Patienten mit RK erfolgte die MDT-Diskussion prätherapeutisch. Patienten >70 Jahre erhielten signifikant häufiger eine Chemotherapie ± Operation, wenn sie in einem MDT vorgestellt wurden (86% versus 64%, $p < 0,001$). Bei Patienten mit auf ein Organ limitierter Metastasierung war die Resektionsrate nicht signifikant unterschiedlich (48% versus 57%, $p = 0,157$) aber eine präoperative Chemotherapie wurde nach MDT-Diskussion signifikant häufiger indiziert (57% versus 33%, $p = 0,006$).

Diskussion: Im Alltag sind MDT nicht so etabliert, wie seitens der Leitlinie empfohlen. Behandlungsempfehlungen unterscheiden sich abhängig von der MDT-Vorstellung insbesondere bei älteren Patienten und solchen mit auf ein Organ limitierter Metastasierung.

Zusammenfassung: Multidisziplinäre Tumorboards beeinflussen die Therapieentscheidung sind als Standard aber noch nicht ausreichend etabliert.

Q-06: Case Management zur Optimierung des Versorgungsprozesses onkologischer Patienten im Krankenhaus – Eine explorative Querschnittsstudie

D. Preßler^{1,2}

¹Krankenhaus Nordwest GmbH, Frankfurt/M., Deutschland, ²Hochschule Fresenius, Idstein, Deutschland

Hintergrund: Die Studie befasst sich mit der Optimierung des Versorgungsprozesses onkologischer Patienten durch den Einsatz des Konzeptes Case Management. Die Motivation für dieses Thema resultiert vor allem aus den jüngeren Entwicklungen in der stationären Patientenversorgung. Viele Krankenhäuser sehen im Case Management ein probates Mittel, den zunehmend steigenden Anforderungen an Effektivität und Effizienz, bei gleichzeitig steigender Versorgungsqualität, zu begegnen. Prinzipiell sind

auf der hypothetischen Ebene eine Reihe vernünftiger und nachvollziehbarer Argumente anzuführen, die eine positive Wirkung auf den Versorgungsprozess und die Behandlungsqualität erwarten lassen. Allgemein gültige, empirisch belegte Untersuchungen stehen diesbezüglich aber noch aus.

Methoden: Im Rahmen einer explorativen Querschnittsstudie erfolgte ein Vergleich zwischen dem Behandlungsprozess onkologischer Patienten die nach dem Konzept Case Management betreut wurden, und denen die der Standardbehandlung folgten. Ziel war es, aus Patientensicht den Effekt von Case Management auf den Versorgungsprozess zu analysieren.

Ergebnisse: Die Studie zeigt, dass mit dem Case Management-Konzept am Krankenhaus Nordwest eine neue Organisationsform Einzug gehalten hat, die bestimmte, für die Versorgungsqualität wichtige Aspekte stärker in den Fokus rückt. Im Ergebnis wird deutlich, dass besonders psychosoziale Effekte, multidisziplinäre Versorgungsmöglichkeiten sowie Information und Kommunikation in der onkologischen Patientenversorgung durch Case Management stärker berücksichtigt werden.

Diskussion: Eine Patientenbefragung in dieser Form lässt nur Aussagen zu Teilaspekten des Case Managements zu. Valide Aussagen zum Einfluss auf die Lebensqualität über einen längeren Zeitraum, die Behandlungsqualität und das Outcome sowie den klinikinternen Organisationsgrad bedürfen ergänzender Forschungsansätze.

Q-07: Geriatrisches Assessment vor urologischen Tumoroperationen zur Prädiktion von Morbidität, Mortalität und Rekonvaleszenz beim alten Patienten. Erste Ergebnisse einer prospektiven Single-Center-Studie.

A. Kahlmeyer¹, W. Losensky¹, L. Brammert¹, B. Keck¹, H. Taubert¹, S. Wach¹, M. Ritt², K. Gassmann², B. Wullich¹

¹Klinik für Urologie, Universitätsklinikum Erlangen, Erlangen, Deutschland, ²Geriatric-Zentrum Erlangen, Waldkrankenhaus St. Marien gGmbH, Erlangen, Deutschland

Hintergrund: Die Studie untersucht den Nutzen etablierter geriatrischer Assessments zur Abschätzung des peri- und postoperativen Verlaufs sowie der langfristigen Unabhängigkeit von Pflege nach großen urologischen Tumoroperationen bei alten Patienten (DRKS00009825).

Methoden: Seit Januar 2016 wurden alle Patienten über 70 Jahre, die eine elektive Zystektomie, Prostatektomie oder Nephrektomie erhalten haben, eingeschlossen. Vor der Operation wurde ein umfassendes geriatrisches Assessment durchgeführt. Peri- und postoperativer Verlauf sowie funktioneller Status 30 und 180 Tage postoperativ wurden standardisiert erfasst.

Ergebnisse: 43 Patienten mit einem Durchschnittsalter von 75,3 Jahren wurden bisher eingeschlossen. 23% wurden zystektomiert, 35% prostatektomiert und 42% nephrektomiert. 20,6% erlitten schwere Komplikationen während des Krankenhausaufenthalts (Clavien-Dindo ≥ 3), einschließlich eines Todesfalls. 37% zeigten eine eingeschränkte Selbstversorgung bei Entlassung (Barthel-Index -17,5) und 21,6% zeigten eine unvollständige Erholung Ihrer Selbstständigkeit 30 Tage postoperativ (Barthel-Index -22,5). Persistierende Einschränkungen noch am 30. postoperativen Tag sind mit präoperativer Frailty (FrailScale, OR 1,86, $p = 0,002$; Rockwood Frailty Index, OR 5,70, $p = 0,050$), eingeschränkter präoperativen Mobilität (TUG, OR 10,42, $p = 0,012$) und bestehenden Komorbiditäten (Charlson Comorbidity Index, OR 6,25, $p = 0,049$) signifikant assoziiert. Eine Kombination ausgewählter Indizes erlaubt eine gute Vorhersage des Risikos persistierender Einschränkungen (Erlanger Index, OR 1,74, $p = 0,005$). Alle Patienten mit einem Erlanger Index ≤ 3 (61%) zeigten eine komplette Wiedererlangung ihrer präoperativ bestehenden Selbstständigkeit nach 30 Tagen. Eine Assoziation mit Alter, Barthel-Index oder ASA-Score konnte nicht dargestellt werden.

Diskussion: Ältere Patienten tragen bei Tumoroperationen ein großes Risiko erheblicher Komplikationen und erholen sich häufig unvollständig. Einfache, schnell durchführbare präoperative Assessments erlauben eine bessere Einschätzung des Risikos persistierender Einschränkungen im Alltag als das Alter oder der präoperative funktionelle Status allein.

Zusammenfassung: Kurze Assessments wie z. B. der Erlanger Index erlauben eine gute Abschätzung des Risikos einer persistierenden Hilfsbedürftigkeit nach urologischen Tumoroperationen bei alten Patienten.

Q-08: Toxicity Management in Cancer Patients by a Multiprofessional Care Model

C. Jansen¹, M. Zipfel², L. Koch², G. Becker², I. Schulze³, W. Kuhn⁴, I. G. H. Schmidt-Wolf², U. Jaehde¹

¹Institute of Pharmacy, Clinical Pharmacy, University of Bonn, Bonn, Germany, ²Center for Integrated Oncology Cologne/Bonn, Department of Internal Medicine III, University Hospital Bonn, Bonn, Germany, ³Hospital Pharmacy, University Hospital Bonn, Bonn, Germany, ⁴Department of Obstetrics and Gynecology, Center for Integrated Oncology Cologne/Bonn, University Hospital Bonn, Bonn, Germany

Summary: The feasibility study in 21 cancer patients with solid tumours approved that the multi-professional cancer medication management (MUMM) was successfully implemented in the oncologic outpatient clinic and was well accepted by patients and the care team.

Background: Due to the high toxicity of anti-cancer drugs and the complexity of the medication, patients are at high risk of experiencing adverse events. Patient safety may be enhanced by providing a structured multi-professional cancer medication management (MUMM).

Methods: MUMM consisted of four multiprofessional care modules composed of a basic module (medication review, interaction check) and three specific modules for toxicity management (nausea and emesis, mucositis, fatigue). All care modules contained a care algorithm, evidence-based recommendations for supportive care, and patient information brochures. The content of each module was adapted to the individual setting of the oncologic outpatient clinic in multiprofessional quality circles. MUMM was evaluated in a single-arm feasibility study by measuring patient-reported symptom load (PRO-CTCAE), quality of life (EORTC QLQ-C30, EQ-5D-3L), and patient satisfaction with information (PS-CaTE).

Results: Twenty-one cancer patients with any solid tumour were recruited. At time of recruitment, the mean age of 14 women and 7 men was 57.6 years. The most frequently applied toxicity module was nausea and emesis (100%) followed by mucositis (91%) and fatigue (62%). The study confirmed that MUMM was feasible and well accepted by patients and the multiprofessional care team.

Conclusions: MUMM was successfully implemented in the oncologic outpatient clinic. Further modules focussing on other treatment-associated symptoms will be developed to amplify the care model, enhancing its benefit for the patients.

Q-09: Entwicklung eines Tools zur Qualitätssicherung in der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (QUAPS)-Ergebnisparameter aus Sicht der Patienten und ihrer Angehörigen

I. Kruschel¹, U. Hammer¹, W. Meißner¹

¹Zentrum für Palliativmedizin, Universitätsklinik Jena, Deutschland

Hintergrund: Als Regelleistung der GKV wurde 2007 die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) für Palliativpatienten gesetzlich festgeschrieben. Die Vorgabe nur allgemein gehaltener Ziele führte zu stark divergierenden Umsetzungen in Deutschland. Die üblichen Struktur- und Prozessparameter reichen für eine adäquate Qualitätsbeschreibung dabei nicht aus und Ergebnisparameter aus Patientenperspektive sind unverzichtbar. Ziel war es, ein valides, reliables und ergebnisorientiertes Werkzeug zu Qualitätserfassung zu entwickeln.

Methoden: Mittels eines Fragebogens wurden u. a. folgende Qualitätsparameter erfragt: telefonische Erreichbarkeit, Wartezeit auf den Hausbesuch, Zeit für die Patientenbetreuung, Qualität der Kommunikation und Symptomkontrolle, sowie der Distress während der vorausgegangenen Woche. An der Pilotstudie QUAPS I (06/2011- 12/2012) nahmen 3 SAPV-Teams teil, wobei zu verschiedenen Zeitpunkten verschiedene Adressaten befragt

wurden. An der Folgestudie QUAPS II (06-12/2015) nahmen 17 Teams aus ganz Deutschland teil mit gleichen Inhalten und anderem Setting.

Ergebnisse: QUAPS I: Von 241 Behandlungsfällen resultierten 38 Datensätze mit Daten aus allen vier Zeitpunkten, mit ausreichender Reliabilität der Skalen, Deckeneffekten und hoher Korrelation der Antworten von Patienten und Angehörigen. Bei 75% der Patienten und 77% der Angehörigen bestand mit Distresswerten >4 eine betreuungsbedürftige Belastung. Die Untersuchung zeigte eine hohe Zufriedenheit mit der SAPV, war jedoch relativ aufwendig. QUAPS II: Von 371 Patienten erhielten wir 169 vollständige Datensätze mit annähernd gleichen inhaltlichen Aussagen wie bei QUAPS I.

Diskussion: Die Erarbeitung eines Fragebogens ist nicht mit seiner Validierung verbunden und begrenzt damit die Akzeptanz der Ergebnisse, zum Beispiel um Eingang in die Kosten-Nutzen-Analyse zu finden.

Zusammenfassung: Mit QUAPS wurde erfolgreich ein Werkzeug entwickelt, bei dem Patienten die Qualität der empfangenen SAPV-Leistung einschätzen und welches im Alltag eingesetzt werden kann.

Alphabetische Liste der Erstautoren mit Sitzungsnummer

Adam: L-02; Adamovic: Z-07; Ansmann: E-02; Armanaschi: Z-05; Bauer-Auch: Q-02; Bergmann: A-08; Bieck: Z-06; Brütting: A-05; Coy: Z-10; Dräger: P-07; Ettrich: Q-04; Graf: L-10; Hagelstein: L-09; Haupt: P-01; Inwald: E-06; Jansen: Q-08; Kahlmeyer: Q-07; Kaiser: Z-03; Kappen: E-01; Klafke: L-01; Klein, K.: L-04; Klein, A.: Q-01; König: Q-03; Kossow: Z-11; Kruschel: Q-09; Landsmann: Z-09; Lowes: Q-05; Nickels: L-05; Ortland: A-02; Partsch: P-08; Preßler: Q-06; Rettler: A-04; Rhiem: Z-01; Riedl: L-08, P-02; Rühl: A-06; Scharl: E-07; Scharpf: P-03; Scherer: A-07; Schmidt: A-03; Schneider: E-10; Seib: E-09; Speiser: Z-02; Thronicke: P-04; Vesely: P-05; Völkel: E-04, E-05; Vreuls: A-09; Wallwiener: L-07; Wellner: E-03; Wiedemann: P-06; Wienert: A-10; Winter: L-03; Wonhöfer: L-06; Zeden: Z-08; Ziegler: Z-04; Ziemann: A-01