

Forum 2019 · 34:96–122
<https://doi.org/10.1007/s12312-018-0552-7>
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
Springer Nature 2019



4. Interdisziplinärer Kongress „Quality of Cancer Care“ (QoCC 2019)

der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG e.V.)
und der Arbeitsgemeinschaft
Deutscher Tumorzentren (ADT e.V.),
28. und 29. März 2019 in Berlin



Inhaltsverzeichnis

97	Session Q Qualitätsforschung und Qualitätssicherung: 28.03.2019, 18.15–19.15 Uhr
101	Session P Psychosoziale Versorgung und E-Health: 28.03.2019, 18.15–19.15 Uhr
105	Session V Versorgungskonzepte: 28.03.2019, 18.15–19.15 Uhr
110	Session R Routine- und Registerdaten: 29.03.2019, 11.20–12.20 Uhr
114	Session L Lebensqualität und Patient Reported Outcomes: 29.03.2019, 11.20–12.20 Uhr
118	Session O Patientinnen- und Patientenorientierung: 29.03.2019, 11.20–12.20 Uhr
122	Autorenverzeichnis

Abstracts zur Posterpräsentation

Session Q – Qualitätsforschung und Qualitätssicherung: 28.03.2019, 18.15–19.15 Uhr

Q-01: Nationwide in-hospital mortality following colonic resection for colon cancer according to hospital volume in Germany

Johannes Diers^{*1}, Johanna Wagner¹, Philipp Baum¹, Sven Lichthardt¹, Caroline Kastner¹, Niels Matthes², Stefan Löb¹, Harald Matthes³, Christoph-Thomas Germer¹, Armin Wiegering⁴

¹Department of General, Visceral, Vascular and Pediatric Surgery, University Hospital, University of Wuerzburg, Wuerzburg, Germany;

²Department of General, Visceral, Vascular and Pediatric Surgery, Universitätsklinik Würzburg, University of Wuerzburg, Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Kinderchirurgie, Wuerzburg, Germany;

³Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe, Berlin, Germany; ⁴Department of General, Visceral, Vascular and Pediatric Surgery, University Hospital, University of Wuerzburg, Wuerzburg, Germany

Background: Colon cancer is the most common cancer of the gastrointestinal tract. So far, nationwide data concerning the effect of hospital volume on in-hospital mortality after colonic resection for colon cancer in Germany does not exist. The aim of the study was to determine mortality rates for colon cancer resection and the effect of hospital caseload on in-hospital mortality through a comprehensive analysis of every inpatient case in Germany.

Methods: All inpatient cases with a colon cancer indication code undergoing a colon resection indicated by a colon resection procedure code from 2012 to 2015 were identified from nationwide administrative hospital data. Absolute numbers of patients and in-hospital death rate for crucial subcategories such as anatomic location and types of surgical procedure were performed.

Results: 129,196 inpatient surgeries for colon cancer were identified between 2012 and 2015. The overall in-house mortality rate was 5.75% (7432 patients). Crude in-house mortality rates ranged from 6.92% ($n = 1775$) in low-volume hospitals to 4.80% ($n = 1239$) in the high-volume centres with a distinct trend between the categories ($p < 0.001$). Multivariable logistic regression analysis using hospital volume as random effect showed that very high-volume hospitals (calculated average of 93.9 interventions/year) had a risk-adjusted odds ratio of 0.75 (95% CI 0.66–0.84) for in-house mortality compared to the baseline in-house mortality rate in very low-volume hospitals (calculated average of 16.4 interventions/year) after adjusting for confounders such as emergency procedure, comorbidity and others.

Discussion: We found an average in-house mortality after colon cancer surgery of around 6% and a significant correlation of in-house mortality with hospital volume. Strengths of the study comprise data completeness, as we included every in-patient case of surgically treated colon cancer in Germany, and adjustment of the model for a range of potential confounders. However, due to the retrospect nature of the analysis, we cannot completely discard residual confounding. In the literature several studies report population-based data of in house or 30-day mortality which are comparable to our data [1–3]. The reported overall 30-day mortality following colorectal surgery in German Cancer Society (DKG) certified oncological care centres for colon cancer is 2.41%. However, these results cannot be directly compared to our study as we have extracted the data from the DRG system and included emergency cases.

Conclusion: In Germany, perioperative mortality for colon cancer resection at the national level is high. Patients undergoing colon cancer resections in high-volume hospitals have improved outcomes compared to those treated in low-volume hospitals.

References

1. Panis Y et al (2011) Mortality after colorectal cancer surgery: a French survey of more than 84,000 patients. *Ann Surg* 254(5):738–743 (discussion 743–4)
2. Mamidanna R et al (2012) Reduced risk of medical morbidity and mortality in patients selected for laparoscopic colorectal resection in England: a population-based study. *Arch Surg* 147(3):219–227
3. de Vries S et al (2014) Postoperative 30-day mortality in patients undergoing surgery for colorectal cancer: development of a prognostic model using administrative claims data. *Cancer Causes Control* 25(11):1503–1512

Q-02: Arbeitssituation des nicht-ärztlichen Personals in der ambulanten onkologischen Versorgung

Sandra Osburg^{*}, Thomas Walawgo, Kerstin Hermes-Moll, Walter Baumann, Vitali Heidt

Wissenschaftliches Institut der Hämatologen und Onkologen GmbH (Winho), Köln, Deutschland

Hintergrund: Von dem Fachkräftemangel im Gesundheitsbereich sind auch die onkologischen Praxen mit ihrem nicht-ärztlichen Personal betroffen. Eine Möglichkeit die Wünsche und Bedürfnisse der Pflegekräfte stärker zu berücksichtigen, besteht darin diese mittels regelmäßigen Mitarbeitergesprächen, Arbeitssituationsanalysen oder Befragungen zu erheben. Auch die Qualitätsmanagement-Richtlinie 2016 des Gemeinsamen Bundesausschusses sieht eine Mitarbeiterorientierung vor.

Methoden: Das WINHO hat 2016 und 2018 allen Partner-Praxen (2016: $n = 192$, 2018: $n = 185$) auf freiwilliger Basis die Durchführung einer Mitarbeiterbefragung angeboten. Eingesetzt wurden vor allem Items des validierten Mitarbeiterkennzahlenbogens des Instituts für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Universität zu Köln. Ausgewählt wurden 18 Module mit 132 Items, die sich auf die Arbeitssituation des nicht-ärztlichen Personals beziehen. In der quantitativen Erhebung wurden Likert-Skalen mit 4–7 Antwortkategorien verwendet. Die jeweiligen Einzelitems eines Moduls wurden zu einer Kennzahl zusammengefasst und auf eine Skala von 0–100 % projiziert. Die Erhebung erfolgte bei den teilnehmenden Praxen als Vollerhebung, papierbezogen und anonym. Zur Vergleichbarkeit wurden die Werte der 18 Praxen analysiert, die in beiden Vergleichsjahren teilnahmen.

Ergebnisse: Insgesamt haben sich 987 Praxismitarbeiter (2016: $n = 468$, 2018: $n = 419$) aus 74 onkologischen Schwerpunktpraxen (2016: $n = 41$, 2018: $n = 33$) an der Erhebung beteiligt, darunter 18 Praxen mit 500 Praxismitarbeitern in beiden Vergleichsjahren. Bei den Befragten liegt der Altersschnitt zwischen 17 und 64 Jahren. Fast alle nicht-ärztlichen Mitarbeiter sind weiblich (98 %) und arbeiten im Median seit 9 Jahren in der onkologischen Praxis. Zwei Drittel von Ihnen befinden sich in einem unbefristeten Beschäftigungsverhältnis.

Gute Werte erzielten die Gesamtzufriedenheit, die Arbeitsorganisation, der Arbeitsschutz und die Fort- und Weiterbildungssituation. Die hohe Arbeitsintensität, Neigung zur beruflichen Verausgabung, Informations- und Planungsdefizite sowie das Kommunikationsverhalten schnitten weniger gut ab. Die 18 Vergleichspraxen haben sich bis auf einen Wert nicht verbessert. Bei den eigens entwickelten Items zu Trauer und Tod wünschten sich 20 % der Mitarbeiter weitere Unterstützungsangebote. Das Interesse der Mitarbeiter an Fort- und Weiterbildungen ist groß. Festzuhalten bleibt, dass die Gesamtzufriedenheit in beiden Jahren über 80 % liegt.

Diskussion und Fazit: Die Praxen, die in beiden Jahren teilnahmen, konnten sich im Folgejahr bei fast allen Werten nicht verbessern. Trotzdem sind die Mitarbeiter insgesamt zufrieden. Praxismitarbeiter, die an der Befragung bereits zum zweiten Male teilnahmen, vermerkten, dass sich nur wenig verändert hat. Die Teilnahme an derartigen Befragungen schürt jedoch die Erwartung, dass sich die Arbeitssituation, das Betriebsklima, die unzureichende Kommunikation untereinander verbessert. Daher sollten Praxen dieses Instrument nur dann einsetzen, wenn Sie mit den Ergebnissen im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses weiterarbeiten möchten. Die Besprechung der Ergebnisse im Team und die Einführung von Best-Practice Beispielen mittels Feedbackberichten ist empfehlenswert.

Bei den mit * gekennzeichneten Autoren handelt es sich um die präsentierenden Autoren.

Q-03: Analyse leitlinienbasierter Qualitätsindikatoren in der Onkologie

Markus Follmann^{*1}, Thomas Langer², Monika Klinkhammer-Schalke³, Simone Wesselmann²

¹DKG, DKG – Office des Leitlinienprogrammes Onkologie, C/O Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Berlin, Deutschland; ²Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Berlin, Deutschland; ³Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e. V., Tumorzentrum Regensburg, Regensburg, Deutschland

Hintergrund: Der Nationale Krebsplan definiert als Ziel die Umsetzung von Leitlinien über leitlinienbasierte Qualitätsindikatoren (QI). Diese sollen über den onkologischen Basisdatensatz (oBDS) inklusive seiner organspezifischen Module der Krebsregister berechenbar sein und in den Zentren der Deutschen Krebsgesellschaft zur Anwendung kommen. Innerhalb des Leitlinienprogramms Onkologie (OL) wurde in der letzten Dekade ein methodischer Prozess etabliert, nach dem Qualitätsindikatoren zu neu erstellten oder aktualisierten Leitlinien standardisiert abgeleitet werden [1, 2].

Methoden: Darstellung aller von OL Leitlinien abgeleiteten QI stratifiziert pro Leitlinienthema. Zahlen der QI, welche mit oBDS zu berechnen, welche in das Zertifizierungssystem aufgenommen bzw. auch gemessen werden konnten. Darstellung der Gesamtzahl aller und der Untergruppe der starken Leitlinienempfehlungen. Differenzierung der abgedeckten Versorgungsbereiche, des QI-Typs nach Donabedian sowie Evidenzbasierung von Empfehlungen QI.

Ergebnisse: Die 21 inkludierten Leitlinien (LL) zeigen ein heterogenes Bild bezüglich Zahl, Stärke und Evidenzbasierung ihrer Handlungsanweisungen. Die Gesamtzahl der Empfehlungen beträgt 2775 (36 bis 293), davon sind 1654 (18 bis 197) starke Empfehlungen. Der Anteil starker Empfehlungen bezogen auf die Gesamtzahl liegt je nach LL von 29 bis 82 %. Die Zahl der final konsentierten QI hat einen Range von 1 bis 13 (Median 9). Hiervon sind die überwiegende Anzahl Prozessindikatoren, nur vereinzelt finden sich Outcome- oder Struktur-Indikatoren (8 bzw. 3 von 170). Die starken Empfehlungen als Grundlage für die Generierung potentieller QI sind in einer Minderzahl evidenzbasiert (572 von 1654 (35 %)), bei den abgeleiteten QI spiegelt sich dies entsprechend mit 58 von 170 (34 %) wider. Mit dem oBDS bzw. Modulen können 69 der QI berechnet werden, 101 QI werden über die Erhebungsbögen des Zertifizierungssystems abgedeckt. 15 von 21 Entitäten werden im Bereich der Zentren bereits erfasst. Die Therapie ist mit 75 QI am stärksten repräsentiert, es folgen Diagnostik mit 31 und Klassifikation/Histologie sowie „Weitere“ mit jeweils 27 von insgesamt 170.

Diskussion: Die vorliegenden Daten zeigen, dass eine Umsetzung von Leitlinienempfehlungen über Qualitätsindikatoren machbar ist, jedoch nur einen Teil der Leitlinieninhalte abbilden kann. Insgesamt konnten 35 % aller starken Empfehlungen in ratenbasierte QI umgesetzt werden. Fehlende Operationalisierbarkeit, Messbarkeit, Datenverfügbarkeit, fehlendes Verbesserungspotential in der Versorgung u. a. waren Gründe hierfür. Ergebnisse der in Zentren erhobenen und ausgewerteten QI konnten bereits an die Leitliniengruppen berichtet werden, sodass diese für die LL-Aktualisierung seitens der Erstellergruppe berücksichtigt werden konnte.

Fazit: Die Implementierung von leitlinienbasierten QI ist grundsätzlich möglich und liefert somit wichtige Informationen über die leitlinienkonforme Versorgung. Nicht alle Versorgungsbereiche sind gleichermaßen abbildbar. Darüber hinaus sind für eine umfassende Darstellung der Qualität weitere Aspekte wie vor allem Patient Reported Outcomes zu berücksichtigen.

Literatur

1. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2017) Entwicklung von leitlinienbasierten Qualitätsindikatoren. Methodenpapier für das Leitlinienprogramm Onkologie, Version 2.1. <http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/methodik/informationen-zur-methodik/>. Zugegriffen: 11. Nov. 2018
2. Follmann M, Schadendorf D, Kochs C et al Quality assurance for care of melanoma patients based on guideline-derived quality indicators and certification. J Dtsch :

Q-04: Grenzen und Möglichkeiten der OncoBoxresearch als Instrument der Versorgungsforschung

Christoph Kowalski^{*1}, Andreas Kämmerle², Simone Wesselmann³, Olaf Ortman⁴

¹Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Bereich Zertifizierung, Berlin, Deutschland; ²OnkoZert GmbH, Neu-Ulm, Deutschland; ³Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Berlin, Deutschland; ⁴Caritas Krankenhaus St. Josef, Regensburg, Deutschland

Hintergrund: Nach den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierte Organkrebszentren müssen zur Abbildung der vielfältigen zertifizierungsrelevanten Kennzahlen pro Patient zahlreiche Felder (Variablen) erheben, darunter Informationen zur Erkrankungsschwere, zur Art der Behandlung und zu perioperativen Komplikationen. Ergänzend und unabhängig von den Zertifizierungsanforderungen müssen die Zentren außerdem für die Klinischen Krebsregister dokumentieren, wobei viele der Felder identisch mit denen für die Zertifizierung sind. Zur Vermeidung von Doppeldokumentation werden diese Informationen gemeinsam in einer vor Ort befindlichen Anwendung, einem sog. Tumordokumentationssystem (TDS), erfasst. Zur Homogenisierung der unterschiedlichen, in den lokalen TDS vorliegenden Datenformate ist in zertifizierten Darm-, Prostata- und Brustkrebszentren die sog. XML-OncoBox im Einsatz, in die die Daten aus den TDS per entsprechender Schnittstelle eingelesen, qualitätsgesichert und – ebenfalls lokal – in einem zentrumsübergreifend einheitlichen XML-Format gespeichert werden. Die darauf aufbauende Forschungsinfrastruktur OncoBoxResearch ermöglicht den Export dieser Daten aus den Zentren und die gemeinsame Auswertung einer Vielzahl datenliefernder Zentren. Die XML-OncoBox ist bereits in mehr als 90 % der derzeit 281 zertifizierten Brustkrebszentren im Einsatz, die im Jahr 2017 mehr als 50.000 und damit mehr als 75 % der inzidenten Primärfälle in Deutschland behandelten.

Methoden: Am Beispiel der Daten ausgewählter, die XML-OncoBox nutzenden Brustkrebszentren werden die Vor- und Nachteile der Datenerfassung, die Möglichkeiten und Grenzen der Datenanalyse und die Potenziale zur Verknüpfung mit anderen Datenquellen beschrieben. Beispielhaft werden regressionsanalytisch die Determinanten der Inanspruchnahme sozialdienstlicher Beratung untersucht.

Ergebnisse: Erste Auswertungen werden zum QoCC 2019 vorliegen.

Diskussion: Zu den wesentlichen Vorteilen der Daten der XML-OncoBox zählen deren Vollständigkeit und Vollzähligkeit bezogen auf die Grundgesamtheit der PatientInnen aus zertifizierten Zentren, die Qualitätssicherung der Dokumentation, der vergleichsweise geringe Aufwand beim Zusammenführen der Daten unterschiedlicher Zentren und der unmittelbarer versorgungsrelevante Nutzen, da u. a. Leitlinieninhalte abgebildet werden können. Hinzu kommen umfangreiche Möglichkeiten der Verknüpfung mit anderen Datenquellen, beispielsweise im Rahmen von Interventions- oder Beobachtungsstudien (als Studienplattform). Wesentliche Limitation der Daten der XML-OncoBox ist deren Begrenzung auf zertifizierte Zentren. Erfahrungen und die Benennung von Vor- und Nachteilen werden zum QoCC 2019 vorliegen.

Fazit: Wird zum QoCC 2019 vorliegen.

Q-05: Arzneimitteltherapiesicherheit bei der Behandlung mit neuen oralen Antitumor-Wirkstoffen: Eine prospektive, randomisierte Untersuchung zur Förderung von Patientensicherheit, -wissen und -befinden durch klinisch pharmazeutische/klinisch pharmakologische Therapiebegleitung

Katja Schlichtig^{*1}, Pauline Dürr², Frank Dörje², Martin F. Fromm¹

¹Institut für Experimentelle und Klinische Pharmakologie und Toxikologie, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen, Deutschland; ²Apotheke des Universitätsklinikums Erlangen, Erlangen, Deutschland

Hintergrund: In den letzten Jahren ist ein zunehmender Trend hin zur Entwicklung und Verordnung oraler Tumortheraeutika festzustellen. Gegenüber der intravenösen Therapie profitieren die Patienten u. a. von einer größeren Flexibilität. Aufgrund der eigenständigen Einnahme der hoch-

komplexen Therapien benötigen die Patienten eine intensive Betreuung. Herausforderungen wie Interaktionen, Nonadhärenz und Nebenwirkungen können den Therapieerfolg gefährden. Es besteht somit ein wachsender Bedarf an einem auf orale Therapien ausgerichteten Versorgungsmodell.

Methoden: In einer prospektiven, randomisierten Studie an 300 Patienten wird untersucht, ob durch eine intensiviertere klinisch pharmazeutische/klinisch pharmakologische Therapiebegleitung über 12 Wochen die Patientensicherheit, das Patientenwissen und -befinden verbessert wird. Eingeschlossen werden erwachsene Patienten, die eine Therapie mit einem neuen oralen Antitumor-Wirkstoff beginnen – unabhängig von der Tumorentität. Die Interventionsgruppe wird mit Hilfe von selbst entwickelten Informationsmaterialien geschult und durch Nebenwirkungsmanagement begleitet. Die Ergebnisse werden mit der Kontrollgruppe verglichen, bei der nicht in den Behandlungsstandard eingegriffen wird. Primäre Zielparameter sind die Anzahl der Arzneimittelbezogenen Probleme (ungelöste Medikationsfehler und Nebenwirkungen) bezogen auf die orale Tumorthherapie sowie die Zufriedenheit mit der Medikation (TSQM-Fragebogen). Als weitere Endpunkte werden u. a. die Lebensqualität (QLQ-C30), die Adhärenz (MARS-D), das Patientenwissen (SIMS-D) und die Anzahl schwerer Nebenwirkungen erfasst.

Ergebnisse: In einem Rekrutierungszeitraum von 10 Monaten wurden für die Zwischenauswertung 75 Patienten eingeschlossen. In der Interventionsgruppe konnte die Anzahl der Arzneimittelbezogenen Probleme bezogen auf die orale Tumorthherapie gesenkt (5,24 vs. 4,15 pro Patient; $p=0,21$) und die Zufriedenheit mit der Therapie signifikant erhöht werden ($p < 0,01$). Insbesondere bei den schwerwiegenden Nebenwirkungen (\geq Grad 3) sind die Unterschiede signifikant (1,29 vs. 0,59 pro Patient; $p < 0,05$). Auch die Anzahl der ungelösten Medikationsfehler nahm deutlich ab (0,78 vs. 0,09 pro Patient; $p < 0,0001$). Die engmaschig betreuten Patienten sind zudem besser informiert und berichten über eine bessere Lebensqualität.

Diskussion: Die hohe Rate an detektierten Arzneimittelbezogenen Problemen zeigt, dass das Patientenkollektiv als Hochrisikogruppe einzustufen ist. Durch eine frühzeitige Intervention im interdisziplinären Team kann die Rate an schwerwiegenden Nebenwirkungen signifikant reduziert werden sowie das Patientenbefinden verbessert werden.

Fazit: Die Arzneimitteltherapiesicherheit bei der Behandlung mit neuen oralen Tumortherautika wird durch die Integration eines klinischen Pharmazeuten/Pharmakologen ins interdisziplinäre Betreuungsteam in hohem Maße erhöht.

Das Projekt wird durch die Deutsche Krebshilfe gefördert (Förderkennzeichen: 70112447).

Q-06: One face to the customer: Das Case Management für colorektale Patientinnen und Patienten im Rahmen von Advanced Nursing Practice im Darmkrebszentrum des Josephs-Hospitals Warendorf

Beate Wessel*

Josephs-Hospital Warendorf, Warendorf, Deutschland

Hintergrund: Im zertifizierten Darmkrebszentrum (DKZ) des Josephs-Hospitals in Warendorf erfolgt die Diagnostik und Therapie von Patienten mit einem Rektumkarzinom nach einem evidenzbasierten Behandlungspfad. Im Alltag sind in der Phase des stationären Stagings immer wieder Probleme an den Schnittstellen zwischen den beteiligten Berufsgruppen/Abteilungen zu beobachten. Dieses ruft bei Patienten sowie Mitarbeitern eine Unzufriedenheit hervor und führt zu einer Reduzierung der Struktur-, Ergebnis-, und Prozessqualität.

Methoden: Die Datenerhebungen von vier Fällen vor und nach der Einführung der Stabsstelle Advanced Practice Nurse (APN) im Handlungsfeld des Casemanagements (CMs) erfolgten in dieser Praxisforschung nach Moser durch eine Methoden- und Datentriangulation. Die quantitativen Daten aus Fallbeobachtungen bzw. Dokumentenanalysen wurden mit Hilfe der beschreibenden Statistik dargestellt. Die qualitative Auswertung der fokussierten Interviews sowie Fallbeobachtungen bzgl. verbaler/

nicht-verbaler Daten erfolgte mittels der inhaltlich-strukturierten qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz und wurde anhand des Datenanalyseprogrammes MAXQDA durchgeführt. Ein Ist- und ein Soll-Prozess mit reduzierten Schnittstellen wurde modelliert.

Ergebnisse: Das Konzept CM/APN reduziert den Mittelwert der Wartezeiten der Patienten um 57, die Leerzeiten um 81 und die Durchlaufzeiten um 60 Prozentpunkte. Nach der Intervention kann ein Anstieg der DKZ-relevanten Dokumente die 24 h nach Entlassung vorhanden sein sollten, um 27,5 Prozentpunkte verzeichnet werden. Die Mehrfacherfassungsraten der patientenbezogenen Daten reduziert sich von 81 auf 4 Prozentpunkte. Nach der Implementierung des Konzeptes gab es positive Äußerungen der Interviewten sowie positive Beschreibungen aus den Feldnotizen die die Dimensionen Zufriedenheit der Patienten, der Ärzte und die der Pflegenden mit der Koordination der Abläufe, der Kommunikation hinsichtlich der Behandlungspfadrelevanten Aktivitäten u. Ereignisse sowie der Kooperation zwischen dem ärztlichem und pflegerischem Personal betreffen.

Diskussion: In der Literatur fanden sich keine nationalen Studien, die eine Implementierung des Handlungskonzeptes CM mit einer integrierten APN-Rolle in ein DKZ aufgreifen. Dies könnte damit zu tun haben, dass sich das Rollenverständnis der APN in Deutschland nur langsam etabliert. Ferner weisen die Handlungskonzepte des CMs und deren Outcomes in nationalen Studien eine große Heterogenität auf. Daher wird internationale Literatur herangezogen. Die Diskussion betrifft auch die Frage nach der wissenschaftlichen Expertise einer zentralen Ansprechperson. Diese ist notwendig um festgefahrene Prozesse im Sinne der Patientenorientierung evidenzbasiert zu analysieren bzw. zu verändern.

Fazit: Die patientenorientierte Fallsteuerung im Kontext des CMs und im Handlungsfeld der APN als individuellen Aspekt in den linear orientierten Behandlungspfad des Stagings bei Patienten mit einem Rektumkarzinom einzufügen stellt eine Möglichkeit der Optimierung bzgl. der Struktur-, Ergebnis-, und Prozessqualität im DKZ dar. Diese Veränderung folgt dem Anspruch der Prozessorientierung des QMS DIN EN ISO 9001:2015 und der ganzheitlichen Sichtweise in der Netzwerkstruktur eines DKZs. Es bedarf weiterer Forschung ob die positiven Tendenzen durch den fallgesteuerten Soll-Prozess entstanden sind oder durch die Kompetenzen der APN.

Q-07: Studienprotokoll: Entwicklung und Umsetzung eines sektorenübergreifenden Qualitätsmanagementsystems in der Psychoonkologie

Lisa Derendorf¹, Clarissa Lemmen¹, Michael Kusch², Dusan Simic¹, Stephanie Stock¹

¹Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie (Igke), Universitätsklinikum Köln, Köln, Deutschland; ²Lebenswert e.V., Klinik I für Innere Medizin, Universitätsklinikum Köln, Köln, Deutschland

Hintergrund: Jährlich erkranken über 470.000 Menschen in Deutschland neu an Krebs [1]. Diagnose und Behandlung sind für viele Krebspatienten emotional und psychosozial belastend. Ein stabiler emotionaler und psychosozialer Zustand kann die Wirksamkeit medizinischer Therapien unterstützen und damit die Heilungschancen verbessern [2].

In der „Integrierten, sektorenübergreifenden Psychoonkologie“ (isPO) werden Krebspatienten durch eine koordinierte, strukturierte und bedarfsgerechte psychosoziale und/oder psychotherapeutische Begleitung unterstützt. Die Umsetzung soll qualitätsgesichert erfolgen. Daher werden zurzeit Strukturmerkmale, Prozesse und Qualitätssicherungsmaßnahmen für ein sektorenübergreifendes Qualitätsmanagementsystem entwickelt [3]. Ziel ist es, ein Qualitätsmanagementsystem für die sektorenübergreifende psychoonkologische Versorgung am Beispiel der besonderen Versorgungsform isPO zu entwickeln, umzusetzen und kontinuierlich zu verbessern. Methoden: Handlungsleitend ist die Programmtheorie der Evaluationsforschung sowie die Erfüllung von Anforderungen der DIN ISO Norm in der Versorgungspraxis [3, 4]. Dies wird in drei Phasen unterteilt:

(1) Es werden sektorenübergreifende Behandlungspfade auf Basis des Versorgungskonzeptes isPO erstellt. Die Modellierung orientiert sich am „Modell der integrierten Patientenwege“ des Kantonsspitals Aarau. (2) Zur

Leistungsmessung werden Qualitätsindikatoren (QI) für die psychoonkologische Versorgung entwickelt, mit deren Hilfe Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gemessen werden können. Es erfolgt eine systematische Literaturrecherche, eine Suche in Leitlinien und bestehenden QI-Datenbanken/Sets. Anschließend werden in Anlehnung an die RAND/UCLA Methode Eigenschaften der Indikatoren (Relevanz, Verständlichkeit, Praktikabilität) durch Experten bewertet [4]. (3) In der Versorgungspraxis sollen die Qualitätssicherungsverfahren auf Basis der partizipativen Qualitätsentwicklung weiterentwickelt und optimiert werden. Im PDCA-Zyklus werden Qualitätszirkel und Workshops konzipiert und durchgeführt, um das Wissen aller Beteiligten für eine ständige Verbesserung des isPO-Programms einfließen zu lassen. Ergebnisse: Es werden drei Teilergebnisse im Studienverlauf bis 2021 erwartet. Erstens sollen sektorenübergreifende Behandlungspfade für isPO vorliegen und verbindlich in der Versorgungsrealität angewendet werden. Zweitens soll ein in Qualitätsberichte eingebettetes QI-Set entwickelt sein, das Auskunft darüber gibt, in welcher Güte das Versorgungsprogramm umgesetzt wird. Drittens soll ein Methodenkoffer zur Qualitätssicherung bereitgestellt werden. Bei Studienende soll ein Qualitätsmanagementsystem vorliegen, das normenspezifische Anforderungen erfüllt und die Übertragung des isPO-Programms in das Gesundheitswesen ermöglicht.

Literatur

1. ZfKD. Krebs in Deutschland für 2013/2014.
2. Kusch, Labouvie, Hein-Nau. Klinische Psychoonkologie. Berlin, 2013
3. DIN EN 15224:2017-05 QM-Systeme für die Gesundheitsversorgung
4. DIN EN ISO 9001:2015-11 QM-Systeme - Anforderungen
5. Fitch K (2001) The Rand/UCLA appropriateness method user's manual. , Santa Monica
6. Reiter A, Fischer B, Köttling J et al (2008) ZEFQ 101(10):683–688

Q-08: Survival of patients with advanced solid tumors who received their treatment in community-based oncology group practices is longer compared to registry data and comparable to randomized controlled trials (RCT)

Rudolf Weide^{*1}, Geothy Chakupurakal¹, Stefan Feiten², Vera Friesenhahn², Kristina Kleboth², Hubert Köppler¹, Julia Lutschkin², Jörg Thomalla¹, Christoph van Roye¹, Oswald Burkhard³, Bernhard Rendenbach⁴, Ute Braun⁵, Peter Ehscheidt⁶, Marcel Reiser⁷, Jochen Heymanns¹

¹Praxisklinik für Hämatologie und Onkologie, Koblenz, Deutschland; ²Institut für Versorgungsforschung in der Onkologie, Koblenz, Germany; ³Internistische Gemeinschaftspraxis Hämatologie, Onkologie, Palliativmedizin, Worms, Germany; ⁴Gemeinschaftspraxis für Hämatologie, Onkologie und Nephrologie, Trier, Germany; ⁵Gemeinschaftspraxis für Hämatologie und Onkologie, Ludwigshafen, Germany; ⁶Onkologische Praxis Dr. Ehscheidt, Praxis für Hämatologie und Onkologie, Neuwied, Germany; ⁷PIOH – Praxis Internistische Onkologie und Hämatologie, Cologne, Germany

Background: Approximately 600,000 cancer patients are treated each year in specialized oncology group practices in Germany. Preliminary work has shown that patients receiving palliative treatment in an outpatient setting live significantly longer than comparable patients in tumor registries. The reasons for this remain speculative but could be due to the therapeutic experience of the oncologists, state-of-the-art treatment, high adherence with medications and involvement of caregivers.

Results from randomized controlled trials (RCT) are not transferable to routine care due to necessary inclusion and exclusion criteria. Thus data are needed that reflect treatment reality in routine care where unselected patients receive their treatment close to their place of living to decide whether results and treatment recommendations from RCT can be transferred into routine care. We therefore compared different aspects of quality of care between RCT/tumor registries and health services research data from community based oncology group practices, especially treatment outcome (overall survival). Method: All consecutive patients suffering from a metastatic or locally advanced inoperable tumor of the breast, lung, colorectal or pancreas who received their treatment in oncology group practices in Germany between 1995 and 2017 were evaluated

retrospectively. No patients were excluded. Relevant clinical data concerning diagnosis, treatment and survival were extracted from patient files into a database and analyzed statistically using SPSS.

Results: 2947 patients with metastatic/locally advanced inoperable cancer were analyzed. 1318 suffered from metastatic breast cancer, 736 from non-small cell lung cancer (29% locally advanced, 71% metastatic), 569 from colorectal cancer (5% locally advanced, 95% metastatic) and 324 from pancreatic cancer (26% locally advanced, 74% metastatic). Data from lung and colorectal cancer were monocentric, data from breast and pancreatic cancer were collected in 5 and 4 institutions respectively. Overall survival (OS) data compared favorably with registry data and were comparable to RCT. In breast cancer 5 year OS was 32.4% in comparison to 23.5–27.0% in registries. 3 year OS for patients with metastases was 25.9%, 14.1% and 5.6% respectively in colorectal, lung and pancreatic cancer. Data from registries were 20.9–24.0% for colorectal cancer, 7.0–12.0% for lung cancer and 3.6–7.0% for pancreatic cancer.

Discussion: Survival of patients with advanced solid tumors of the breast, lung, colorectal and pancreas is longer compared to registry data and is comparable to RCT if patients receive their treatment in oncology group practices. This may be due to the constant doctor-patient-relationship and the fact that all patients are treated by senior oncologists.

Conclusion: Results from RCT are transferable to routine care if treatment results of patients with similar characteristics are compared. Modern therapies which have improved outcome in RCT are quickly integrated into routine care.

Q-09: Entscheidungskommunikation in multidisziplinären Tumorkonferenzen im Rahmen der Behandlung von Brustkrebspatient*innen

Barbara Schellenberger^{*1}, Annika Diekmann¹, Christian Heuser¹, Nicole Ernstmann², Lena Ansmann³

¹Bonn, Deutschland; ²Universitätsklinikum Bonn, Forschungsstelle für Gesundheitskommunikation und Versorgungsforschung, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Bonn, Deutschland; ³Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg, Deutschland

Hintergrund: In multidisziplinären Tumorkonferenzen (MTK) wird entschieden, welche Empfehlungen den Patient*innen für die weitere Behandlung gegeben werden [1]. Dabei hängen Kommunikation und Entscheidungsfindung während der MTK eng zusammen [2], so dass sich kommunikative Prozesse auf die Behandlungsplanung auswirken könnten. Um den Prozess der Entscheidungsfindung in der MTK zu verstehen, ist daher die Analyse der Kommunikation notwendig. Konzeptioneller Rahmen ist die Ethnomethodologie, in der davon ausgegangen wird, dass die soziale Wirklichkeit durch alltagspraktische Handlungen geschaffen wird [3].

Ziel der explorativen Studie ist es, die Entscheidungskommunikation während der MTK zu analysieren. Es soll herausgearbeitet werden, welche Sprechhandlungen die Teilnehmer*innen hierbei in der Interaktion anwenden. Methoden: Im Rahmen der PINTU-Studie (gefördert von der Deutschen Krebshilfe) werden ca. zehn MTK in sechs Brustzentren beobachtet und per Audio aufgezeichnet. Diese Aufzeichnungen werden transkribiert und anschließend mithilfe der Konversationsanalyse qualitativ untersucht. Dabei wird der Fokus auf die Entscheidungskommunikation der einzelnen Fälle gelegt. Diese wird als Prozess verstanden, welcher der alleinigen Äußerung der Entscheidung vorausgeht. Somit kann Entscheidungskommunikation anhand des Transkripts als fortlaufender Prozess abgebildet werden. Die Analyse erfolgt sequenziell und es werden einzelne Interaktionspraktiken untersucht. Hierzu gehören unter anderem Sprecherwechsel und Nachbarschaftspaare, also z. B. Fragen und (Verweigerung von) Antworten.

Ergebnisse: Da die Datenerhebung derzeit durchgeführt wird, kann über finale Ergebnisse noch keine Aussage getroffen werden. Diese werden bis zum Kongress in ausgewerteter Form vorliegen.

Diskussion: In der Versorgungsforschung wird häufig die Inhaltsanalyse als qualitative Auswertungsmethode verwendet. Daneben kann die An-

wendung weiterer Verfahren, wie der Konversationsanalyse, hilfreich sein, um zusätzliche Erkenntnisse zu generieren. Da im Rahmen dieser Arbeit eine begrenzte Fallzahl mit einem qualitativen Analyseverfahren ausgewertet wird, sind die Ergebnisse nur eingeschränkt generalisierbar und als erste Indizien zu verstehen.

Fazit: Diese Arbeit soll erste Hinweise dazu liefern, wie der Prozess der Entscheidungsfindung im Hinblick auf die Behandlungsempfehlung in der Kommunikation zwischen Versorger*innen konstruiert wird.

Literatur

1. Ansmann L, Kowalski C, Pfaff H, Wuerstlein R, Wirtz MA, Ernstmann N (2014) Patient participation in multidisciplinary tumor conferences. *Breast* (Edinburgh, Scotland). 23(6):865–869. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2014.09.004>
2. Devitt B, Philip J, McLachlan S.-A (2010) Team dynamics, decision making, and attitudes toward multidisciplinary cancer meetings. *Health professionals' perspectives. J Oncol Pract* 000023(6):2010. <https://doi.org/10.1200/JOP>
3. Garfinkel H (2011) *Studies in ethnomethodology* (Reprinted.). Polity Press, Cambridge

Q-10: Die PCO-Studie zur Erfassung von Patient-Reported Outcomes in der Routineversorgung lokal Behandelter Prostatakrebspatienten – Fortschrittsbericht

Christoph Kowalski^{*1}, Alisa Oesterle², Rebecca Hein³, Günter Feick⁴, Günther Carl⁵, Simone Wesselmann⁶, Sebastian Dieng², für die PCO-Studiengruppe⁷

¹Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Bereich Zertifizierung, Berlin, Deutschland; ²Onkozert GmbH, Neu-Ulm, Deutschland; ³Uniklinik Köln, Köln, Deutschland; ⁴BPS e.V., Bonn, Deutschland; ⁵FHbP, Bonn, Deutschland; ⁶Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Berlin, Deutschland; ⁷PCO-Studiengruppe, Bonn, Deutschland

Hintergrund: Die Messung sowohl der klinischen als auch der vom Patienten berichteten Ergebnisqualität ist sowohl für die klinische Entscheidungsfindung als auch für Qualitätsentwicklungsmaßnahmen unerlässlich. In diesem Beitrag wird die Implementierung der PCO (Prostate Cancer Outcomes)-Studie beschrieben, eines multizentrischen papier- und webbasierten Systems zur Erfassung der von Patienten berichteten Ergebnisqualität in der Routineversorgung lokal behandelter Prostatakrebspatienten. Die PCO-Studie ist Teil des von Movember finanzierten TrueNTH-Registers und ein Gemeinschaftsprojekt von Selbsthilfe (Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe, Förderverein Hilfe beim Prostatakrebs), Deutscher Krebsgesellschaft und OnkoZert und mittlerweile über 70 Prostatakrebszentren (PZ) in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Der Beitrag stellt das Studiendesign vor und gibt einen Fortschrittsbericht nach den ersten zwei Jahren der Datenerhebung.

Methoden: Prostatakrebszentren (PZ), die gemäß den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert wurden, wurden zur Teilnahme an der PCO-Studie eingeladen. Teilnehmende Patienten mit lokal behandeltem Prostatakarzinom füllen prätherapeutisch und mindestens einmal (nach 12 Monaten) nach der Behandlung einen Fragebogen zu spezifischen Symptomen und Funktionseinschränkungen (EPIC-26) aus. Die Befragungsdaten werden mit klinischen Informationen zu Erkrankung und Behandlung abgeglichen, pseudonymisiert und zentral ausgewertet. Wir berichten über den Fortschritt der PZ- und Patienten-Inklusion, die Ausschöpfungsquote, Unterschiede zwischen Online- und Papiernutzung zwischen den Zentren sowie über die Datenqualität einschließlich der unterschiedlichen Rekrutierung je nach Behandlung in den ersten PZ, die Daten an das lokale Datenkoordinierungszentrum übertragen haben.

Ergebnisse: Die PZ-Beteiligung erhöhte sich im Laufe der Zeit, wobei 44 PZ zum Zeitpunkt des ersten Datentransfers im April 2018 Daten von 3094 Patienten übertrugen. Die Patientenrekrutierung variierte stark zwischen den Zentren. Die Rekrutierung war bei Patienten mit radikaler Prostatektomie am höchsten. Die Vollständigkeit der Daten war zufriedenstellend, mit Ausnahme der Erfassung von Komorbiditäten.

Diskussion: Die PCO-Studie profitiert von einem seit zehn Jahren etablierten System zur Qualitätsverbesserung (DKG-Zertifizierung), dass die Erhebung eines vordefinierten Datensatzes in allen Zentren erfordert. Die

Einrichtung einer PRO-Routine erfordert jedoch erhebliche Anstrengungen der Zentren und ein konsequentes Monitoring, um eine hohe Datenqualität zu erreichen.

Fazit: Die Zusammenarbeit mit PZ und die Überwindung organisationspezifischer Schwierigkeiten sind von zentraler Bedeutung. Die Ergebnisse können von ähnlichen Initiativen als Orientierung für die Umsetzung ähnlicher Vorhaben verwendet werden.

Session P – Psychosoziale Versorgung und E-Health: 28.03.2019, 18.15–19.15 Uhr

P-01: Begleitung von Brustkrebspatientinnen unter laufender Chemotherapie – Erste Ergebnisse der Pilotierung einer smartphone-basierten Anwendung zur psychosozialen Unterstützung von Krebspatienten (MIRA)

Anne Klein^{*1}, Jochen Ernst², Anja Mehnert-Theuerkauf³

¹Leipzig, Deutschland; ²Universitätsklinikum Leipzig, University of Leipzig, Department of Medical Psychology and Medical Sociology, Leipzig, Deutschland; ³Universitätsmedizin Leipzig, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Leipzig, Deutschland

Hintergrund: Brustkrebs ist das häufigste Karzinom der Frau. Es zeigen sich hohe Prävalenzen an Depressionen und Angsterkrankungen, gerade in der Gruppe mit Chemotherapie. Mit Hilfe der digitalen Medizin können potentielle Interventionsmöglichkeiten zur psychosozialen Unterstützung der Patientinnen entwickelt werden.

Methoden: Unter laufender Chemotherapie erhalten 25 Patientinnen in einem Brustzentrum Zugang zu der personalisierten App MIRA, welche über diverse digitale Medien genutzt werden kann. MIRA ermöglicht u. a. eine tägliche Symptomabfrage sowie Bereitstellung multipler Informationsmaterialien und eigenständiger Interventionsmöglichkeiten. Zum Vergleich werden 10 Patientinnen ohne MIRA einbezogen. Vor bzw. nach Beendigung der initialen Therapie erfolgte die Befragung per Fragebogen. Im Anschluss werden qualitative Interviews mit 5 Patientinnen bzw. Versorgern (Ärzte, Psychologe) zur Exploration der Themen durchgeführt.

Ergebnisse: Aktuell laufen die Rekrutierung der Probanden und die Durchführung der Befragung. Ergebnisse werden auf dem Kongress präsentiert. Mit der App MIRA soll eine Verbesserung der psychosozialen Situation der Patientinnen verbunden sein. Es werden Ergebnisse zur Integration der App in das klinische Setting erwartet und Hinweise für eine optimierte Fortführung des Projektes.

Diskussion: Die MIRA App (eine Smartphone-basierte Anwendung zur psychosozialen Unterstützung von Krebspatienten) der Firma Fosanis wird in vorliegender Studie in einer Pilotierung erprobt (10/2017-3/2019). Ziele der Studie sind (1.) die Überprüfung der Machbarkeit und Praktikabilität der Anwendung für Brustkrebspatienten im Verlauf der Akutbehandlung und (2.) die Prüfung der Wirksamkeit dieser Anwendung in Hinblick auf die Belastungsreduktion und die Verbesserung der Gesundheitskompetenz. Die Studie wurde vom Studienboard der Deutschen Krebsgesellschaft positiv bewertet (Registrier-Nr.: ST-U066).

Fazit: siehe Diskussion.

P-02: Implementation of an ehealth support system in outpatient cancer therapy: an evaluation

Verena Hofmann^{*1}, Rachel Würstlein², Florian Schindler³, Laura Lippert⁴, Tanja Eggersmann⁵, Christoph Riese⁶, Katja Brudy⁷, Michaela Kuchenbeiser⁸, Nadia Harbeck⁸, Timo Schinköthe⁹

¹Cankado Service GmbH, Breast Center and CCC Munich, University of Munich (LMU), Martinsried, Germany; ²Breast Center and CCC Munich, University of Munich (LMU), Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, CCC of LMU, Brustzentrum Frauenklinik, Munich, Germany; ³Cankado Service GmbH, Martinsried, Germany; ⁴Cankado Service GmbH, Martinsried, Germany; ⁵Breast Center and CCC Munich, University of Munich (LMU), Munich, Germany; ⁶Cankado Service GmbH, Cologne, Germany; ⁷Johannes Gutenberg University, Mainz, Germany; ⁸Breast Center and CCC Munich, University of Munich (LMU), Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Klinikum der Universität München, Munich, Germany; ⁹Cankado Service GmbH, Institute for Innovation and Medicine, Kirchheim, Germany

Background: With the enhanced use of oral therapies in oncology care, both patients and healthcare professionals (HCPs) face enormous challenges during therapy. Patients benefit from an outpatient therapy setting due to a higher quality of life, but at the same time substantial problems such as lack of adherence or the occurrence of side effects may arise. EHealth support aiming at improved care and therapy management constitutes a reasonable answer to such problems. While current eHealth solutions often require remote monitoring of electronic Patient Reported Outcomes (ePROs), the eHealth platform CANKADO and the implemented PRO-React feature does not. PRO-React, a symptom-based automated feedback, assists patients in their global health status documentation on a daily basis and dynamically triggers symptom questionnaires. A built-in automated analysis provides patient-tailored recommendations. They are for example asked to discuss the symptoms with their physician or to visit them immediately. The PROs are shared in real-time with the treating team, and thus help in noticing events with only minimal daily documentation effort and assist in reacting to patients' needs. This project evaluates the use of the PRO-React feature from patients' and HCPs' perspective. It aims to provide a best-practice example for a successful and sustainable implementation of eHealth support in an outpatient setting.

Methods: Three independent use cases represented by three different data collections were conducted first to evaluate patients' opinion on eHealth, and second, to evaluate the eHealth platform CANKADO. Several entities and two different sites applying CANKADO in routine care were included. First, a paper-pencil questionnaire was used to examine breast cancer patients' readiness for and acceptance of eHealth. Second, after a defined time of actively using CANKADO, patients were provided with an online questionnaire which evaluates their user behavior.

Results: The results of the first case-study show that patients' readiness for eHealth enormously increased over the last few years. Even elderly patients are now used to tablets, computers, and smartphones which are the prerequisite for continuous eHealth support. Patients already use the Internet actively for various purposes, and therefore, also appreciate additional eHealth support. The second and third use cases involving active CANKADO users reveal that the majority of them integrates CANKADO into their daily lives on a daily or weekly basis. A factor enabling successful implementation is an introductory training before applying the eHealth platform. Patients report that the regular use helps them to be better prepared for the next consultation and to better understand side-effects.

Discussion: Given the increasing acceptance of digital support, eHealth constitutes a helpful supportive care tool during cancer therapy. Most importantly, HCPs need to educate their patients before the first use to assist them in integrating eHealth support into their daily lives, and thus, benefit from this additional support.

Conclusion: The implementation of the PRO-React feature in CANKADO ensures better care in an outpatient setting due to improved interaction between patients and HCPs. The use cases described in this paper provide evidence, that it is an appreciated additional support not only to patients' treatment, but also constitutes a clinically useful feature for HCPs.

P-03: IKNOW II: Onlinegestützte Beratung zu Risikofaktoren und Lebensstiländerungen bei BRCA1/2-Mutationsträgerinnen

Friederike Kendel^{*1}, Dorothee Speiser², Caren Hilger¹, Gudrun Rauwof³, Laura Besch¹, Markus Feufel³

¹Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Psychologie, Berlin, Deutschland; ²Charité – Universitätsmedizin Berlin, Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs, Berlin, Deutschland; ³Technische Universität Berlin, Fachbereich Psychologie und Arbeitswissenschaft, Berlin, Deutschland

Hintergrund: Frauen mit einer BRCA1/2 Genmutation haben ein deutlich erhöhtes Risiko einer Brust- oder Eierstockkreberkrankung. Das Wissen um die Genmutation ist häufig mit einer großen Krankheitsunsicherheit und Angst verbunden. Nach der Mitteilung des positiven Gentestbefundes steht zunächst das Verständnis der Erkrankungsrisiken und der prophylaktischen Maßnahmen im Vordergrund. Langfristig suchen Ratsuchende dann verstärkt nach Informationen zu Lebensstiländerungen und Möglichkeiten, ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität zu verbessern. Mit iKNOW wird ein online-gestütztes Beratungstool entwickelt, das zusätzlich zu Risikoinformationen evidenzbasierte Informationen zu Lebensstiländerungen und psychosozialen Themenbereichen vermittelt. Das Beratungstool soll die Selbstreflexion anregen und sich dem Risikoprofil und dem Informationsbedürfnis der Ratsuchenden anpassen. Methoden: Mit Fokusgruppeninterviews und Online-Befragungen von Experten (BRCA1/2-Mutationsträgerinnen sowie Fachärzt*innen) wurde der Bedarf an weiterführenden Informationen ermittelt.

Ergebnisse: Weiterführende und besonders relevante Themenbereiche umfassten u. a. Rauchen, körperliche Aktivität, Ernährung, Stressmanagement, Partnerschaft, Familienplanung und Informationen zu sozialrechtlichen Fragestellungen.

Diskussion: Die ermittelten Themenbereiche werden interaktiv aufbereitet: zum einen soll die Ratsuchende auf Wunsch ein Feedback zu ihren Risikofaktoren bekommen, zum anderen sollen die Empfehlungen an das Risikoprofil und das Informationsbedürfnis angepasst werden. Alle Informationen, die zur Verfügung gestellt werden, orientieren sich an der aktuellen verfügbaren Evidenz.

Fazit: Das Beratungstool iKNOW soll zukünftig die ärztliche Beratung von Frauen mit BRCA1/2-Genmutation unterstützen. Erstens sollen Inhalte des Beratungsgesprächs auch nach der Beratung noch zur Verfügung stehen. Zweitens soll die Beratung um Inhalte ergänzt werden, die zunächst weniger relevant erscheinen, jedoch im Verlauf der Anpassung an die neue Situation relevant werden.

P-04: Online-Unterstützungsangebot für Patienten unter Chemotherapie (OPACT)

Miriam Grapp¹, Andreas Ihrig^{*2}, Imad Maatouk³

¹Universitätsklinik Heidelberg, Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Sektion Psychoonkologie, NCT, Heidelberg, Deutschland; ²Universitätsklinik Heidelberg, Sektion Psychoonkologie, NCT, Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Heidelberg, Deutschland; ³Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Hintergrund: Internetbasierte Interventionen in der Psychoonkologie sollen bestehende Versorgungslücken schließen und Patienten erreichen, die aufgrund von Scham, körperlichen Einschränkungen oder eingeschränkter Mobilität psychoonkologische Face-to-Face Angebote nicht in Anspruch nehmen. Supportive Angebote für Krebspatienten in einem frühen Erkrankungsstadium existieren bisher allerdings kaum. Ziel der vorliegenden Studie ist daher die Entwicklung und Evaluation eines Online-Unterstützungsangebots für Patienten unter Chemotherapie (OPACT).

Methoden: Von Januar bis Juni 2018 wurden $n = 41$ Patienten, die in den Tageskliniken am Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen in Heidelberg (NCT) eine ambulante Chemotherapie erhalten, in die Studie eingeschlossen. Die Studienteilnahme war unabhängig von Tumorentität und -stadium. Die Bearbeitungsdauer für OPACT beträgt 4 bis 8 Wochen. Im

Rahmen von halbstrukturierten Befragungen wurden zu Beginn (T1) und nach Abschluss der Intervention (T2) qualitative und quantitative Daten erhoben, die die Machbarkeit, Durchführbarkeit und Akzeptanz von OPaCT erfassen.

Ergebnisse: Von den 41 Patienten sind 76 % ($n=31$) weiblichen Geschlecht. Der Altersrange liegt zwischen 31 und 70 Jahren ($M=49$ Jahre, $SD=11,53$ Jahre). Die häufigsten Tumorerkrankungen in der Stichprobe sind Mammakarzinom ($n=19$, 46,3 %) und Prostatakarzinom ($n=5$, 12,2 %). $N=21$ Patienten (51,2 %) haben das Programm bereits abgeschlossen, $n=3$ Patienten (7,3 %) haben OPaCT abgebrochen und die übrigen $n=17$ (41,5 %) befinden sich noch in der aktiven Bearbeitung. Die ersten Ergebnisse zum Nutzerverhalten zeigen einen hohen Grad an Adhärenz und eine hohe Zufriedenheit der Teilnehmer.

Diskussion: Die ersten Ergebnisse der teilnehmenden Patienten zeigen eine hohe Zufriedenheit mit OPaCT und eine im Vergleich zu anderen webbasierten Interventionen eine geringe Abbruchrate. Sollte sich die Machbarkeit und Durchführbarkeit von OPaCT im Rahmen dieser Studie weiter bestätigen, wird im Anschluss daran der Einfluss von OPaCT auf die psychische Belastung und die Selbstwirksamkeit der Patienten im Rahmen eines RCTs überprüft.

Fazit: Die hier vorgestellte Intervention ist für Patienten unter Chemotherapie geeignet, da sie sich verschiedenen psychosozialen Themen widmet, die gerade in einem frühen Stadium der Erkrankung relevant sind (z. B. Umgang mit der Krebsdiagnose, krankheitsspezifische Stresssituationen, Nebenwirkungen der Chemotherapie).

P-05: Zusammenhänge zwischen Patienten- sowie Zentrumsmerkmalen und der Inanspruchnahme psychoonkologischer Beratung in Prostatakrebszentren: Eine Mehrebenenanalyse

Clara Breidenbach^{*1}, Sebastian Dieng², Simone Wesselmann¹, Alisa Oesterle², Ernst-Günther Carl³, Günter Feick⁴, Christoph Kowalski¹

¹Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Berlin, Deutschland; ²Onkozeit GmbH, Neu-Ulm, Deutschland; ³Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e. V., Bonn, Deutschland; ⁴Förderverein Hilfe bei Prostatakrebs, Bonn, Deutschland

Hintergrund: Krebsbetroffene sind aufgrund krankheitsbedingter Symptome und Behandlungsnebenwirkungen starken psychischen Belastungen ausgesetzt, die negative Auswirkungen auf die Lebensqualität und das Überleben haben können. Somit stellen psychoonkologische Angebote wichtige Instrumente der Krebsversorgung dar und das psychoonkologische Screening ist in von der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. zertifizierten Zentren für jeden Patienten obligatorisch. Auch bei vielen Prostatakrebspatienten, die häufig von beeinträchtigter sexueller Funktionsfähigkeit und Inkontinenz nach chirurgischen und hormonellen Eingriffen betroffen sind, gibt es psychoonkologischen Beratungsbedarf. Allerdings zeigt sich, dass die psychoonkologische Inanspruchnahme zwischen Prostatakrebszentren stark variiert. Es gilt herauszufinden, inwieweit strukturelle Zentrumsmerkmale und patientenindividuelle Eigenschaften diese Unterschiede zwischen den Prostatakrebszentren erklären können.

Methoden: Für einen risikoadjustierten Vergleich der Prostatakrebszentren wurde eine Mehrebenenanalyse durchgeführt. Dazu wurden die Daten von $n=2766$ Prostatakrebspatienten aus 43 zertifizierten Prostatakrebszentren in Deutschland genutzt, die im Rahmen der Prostate Cancer Outcome (PCO)-Studie erhoben wurden.

Ergebnisse: Es zeigt sich, dass Patienten mit lokal-begrenzt hohem Risiko signifikant häufiger psychoonkologische Betreuung in Anspruch nehmen als Patienten mit lokal-begrenzt mittlerem Risiko. Hinsichtlich der Behandlungsart nutzen strahlentherapierte sowie Active Surveillance (AS)/ Watchful Waiting (WW)-Patienten seltener psychoonkologische Angebote als Patienten, die sich einer Radikalen Prostatektomie (RPE) unterziehen. In Bezug auf die strukturellen Zentrumsmerkmale ist die psychoonkologische Inanspruchnahme in Universitätskliniken systematisch niedriger ist als in akademischen Lehrkrankenhäusern. Der Bildungs- und

der Versicherungsstatus der Patienten zeigen sich nicht als signifikante Prädiktoren für die Nutzung psychoonkologischer Beratung.

Diskussion: Die Ergebnisse bestätigen zunächst die Varianz der Inanspruchnahme psychoonkologischer Beratung zwischen Prostatakrebszentren, wobei angemerkt werden sollte, dass sich die Studieneinschlussquote zwischen den Zentren stark unterscheidet. Des Weiteren ist hinsichtlich der Ergebnisvalidität auf die Unterrepräsentanz Strahlentherapiierter in der Stichprobe im Vergleich zu Patienten mit RPE hinzuweisen.

Fazit: Das Risikoprofil des Patienten, die Behandlungsart und der Lehrstatus des Zentrums konnten als Prädiktoren für die Varianz bei der Inanspruchnahme von psychoonkologischen Angeboten in Prostatakrebszentren identifiziert werden, sollten jedoch unter Rücksichtnahme der genannten Limitationen interpretiert werden. In zukünftigen Untersuchungen gilt es demzufolge, den Ursachen der Unterschiede zwischen den Behandlungsarten auf den Grund zu gehen; inwieweit diese auf die Behandlungseffekte oder auf die geringe Studienteilnahme in der Strahlentherapie zurückzuführen sind. Ferner sollte zukünftig thematisiert werden, inwieweit die systematisch unterschiedliche psychoonkologische Inanspruchnahme zwischen akademischen Lehrkrankenhäusern und Universitätskliniken aus der unterschiedlichen Nutzung des psychoonkologischen Screenings resultiert.

P-06: Die psychosoziale Versorgungssituation von Krebspatienten im jungen Erwachsenenalter (AYA): Unterstützungsbedürfnisse und Inanspruchnahme

Annekathrin Sender^{*1}, Michael Friedrich¹, Katja Leuteritz¹, Erik Nowe¹, Kristina Geue²

¹Universitätsmedizin Leipzig, Department für Psychische Gesundheit, Leipzig, Deutschland; ²Universitätsmedizin Leipzig, Department für Psychische Gesundheit, Leipzig, Deutschland

Hintergrund: Junge erwachsene Krebspatienten sind u. a. aufgrund ihrer hohen Überlebensrate, aber auch einer erhöhten psychischen Belastung in den letzten Jahren vermehrt in den wissenschaftlichen Fokus gerückt. Forschungsbefunde weisen auf einen Mangel an angemessener Versorgung hin, bieten aber bis heute wenig Einblick in die aktuelle psychosoziale Versorgungssituation dieser Patientengruppe.

Methoden: Krebspatienten, die zwischen 18 und 39 Jahren an Krebs erkrankt sind, wurden deutschlandweit nach Abschluss der Akutbehandlung befragt. Erhoben wurden die Unterstützungsbedürfnisse (SCNS-SF34-G, Skala von 0 bis 100) sowie die psychosoziale Versorgungssituation (Information, Inanspruchnahme und Zufriedenheit) mit selbstentwickelten Items. Assoziationen zwischen den Unterstützungsbedürfnissen sowie der Inanspruchnahme mit soziodemographischen, krankheitsbezogenen und psychosozialen Variablen wurden untersucht.

Ergebnisse: Es liegen Daten von 514 Krebspatienten ($M=23,9$, $SD=8,2$ Monate nach Diagnose) vor. Bedürfnisse nach psychologischer Unterstützung ($N=384$, $M=32,1$, $SD=27,5$) und Informationen ($N=343$, $M=29,0$, $SD=29,7$) waren am häufigsten unerfüllt. Ein höherer Bedarf an Unterstützung war in allen 5 SCNS-SF34-Domänen mit einem höheren Aufwand der Krankheitsbewältigung (PACIS) assoziiert. 54 % ($N=279$) gaben an, dass psychologische und 45 % ($N=229$) sozial-rechtliche Beratung zur Verfügung standen. Das weibliche Geschlecht und erhöhte Ängstlichkeitswerte waren mit einer erhöhten Inanspruchnahme psychologischer Beratung verbunden.

Diskussion: Junge Erwachsene Krebspatienten berichteten vor allem psychologischen und informativen Unterstützungsbedarf. Dabei nimmt die erlebte Mühe zur Bewältigung der Erkrankung eine Schlüsselposition ein. Da nur etwa jeder zweite Befragte sich der psychologischen und sozialen Versorgungsangebote bewusst ist, muss oder sollte die Sichtbarkeit psychoonkologischer Nachsorgemöglichkeiten verstärkt werden.

Fazit: Die Vermittlung von adaptiven Coping Strategien zur Bewältigung der Erkrankung sollte sich vermehrt in der Umsetzung von alters- und bedarfsspezifischen Angeboten für junge Erwachsene mit Krebs wiederfinden.

P-08: Zufriedenheit von erwerbstätigen Brustkrebspatientinnen mit der onkologischen Rehabilitation

Lena Röbbel, Siegfried Geyer, Dorothee Noeres*

Medizinische Hochschule Hannover, Medizinische Soziologie, Hannover, Deutschland

Hintergrund: Eigene Analysen zeigen, dass eine problematische Situation bzw. Konflikte am Arbeitsplatz maßgeblich zu einer Reha-Teilnahme nach primärer Brustkrebsoperation beitragen. Unklar ist bislang jedoch, ob Brustkrebspatientinnen entsprechende Angebote in der Reha wertschätzen und sich wertvolle Anregungen für die berufliche Situation holen oder sie mit einer Reha-Teilnahme die Wiederaufnahme der Arbeit nach hinten verschieben. Vor diesem Hintergrund untersucht die vorliegende Studie folgende Fragestellung: Welche relative Wichtigkeit kommt aus Sicht von onkologischen Reha-Teilnehmerinnen nach einer primären Brustkrebsoperation den medizinisch beruflich orientierten Maßnahmen zu und inwiefern finden sie Eingang in die Gesamtbewertung der Reha-Maßnahme?

Methoden: Im Rahmen der von der DRV Bund geförderten, langfristig angelegten multizentrischen Studie „Rückkehr zur Erwerbsarbeit nach Brustkrebs“ werden erwerbstätige Patientinnen schriftlich befragt, die zwischen Dezember 2016 und Oktober 2018 in elf zertifizierten Brustzentren Niedersachsens an primärem Brustkrebs operiert wurden. Die vorliegende Teilstudie basiert auf standardisierten Fragen zur Soziodemografie, der MBOR-P-Skala, sowie auf einer leicht gekürzten Version der Rehabilitandenbefragung zur stationären somatischen Rehabilitation. Die Hauptanalysen wurden mittels logistischer Regression gerechnet. Die Frage zur Gesamtbewertung wurde dichotomisiert (sehr gut (1) und gut bzw. schlechter als gut (0)), und es flossen sowohl vollständige Zufriedenheitsskalenwerte als auch Einzelitems in das Modell ein.

Ergebnisse: Die Stichprobe besteht aus 209 an Brustkrebs operierten Frauen, die an einer onkologischen Rehabilitation teilgenommen hatten. Die Patientinnen waren zum Zeitpunkt der OP durchschnittlich 50,9 Jahre alt (SD 7,5; Range 24–63 Jahre). Für die Gesamtbewertung der onkologischen Rehabilitation spielten vor allem die Verbesserung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit ($p < 0,001$, OR = 6,4) die pflegerische Betreuung ($p < 0,001$, OR = 3,8) und die Nützlichkeit von Verhaltensempfehlungen ($p < 0,001$, OR = 1,5) eine wesentliche Rolle. Von den sieben Items der MBOR-P-Skala fand nur die Aussage „Es wurden Probleme besprochen, die nach der Reha im beruflichen Alltag entstehen könnten“ einen nachweisbar signifikanten Eingang in die Gesamtbewertung ($p = 0,02$, OR = 1,6). Keinen signifikanten Eingang hingegen fanden beispielsweise die ärztliche oder psychologische Betreuung ($p = 0,125$, OR = 0,75).

Diskussion: Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass im Gegensatz zu anderen Zielgruppen der Rehabilitation [1], für Reha-Teilnehmerinnen nach Brustkrebs nur einzelne Teilbereiche maßgeblich für eine sehr gute Gesamtbewertung der Rehabilitation sind.

Fazit: Auch wenn den Reha-Teilnehmerinnen mit Brustkrebs die Thematisierung von Problem im beruflichen Alltag wichtig erscheint, bleibt der Stellenwert der berufsbezogenen Angebote in der Reha insgesamt unklar.

Literatur

1. Schmidt J, Kriz D, Kaiser U, Nübling R (2018) Rehabilitandenzufriedenheit im Spiegel globaler und mehrdimensionaler Messungen, DRV-Schriften. Band 113:

P-09: Zusammenhänge zwischen von Brustkrebspatientinnen wahrgenommener sozialer Unterstützung durch Pflegekräfte und der Bewertung der Ablauforganisation in Brustzentren

Johanna Lubasch^{*1}, Holger Pfaff², Susan Lee³, Lena Ansmann⁴

¹Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Abteilung Organisationsbezogene Versorgungsforschung, Fakultät für Medizin und Gesundheitswissenschaften, Oldenburg, Deutschland; ²Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR), Humanwissenschaftliche Fakultät und Medizinische Fakultät der Universität zu Köln, Zentrum für Versorgungsforschung Köln, Köln, Deutschland; ³Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft, Humanwissenschaftliche Fakultät und Medizinische Fakultät der Universität zu Köln, Köln, Deutschland; ⁴Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Abteilung Organisationsbezogene Versorgungsforschung, Fakultät für Medizin und Gesundheitswissenschaften, Oldenburg, Deutschland

Hintergrund: Soziale Unterstützung hat einen Einfluss auf die Gesundheit und unterschiedliche Gesundheitsoutcomes [1]. Besonders Krebspatienten haben einen Bedarf an sozialer Unterstützung durch Verwandte, Ärzte und Pflegekräfte [2]. Inwieweit Patienten soziale Unterstützung durch Gesundheitsfachkräfte erfahren, hängt von diversen Faktoren ab [3]. Studien zu organisationalen Einflussfaktoren zeigen, dass Aspekte der Arbeitsorganisation in Krankenhäusern in einem Zusammenhang mit der Patient-Arzt-Interaktion stehen [4]. Da die Interaktion von Patienten und Pflegekräften bisher weitgehend unbeachtet blieb, wird im Folgenden der Zusammenhang von durch Patientinnen wahrgenommener sozialer Unterstützung und der Ablauforganisation (z. B. Aufnahmeprozesse, Wartezeiten, Absprachen) in Brustzentren untersucht. Um weitere Studien in diesem Themenfeld durchführen zu können, wird außerdem die Skala zur Erfassung der sozialen Unterstützung durch Pflegekräfte validiert.

Methoden: Als Datengrundlage dient die Patientinnenbefragung in Brustzentren Nordrhein-Westfalens aus 2013, da in diesem Jahr für die Validierung der Skala geeignete Konstrukte eingesetzt wurden. An der Befragung nahmen 4155 Patientinnen aus 50 Brustzentren teil (Rücklaufquote 74 %). Der Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und der Ablauforganisation wird mit einer hierarchischen Regressionsanalyse untersucht. Die Skalvalidierung erfolgt über die Aufstellung eines Strukturgleichungsmodells (Inhalts-, konvergente und divergente Validität).

Ergebnisse: Die Ergebnisse der Analysen werden zum Kongress vorliegen. Bezüglich der ersten Analyse wird ein Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und der Ablauforganisation in der Brustkrebsversorgung erwartet. Außerdem soll die Skala zur Erhebung sozialer Unterstützung als validierte Skala vorliegen.

Diskussion: Ein Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und der Ablauforganisation würde darauf hinweisen, dass organisierte Abläufe die Basis für eine unterstützende Beziehung zwischen Brustkrebspatientinnen und Pflegekräften bilden. Die validierte Skala könnte zukünftig für Untersuchungen der Patient-Pflegekraft-Interaktion genutzt werden, um die Datenlage dieses Bereichs zu erhöhen. Außerdem könnte die Skala im Bereich der Evaluation von Interventionen zur Erhöhung sozialer Unterstützung von Patienten durch Pflegekräfte im stationären Sektor Anwendung finden.

Fazit: Soziale Unterstützung durch Pflegekräfte kann in einem Zusammenhang mit der Ablauforganisation von Brustzentren stehen. Dies würde die Bedeutung von organisierten Abläufen in Versorgungseinrichtungen in einen besonderen Fokus rücken.

Literatur

1. Wang H-H, Wu S-Z, Liu Y-Y (2003) Association Between Social Support and Health Outcomes: A Meta-analysis. *Kaohsiung J Med Sci* 19:345–350
2. Landmark BT, Böhler A, Loberg K, Wahl AK (2008) Women with newly diagnosed breast cancer and their perceptions of needs in a health-care context. *J Clin Nurs* 17:192–200
3. Feldman-Stewart D, Brundage MD, Tishelman C (2005) A conceptual framework for patient-professional communication: an application to the cancer context. *Psychooncology* 14:801–809 (discussion 810-1)

4. Ansmann L, Wirtz M, Kowalski C, Pfaff H, Visser A, Ernstmann N (2014) The impact of the hospital work environment on social support from physicians in breast cancer care. *Patient Educ Couns* 96:352–360

P-10: Früherkennung psychosozialer Krisen als Chance zur Suizidprävention bei onkologischen Patientinnen

Bianca Senf¹, Christiane Gog², Paula Maiwurm^{*3}, Jens Fettel⁴

¹Universitätsklinikum Frankfurt, Universitäres Centrum für Tumorerkrankungen (Uct), Psychoonkologie, Frankfurt, Deutschland;

²Sana Klinikum Offenbach GmbH, Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Schmerztherapie und Palliativmedizin, Offenbach, Deutschland;

³Universitätsklinikum Frankfurt/Main, Universitäres Centrum für Tumorerkrankungen, Psychoonkologie, Frankfurt, Deutschland;

⁴Universitätsklinik Frankfurt, Abt. Psychoonkologie, Haus 14. 2. Og, Frankfurt am Main, Deutschland

Hintergrund: In allen Phasen der Behandlung onkologischer PatientInnen kann es zu Krisen kommen, die unerkannt zu einem Suizid führen können. Suizidalität in der Onkologie ist ein bisher wenig beachtetes Phänomen. Im Rahmen einer qualitativ hochwertigen und an Leitlinien orientierten Krebsbehandlung ist es jedoch unabdingbar, für diese dramatische Entwicklung zu sensibilisieren. Nur so können Maßnahmen zur Erkennung und dem Umgang mit suizidalen PatientInnen etabliert werden. Vor dem Hintergrund, dass allen an der Behandlung Beteiligten, insbesondere den Ärzten, eine zentrale Rolle zukommt, war ein Ziel der Online-Studie zu ermitteln, wie häufig BehandlerInnen mit suizidalen PatientInnen konfrontiert sind. Des Weiteren war von Interesse mehr über den Wissensstand von BehandlerInnen zum Thema Suizidalität zu erfahren, aber auch die Belastung im Umgang mit suizidalen Patienten und den Wunsch nach Fortbildung zur Thematik zu ermitteln.

Methoden: Ein aus 48 Items bestehender Online-Fragebogen wurde konzipiert und an Personen versendet, die PatientInnen mit onkologischen Erkrankungen versorgen. Ein Link zu dem Online-Fragebogen wurde an Häuser der Schwerpunkt- und Maximalversorgung, niedergelassene KollegInnen und Krebsberatungsstellen versandt. Quantitative Daten wurden deskriptivstatistisch ausgewertet. Freitexte wurden systematisch anhand eines aus dem Text generierten Kategoriensystems analysiert (Qualitative Inhaltsanalyse).

Ergebnisse: Es konnten 354 Fragebögen ausgewertet werden. Die Stichprobe setzt sich zusammen aus: PsychologInnen, ÄrztInnen, Psychologischen PsychotherapeutInnen und Pflegepersonal. Mindestens einmal jährlich mit suizidalen PatientInnen konfrontiert sind 295 (83 %) der Befragten. Der persönliche Kenntnisstand zur Thematik wird bei 178 (50 %) als „eher gut“ bis „sehr gut“ eingeschätzt. Im Gespräch über Suizidgedanken fühlen sich 195 (55 %) „eher sicher“, 60 (17 %) „sehr sicher“. Besondere Belastungen im Umgang mit suizidalen PatientInnen sehen 315 (89 %) in: der Unsicherheit bezüglich der Einschätzung der akuten Situation oder der eigenen Fähigkeit, strukturellen Hürden, der Verantwortung und der Furcht vor juristischen Folgen. Eine Fortbildung mit Schwerpunkten auf den Umgang mit Suizidalität, den gesetzlichen Regelungen, u. a., konzipiert von PsychoonkologInnen, ÄrztInnen, PsychologInnen, SeelsorgerInnen und JuristInnen wünschen 287 (81 %) der Befragten.

Schlussfolgerung: Die Konfrontation mit Suizidalität in der Onkologie ist häufig. Wissen und Sicherheit im Gespräch wird von ca. der Hälfte als gut bis sehr gut eingeschätzt, dennoch besteht ein deutlicher Wunsch nach Fortbildungen, die ein weites Themenspektrum beinhalten und von einem Expertenteam realisiert werden sollten. Die Unsicherheit in der (akuten) Situation stellt eine der größten Belastungen dar. Die Ergebnisse deuten an, dass sowohl die Expertise als auch die Ohnmacht zur Thematik Raum braucht und durch gezielte Fortbildungen das Wissen und der Umgang mit Suizidalität ausgebaut werden sollte. Die Sensibilisierung für das Thema und der Aufbau von spezifischem Wissen könnte einen entscheidenden Beitrag zur Suizidprävention leisten.

Session V – Versorgungskonzepte: 28.03.2019, 18.15–19.15 Uhr

V-01: Are you on the (path)way yet? a survey examining the understanding and implementation of oncological patient pathways among members of the innovative partnership for action against cancer (IPAAC) joint action

Peggy Richter*, Hannes Schlieter

Technische Universität Dresden, Professur für Wirtschaftsinformatik, Insb. Systementwicklung, Dresden, Germany

Background: In the European Guide on Quality Improvement in Comprehensive Cancer Control (CanCon Guide) patient pathways (PPs) are recognized as a valuable tool to support seamless care, patient information and guidelines implementation in comprehensive cancer control networks (CCCNs). However, there is neither a common definition of the term nor a standardized development and implementation approach. Therefore, an online survey examining the understanding of oncological PPs as well as national PP practices was conducted.

Method: The survey was carried out among members of the iPAAC consortium who are involved with oncological PPs (e.g. in PP research, development, management, usage, analysis). A pre-test with domain experts from two European countries was conducted. The final questionnaire comprised multiple choice and open questions to evaluate PP characteristics and a definition (developed based on the results of a scoping review on PPs conducted by the authors) and to collect current experiences, practices, and expectations. 19 fully completed questionnaires were received and evaluated.

Results: Regarding the terminology of PPs, the terms care pathway (44%), integrated care pathway (44%), and clinical pathway (50%) were most often mentioned as synonyms in use (multiple answers were possible). The proposed definition of PPs was broadly supported by the survey participants (89%). A PP is defined as a tool that permits the planning and management of the care process of individual patients within a group of similar patients with complex, long-term conditions. It defines the phases of care and supports mutual decision-making by the patient and a multidisciplinary care team collaborating in a comprehensive care network. Interestingly, a strong patient engagement in PP development and decision-making raised some critical voices among the participants. However, the survey participants broadly confirmed that PPs are a promising tool for CCCNs to increase standardization of care and to improve quality of care, care coordination, and compliance with standards. Also, CCCNs are considered to hold great potentials for providing a beneficial environment for PP utilization, e.g. by providing seamless quality care across all involved units within a CCCN, by offering good example input for PP development, or by providing technological and methodological support.

Discussion: The heterogeneous use of terms makes it difficult to clearly distinguish the PP concept from similar pathway terms. The proposed definition accepted by the majority of survey participants functions as a starting point for clarification. The results highlight individualization and inter-institutional care continuity as essential characteristics of PPs compared to care pathways or clinical pathways. To implement PPs as a practical tool for comprehensive cancer care, consensus on a common terminological and methodological basis for PP development in CCCNs seems to be essential.

Conclusion: The survey findings inform the debate on PPs and shed light on descriptive PP characteristics as well as on existing solutions and desirable advances for CCCNs in terms of PP utilization. Both the potentials and complexity of PPs were confirmed. The provision of standardized methodological support for PP development and implementation could reduce complexity and exploit potentials.

V-02: Multimodale Intervention bei Patienten mit einem kolorektalen Karzinom im Rahmen eines optimierten Versorgungsmanagements – Eine deskriptive Studie zur Versorgungsforschung

Margarete Reiter^{*1}, Michael Gerken², Gudrun Liebig-Hörb³, Alois Fürst⁴, Inge Eberl⁵, Sabine Bartholomeyczik⁶

¹Caritas-Krankenhaus St. Josef, Direktion für Pflege- und Patientenmanagement, Regensburg, Deutschland; ²Tumorzentrum Regensburg, An-Institut der Universität Regensburg, Am Biopark 9, 93053 Regensburg, Regensburg, Deutschland; ³Caritas-Krankenhaus St. Josef, Klinik für Chirurgie, Regensburg, Deutschland; ⁴Caritas-Krankenhaus St. Josef, Darmkrebszentrum, Regensburg, Deutschland; ⁵Universität Eichstätt-Ingolstadt, Eichstätt, Deutschland; ⁶Universität Witten/Herdecke, Department für Pflegewissenschaft, Gesundheit, Witten, Deutschland

Hintergrund: In Deutschland ist das kolorektale Karzinom die zweithäufigste Krebserkrankung. Patienten in den Tumorstadien III und IV entwickeln häufig einen Gewichtsverlust und leiden während einer adjuvanten und palliativen Therapie an diversen Nebenwirkungen. In den onkologischen Versorgungsstrukturen bestehen bei der Überleitung vom stationären in den ambulanten Sektor Defizite in der ambulanten Ernährungsberatung, im Nebenwirkungsmanagement und bei der Bewältigung der Krankheit im Alltag.

Methoden: Bei der Studie handelte es sich um ein exploratives deskriptives Forschungsdesign in einer quantitativen Prä-Post-Test Studie mit einer Kontroll- und einer Interventionsgruppe.

Der Patienteneinschluss erfolgte auf zwei chirurgischen Allgemeinstationen in einem zertifizierten Darmkrebszentrum. Die Datenerhebung erfolgte mit einem standardisierten Fragebogen in der Vergleichsgruppe vor der Einführung der onkologischen Pflegeambulanz ($n = 75$) und in der Interventionsgruppe zur Untersuchung der multimodalen Intervention ($n = 114$). Die Patienten erhielten von einer Diätassistentin eine stationäre Ernährungsberatung und nach Bedarf zwei bis drei ambulante Ernährungsberatungen zur Stabilisierung des Gewichts sowie zu verträglichen Nahrungsangeboten und deren Zubereitung. Außerdem erhielten sie eine stationäre onkologische Pflegefachberatung zur Vorbereitung auf die Entlassung. Während einer adjuvanten Chemotherapie wurden die Patienten von einer onkologischen Pflegefachperson zu allen Kombinationen und Intensitäten von Nebenwirkungen beraten und zur körperlichen Aktivität angehalten. Ergebnisse: Die Patienten in der Interventionsgruppe erhielten signifikant mehr Informationen zur Ernährung und zu Therapienebenwirkungen. Diejenigen die eine ambulante Ernährungsberatung in Anspruch nahmen, konnten ihre Ernährung besser auf die Erkrankung und Therapie einstellen und ihr Gewicht stabilisieren. Patienten, die eine ambulante onkologische Pflegefachberatung erhielten, konnten besser mit allgemeinen und gastrointestinalen Therapienebenwirkungen umgehen, fühlten sich mit ihren Bedürfnissen individuell wahrgenommen und hatten bis zum Therapieende einen vertrauensvollen Ansprechpartner.

Diskussion: Patienten mit einem kolorektalen Karzinom benötigen während der gesamten Therapie professionelle Hilfestellung zur Optimierung ihres Selbstmanagements. Diese Untersuchung zeigte, dass sowohl das stationäre als auch das ambulante Unterstützungsangebot im Rahmen eines pflegegeleiteten, strukturierten Beratungskonzeptes zu deutlichen Verbesserungen in den Bereichen Nebenwirkungsmanagement, Ernährung sowie Umgang mit der Krankheit und Therapie im Alltag führte.

Fazit: Die onkologische Pflegeambulanz wurde mit geregelter Finanzierung und einer hohen Patientenzufriedenheit vollständig in die Praxis umgesetzt, um poststationäre Versorgungsdefizite zu reduzieren.

Literatur

1. Ravasco P, Monteiro-Grillo I (2012) Individualized nutrition intervention is of major benefit to colorectal cancer patients: long-term follow-up of a randomized controlled trial of nutritional therapy. *Am J Clin Nutr* 96:1346–1353
2. Robert-Koch-Institut Zentrum für Krebsregisterdaten. Krebs in Deutschland. Darm -C1821. http://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebs_in_Deutschland/kid_2012/kid_2012_c18-21.pdf?_blob=publicationFile

V-03: Die Qualität der Melanombehandlung darf keine Frage des Wohnortes sein!

Maika Bergmann^{*1}, Josephine Mathiebe², Marina Lindauer³, Jochen Schmitt², Friedegund Meier¹

¹Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, Hauttumorzentrum am Universitätskrebzentrum, Klinik und Poliklinik für Dermatologie, Dresden, Deutschland; ²Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV), Dresden, Deutschland; ³Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dermatologie, Hauttumorzentrum, Dresden, Deutschland

Hintergrund: Ostdeutschland weist im Vergleich zu Westdeutschland eine signifikant höhere Fallzahl an fortgeschrittenen Tumorstadien des malignen Melanoms auf. Um regionale Behandlungs- und Versorgungsunterschiede der Patienten zu vermeiden, wird der Bedarf eines interdisziplinären Netzwerkes erforscht. Eine enge Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und Klinikärzten der Dermatologie und Onkologie ist erforderlich, um flächendeckend eine optimale und leitliniengerechte Versorgung für den individuellen Patienten zu erreichen. Ziel des Projektes ist es, explorativ inhaltliche, organisatorische, strukturelle und technische Bedarfe an ein regionales Netzwerk aus verschiedenen Perspektiven zu erfassen und zu analysieren und mögliche Barrieren als auch Ressourcen für die Umsetzung des Netzwerkes zu identifizieren.

Methoden: Die Studienregion bezog sich auf Ostachsen einschließlich der kreisfreien Stadt Dresden. Die Perspektive der unterschiedlichen Interessengruppen wurde anhand anerkannter qualitativer Verfahren erfasst. Die Datenerhebung erfolgte in separaten Gruppen anhand eines Ärztes-Workshops mit Dermatologen und Hämatonkologen aus der ambulanten und stationären Versorgung, durch Fokusgruppendifkussionen mit Melanom-Patienten/Angehörigen sowie qualitative Einzelinterviews mit Krankenkassenvertretern. Alle Erhebungen wurden mit vorab entwickelten Leitfäden geführt und entsprechend der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Ergebnisse: Aus Sicht der verschiedenen Perspektiven wurden die Bedarfe an einem Netzwerk, Optimierungspotentiale in der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Fachdisziplinen und Einrichtungen, Ziele, Vorteile, Nachteile und Barrieren eines Netzwerkes, Informationsaustausch der Akteure innerhalb des Netzwerkes sowie Ansichten zu einer elektronischen Fallakte ermittelt und analysiert.

Diskussion: Aus Sicht der verschiedenen Perspektiven wurden Optimierungspotentiale in der Zusammenarbeit zwischen den Fachdisziplinen und Einrichtungen ersichtlich, um dem Versorgungsbedarf der Melanom-Patienten in der Region gerecht zu werden.

Fazit: Die Ergebnisse stellen die Grundlage für den Aufbau eines Versorgungsnetzwerkes für Patienten mit Melanom in der Pilotregion dar. Mit der Einbindung unterschiedlicher Akteure des Gesundheitswesens in das Versorgungsnetzwerk zielen wir darauf ab, Patienten mit Melanom in ländlichen strukturschwachen Regionen eine leitliniengerechte Behandlung zukommen zu lassen.

Literatur

1. Schoffer O, Meier F, Klug SJ. Versorgungssituation beim malignen Melanom in Deutschland, 32. DKK 25. Febr. 2016. Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e. V.
2. Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. (GEKID) (2014) Malignes Melanom der Haut (C43). http://www.gekid.de/Atlas/CurrentVersion/ErgebnisseGEKIAtlasDeutschland_2015.pdf
3. Mayring P (2010) Qualitative Inhaltsanalyse. In: Psychologie, Mey G, Mruck K (Hrsg) Handbuch Qualitative Forschung in der. Springer, Wiesbaden, S 601–613

V-04: Tumorassoziertes Fatigue Syndrom – Barrieren gegen und Motivation für eine Bewegungstherapie

Johanna Sophia Frikkel^{*1}, Melanie Guyot², Stefan Kasper-Virchow², Martin Metznermacher², Mingo Beckmann², Jörg Hense², Martin Teufel³, Martin Schuler², Mitra Tewes⁴

¹Essen, Deutschland; ²Westdeutsches Tumorzentrum, Innere Klinik (Tumorforschung), Universitätsklinikum Essen, Universität Duisburg-Essen, Essen, Deutschland; ³Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Essen, Universität Duisburg-Essen, Essen, Deutschland; ⁴Westdeutsches Tumorzentrum, Innere Klinik (Tumorforschung), Universitätsklinikum Essen, Universität Duisburg-Essen, Essen, Deutschland

Hintergrund: Tumorassoziertes Fatigue Syndrom (TFS) ist ein häufiges Symptom von Tumorpatienten (ca. 60 %). Studien belegen, dass eine Bewegungstherapie (BT) TFS mindern und die Lebensqualität (QoL) verbessern kann [1]. Trotz dieser Evidenz sind nur wenige Patienten (Pt) körperlich aktiv. Derzeit gibt es wenige Informationen über Barrieren gegen und Motivation für eine BT. Diese prospektive Studie fragt die Motivation und mögliche Hindernisse für eine BT bei Pt mit Müdigkeit (M) und Schwäche (S) über den Zeitraum eines Jahres ab.

Methoden: Zwischen Mai 2017 und August 2018 wurden konsekutive Pt einer universitären internistisch onkologischen Ambulanz eingeschlossen. Pt, die mittlere bis starke M/S in einem Symptom-Fragebogen angaben, wurden gebeten einen Fragebogen zu beantworten. Angaben zu demografischen Daten, Fatigue-Score (FS) mittels FACT-F, Depressions-Score (DS) mittels PHQ8, Motivation für BT, sowie physische und soziale Hindernisse wurden zum Start und nach 3, 6 und 12 Monaten (Mo) analysiert.

Ergebnisse: Insgesamt erfüllten 440 Pt die Einschlusskriterien der Studie, von denen 154 (35 %) zur Teilnahme einwilligten. Die Mehrzahl der Pt hatte eine metastasierte Tumorerkrankung (144; 94 %). Pt hatten durchschnittlich einen moderat ausgeprägten FS (29; 4–48) und einen niedrigen DS (7; 0–19). Es bestand eine starke Korrelation zwischen ausgeprägter Fatigue (niedriger FS) und Depression (hoher DS) ($p < 0,001$; $r = -0,689$). Die meisten Pt gaben an, dass BT einen positiven Einfluss auf die QoL (93; 63 %) und den Verlauf der Krebserkrankung (96; 65 %) haben könnte. Diese Angabe korrelierte mit der Bewegungsmotivation (QoL: $r = 0,58$; $p < 0,001$; Krebserkrankung: $r = 0,48$; $p < 0,001$). Nur 25 % der Pt gaben an, sich regelmäßig zu bewegen, während 48 % der Pt (74) keine oder wenig Motivation für BT hatte. Nur 62 Pt (40 %) gaben an, Interesse an BT zu haben. Tumortherapie (114; 74 %), M (103; 67 %) und S (96; 62 %) waren die häufigsten Hindernisse für BT. Die Motivation für BT korrelierte zum DS ($r = -0,185$; $p = 0,005$) und FS ($r = 0,241$, $p < 0,001$). In der Verlaufskontrolle nach 3 Mo (82 Pt) waren im Mittel FS (28; 8–48, $p = 0,143$) und DS (8; 1–21, $p = 0,27$) nicht signifikant verändert. Der Anteil der Pt ohne Bewegungsmotivation war signifikant zunehmend (56; 69 %; $p = 0,008$), während die Teilnahme an BT nicht signifikant sank (16; 20 %; $p = 0,49$). Die Auswertungen der Mo 6 und 12 dauern an und werden präsentiert.

Diskussion: Unsere Ergebnisse zeigen eine starke Korrelation von Fatigue und Depression, bei einer guten Aufklärung der Pt über den positiven Effekt einer BT. Die Pt sind jedoch wenig motiviert eine BT durchzuführen. Dies begründen sie mit M, S und der Tumortherapie. Es zeigt sich eine signifikante Korrelation von FS und Motivation zur BT. Nach 3 Mo ist die Fatigue gleichbleibend und die Motivation zur BT abnehmend. Gezielte psychoonkologische Betreuung, Edukation über TFS und BT, sowie niederschwellige, ansprechende Bewegungsangebote könnten langfristig TFS verringern.

Fazit: Pt mit TFS zeigen wenig Motivation zur BT, obwohl sich viele über den möglichen positiven Effekt von BT bewusst sind. Die Tumortherapie ist für Pt der Haupthinderungsgrund. FS und DS scheinen Einfluss auf die Ausprägung der Motivation zu nehmen.

Literatur

1. Brown JC, Huedo-Medina TB, Pescatello LS, Pescatello SM, Ferrer RA (2011) Johnson BT Efficacy of exercise interventions in modulating cancer-related fatigue among adult cancer survivors: a meta-analysis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 20(1):123–133

V-05: Projekt ISPO/„Integrierte, Sektorenübergreifende Psycho-Onkologie“

Michael Kusch*

Universitätsklinikum Köln, Klinik I für Innere Medizin, Bereich: Klinische Psychoonkologie, Uniklinik Köln, Köln, Deutschland

Hintergrund: Die Krebstherapie und -nachsorge sind emotional und psychosozial sehr belastend. Eine stabile Lebenssituation von Krebspatienten kann die Wirksamkeit der Krebstherapien und die Heilungschancen unterstützen. Das Projekt isPO zielt darauf, Ängste und Depressionen von Krebspatienten im stationären und ambulanten Sektor zu verringern, deren psychosoziale Situation zu verbessern und die Selbsthilfe zu fördern. Das Projekt wird aus Mitteln des Innovationsfonds für vier Jahre mit ca. 9,1 Mio. € gefördert. Es soll die Forderung des Nationalen Krebsplans umsetzen, die „onkologischen Versorgungsstrukturen und die Qualitätssicherung“ weiter zu entwickeln. Projektstart war der 1. Oktober 2017.

Methoden: Arztpraxen und Krankenhäuser arbeiten mit psychoonkologischen Fachkräften in Versorgungsnetzwerken an vier Standorten in Nordrhein-Westfalen zusammen. Es werden ein IT-gestütztes, gestuftes Vorgehen der bedarfsgerechten Versorgung entwickelt und Maßnahmen zur Qualitätssicherung eingeführt.

Quasi-experimentelles Design mit Kontroll- und Interventionsgruppe auf Basis des „regression discontinuity design“. Fallzahl: $N = 3484$. Primärer Endpunkt: Klinisch signifikante Reduktion von Angst und Depression nach 12 Monaten, Patienten mit gestufter psychoonkologisch-psychotherapeutischer Versorgung (Interventionsgruppe) vs. mit gestufter psychosozialer Versorgung (Kontrollgruppe). Zuweisungskriterium und primäres relevantes Outcome: Angst und Depression. Sekundäre Endpunkte: Versorgungsqualität des psychoonkologischen Versorgungsprogramms. Ergebnisse: Die Patientenversorgung erfolgt auf Grundlage eines Vertrages zur „Besonderen Versorgung“ nach § 104 a SAGB V. Mit der Patientenrekrutierung wird unmittelbar nach Vertragsunterzeichnung begonnen.

Diskussion: Zur Diskussion stehen die Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit des psychoonkologischen Versorgungsprogrammes.

Fazit: Im Erfolgsfall kann das Programm bundesweit angeboten werden.

V-06: Adhärenz von Therapieempfehlungen aus Multidisziplinären Tumorkonferenzen – eine Untersuchung in unterschiedlichen Versorgungsorganisationen

Julia Roeper^{*1}, Lena Ansmann², Frank Griesinger³

¹Bremen, Deutschland; ²Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Abteilung Organisationsbezogene Versorgungsforschung, Fakultät für Medizin und Gesundheitswissenschaften, Oldenburg, Deutschland; ³Pius-Hospital Oldenburg, Pius-Hospital Oldenburg, University Hospital, Department of Hematology and Oncology, Oldenburg, Deutschland

Hintergrund: Cancer Center haben den Auftrag, die Betreuung von Krebskranken in einer Region zu koordinieren und dabei nach dem neuesten Stand des evidenzbasierten medizinischen Wissens zu therapieren sowie die formulierten Leitlinien umzusetzen. Um die multidisziplinäre Expertise eines Cancer Centers zu erhalten, können auch niedergelassene Praxen ihre PatientInnen in multidisziplinären Tumorkonferenzen (MTK) vorstellen. In den MTK wird gemeinsam ein leitlinienbasierter, individuell angepasster Behandlungsplan diskutiert und entwickelt. Die Frage, inwieweit die Adhärenz von MTK-Empfehlungen in den unterschiedlichen Versorgungsorganisationen gesichert ist, bleibt bisher weitgehend unbeantwortet. Daher ist das primäre Ziel dieser Studie: Wie werden die Therapieempfehlungen aus den MTK umgesetzt. Zudem soll untersucht werden: 1.) welche Gründe es für Abweichungen von MTK-Empfehlungen es gibt und 2.) wie der Zusammenhang zwischen dem Grad der Adhärenz (vollständig, partiell, fehlend) von MTK-Empfehlungen und dem Outcome-Parameter Gesamtüberleben der PatientInnen ist.

Methoden: In dieser explorativen retrospektiven Beobachtungsstudie werden 4500 primär diagnostizierte Krebsfälle und ihre Behandlungsverläufe zwischen 2013 und 2017 aus dem Cancer Center des Pius Hospitals un-

tersucht. Die Daten werden mittels Überlebenszeitanalysen und multivariaten Regressionsmodellen analysiert.

Ergebnisse: Da die Datenerhebung erst Anfang 2020 abgeschlossen sein wird, können derzeit nur vorläufige Ergebnisse deskriptiver Art präsentiert werden. Vergleichende Analysen, insbesondere zur Adhärenz von Therapieempfehlung, wären zum aktuellen Zeitpunkt verfrüht und ließen keine validen statistischen Schlussfolgerungen zu. Die bisherige Datensammlung umfasst 757 PatientInnen mit NSCLC IV. Davon sind 489 Patienten männlich (65 %) und 268 weiblich (35 %). Das mittlere Alter der PatientInnen liegt bei 66 Jahren. Vorläufige Ergebnisse zeigen, dass nach Erstdiagnosestellung und erfolgter MTK 668/757 PatientInnen (88 %) in dem Cancer Center des Pius Hospitals und 89/757 PatientInnen (12 %) extern in anderen Versorgungsorganisationen weitertherapiert werden. Insgesamt haben 150/757 PatientInnen (19 %) aus unterschiedlichen Gründen (frühzeitiger Tod, Ablehnung der Therapie, zu schlechter Allgemeinzustand) keine Therapie erhalten.

Diskussion: Studien belegen einen Überlebensvorteil für PatientInnen, die nach den MTK-Empfehlungen behandelt werden. Dennoch fehlen Daten in wieweit die Adhärenz von MTK-Empfehlungen in der Weiterversorgung in den unterschiedlichen Versorgungsorganisationen gesichert ist. Vorarbeiten zeigen, dass es einen Unterschied zwischen den einzelnen Versorgungsorganisationen [1] und dem Grad der Adhärenz (vollständig, partiell, fehlend) von MTK-Empfehlungen gibt. Im März 2019 können valide Ergebnisse zur Patientenkohorte der Lungenkrebspatienten im Stadium IV vorgestellt werden.

Fazit: Die Erkenntnisse dieses Forschungsvorhabens werden genutzt, um Interventionen zu entwerfen, die die Adhärenz der MTK-Empfehlungen in der onkologischen Versorgung verbessern.

Literatur

1. Ansmann L, Wirtz M, Kowalski Ch, Pfaff H, Visser A, Ernstmann N (2014) The impact of the hospital work environment on social support from physicians in breast cancer care. *Patient Educ Couns* 96(3):352–360. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.07.016>

V-07: Verbessert die Zertifizierung onkologischer Zentren das Outcome der dort behandelten Patienten? – Das vom Innovationsfonds geförderte Projekt WIZEN – Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren

Jochen Schmitt^{*1}, Olaf Schoffer², Veronika Bierbaum², Michael Gerken³, Richard Wurlitzer⁴, Patrik Dröge⁵, Christian Günster⁵, Monika Klinkhammer-Schalke⁶

¹Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV), Dresden, Deutschland;

²Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV), Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, Dresden, Deutschland;

³Universität Regensburg, Tumorzentrum Regensburg, Institut für Qualitätssicherung und Versorgungsforschung, Regensburg, Deutschland;

⁴Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e.V., Berlin, Deutschland;

⁵Wissenschaftliches Institut der AOK (Wido), Berlin, Deutschland;

⁶Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e.V., Tumorzentrum Regensburg, Regensburg, Deutschland

Hintergrund: Tumorerkrankungen stellen in Deutschland die zweithäufigste Todesursache dar; die Zahl der Erkrankten steigt bei gleichzeitiger Zunahme innovativer Therapiemöglichkeiten. Der nationale Krebsplan sieht zur Qualitätssicherung eine einheitliche Zertifizierung von Krebszentren vor, um eine hohe Struktur- und Prozessqualität zu gewährleisten. Bisher wurden die Effekte von Behandlungen in zertifizierten Zentren nicht flächendeckend untersucht. In Studien zu Brust- und Darmkrebs konnten Assoziationen bezüglich einer verbesserten Überlebensrate der in zertifizierten Häusern behandelten Patienten gezeigt werden. Im Projekt „Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren“ (WiZen) soll überprüft werden, ob die Versorgung in onkologischen Zentren auch bundesweit und für weitere Krebsentitäten hinsichtlich ausgewählter Ergebnisparameter überlegen ist.

Methoden: In einer retrospektiven vergleichenden Kohortenstudie werden anhand von bundesweiten Krankenkassendaten von AOK-Versicherten sowie von Daten regionaler Klinischer Krebsregister (Dresden, Erfurt, Regensburg, Berlin-Brandenburg) inzidente Fälle mit Mamma-, Bronchial-, Prostata-, Pankreas- und kolorektalem Karzinom sowie gynäkologischen, Kopf-Hals-, und neuroonkologischen Tumoren im Zeitraum 2008–2017 analysiert. Überlebensraten (30 Tage bis 5 Jahre) und weitere entitätsspezifische Outcomes werden mittels Survival- und Mehrebenenanalysen unter Berücksichtigung von Zeitpunkt der Zertifizierung (gemäß Deutscher Krebsgesellschaft und andere) sowie Fallzahl und Ausstattung der Klinik (Strukturierte Qualitätsberichte) untersucht.

Ergebnisse: Für das Kolon- und Rektumkarzinom sowie das Pankreaskarzinom werden erste Analysen auf Basis der bundesweiten AOK-Routinedaten vorgestellt. Aufgrund der bundesweiten Datenerfassung liegen hohe Fallzahlen insbesondere für Krebsarten mit hoher Inzidenz vor. Hochgerechnet wurden für die Daten des WIdO im Zeitraum 2008–2014 ca. 145.000 inzidente Fälle für das Kolon- und Rektumkarzinom und ca. 36.000 inzidente Fälle für das Pankreaskarzinom. Primär werden Unterschiede zwischen der Überlebensverteilung, den 1- und 5-Jahres-Überlebensraten sowie der 30-Tage Mortalität ab der initialen Behandlung, beispielsweise der ersten OP, in zertifizierten Zentren im Vergleich zu nicht zertifizierten Kliniken berechnet. Es wird skizziert, inwiefern der Schweregrad der Erkrankung abgebildet werden kann, der in den GKV-Routinedaten nicht explizit erfasst ist.

Diskussion und Fazit: Das geplante Projekt ist in dieser Form bisher in seiner Größe, Komplexität und Datenbasis einmalig für Deutschland. Die Breite der Datenbasis, die methodischen Stärken von Routinedatenanalysen und die Verknüpfung von AOK-Routinedaten mit umfangreichen Daten Klinischer Krebsregister lassen jedoch belastbare neue Evidenz zur medizinischen Versorgung von Tumorerkrankungen erwarten. Weiterhin wird die Studie Aufschluss über zahlreiche weitere Fragen der onkologischen Versorgungsforschung bieten. Beispiele hierfür sind die Implementierung von Paradigmenwechseln und Innovationen in der Praxis der Tumorerkrankung sowohl in zertifizierten Zentren als auch in nicht zertifizierten Kliniken. Somit dient WiZen als eine Grundlage, um künftig evidenzgeleitete Anreize zur Verbesserung der Zertifizierung zu setzen und damit zur Umsetzung des Nationalen Krebsplans beizutragen.

V-08: Strukturanalyse Radioonkologien im Zertifizierungssystem

Jumana Mensah^{*1}, Julia Bauer², Simone Wesselmann¹

¹Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Berlin, Deutschland, ²OnkoZert GmbH, Neu-Ulm, Deutschland

Hintergrund: Die Strahlentherapie ist ein fester Bestandteil onkologischer Behandlungskonzepte, und daher ein unverzichtbarer Partner in den DKG-zertifizierten Behandlungsnetzwerken. Um die praktische Umsetzung der Zertifizierungsvorgaben für die Strahlentherapien zu vereinfachen, werden diese zentral in einem organübergreifenden Erhebungsbogen dargestellt. In dem Erhebungsbogen werden auch Strukturdaten zu den radioonkologischen Standorten erfasst. Die in zertifizierte Zentren eingebundenen Strahlentherapien legen diese jährlich dar, ebenso wie ihre Behandlungsqualität, die mit organspezifischen Kennzahlen dokumentiert wird (zum Beispiel leitliniengerechte Therapiedurchführung).

Es gibt gegenwärtig keine Datenquellen, die einen quantitativen Überblick über alle radioonkologischen Leistungserbringer ermöglichen. Damit bieten die dargestellten Auswertungen der Daten des Zertifizierungssystems in dem ca. 50 % aller Neuerkrankungen behandelt werden, wichtige und neue Informationen über Prozesse und Strukturen in der Radioonkologie. Methoden: Es erfolgte eine Struktur- und Prozessanalyse anhand der durch die radioonkologischen Standorte vorgelegten Erhebungsbögen. Bei der Angabe der Organisationsform der Standorte (Klinikabteilung versus Praxis/MVZ versus Klinikabteilung/MVZ) waren Doppelnennungen möglich. Zum Erhebungszeitpunkt (Stand: 31.10.2018) gab es in Deutschland 296 Radioonkologien im Zertifizierungssystem. Für 260 Standorte lagen auswertbare Daten vor. Ausgeschlossen wurden Erhebungsbögen mit inkongruenten Angaben (z. B. Angabe „Systemtherapie ausschließlich

durch Kooperationspartner“ in Kombination mit Angabe „Anzahl durchgeführte Radiochemotherapien am Standort“).

Ergebnisse: Thüringen, Bremen, Schleswig-Holstein und Saarland haben die höchste Dichte radioonkologischer Versorgung mit 4 bis >5 zert. Radioonkologien pro 1 Mio. Einwohner. 83 % der zert. Standorte sind als MVZ/Praxis organisiert, davon teils mit Anbindung an Klinikabteilungen. 17 % der radioonkologischen Kooperationspartner sind Klinikabteilungen ohne begleitendes MVZ/Praxis. Im Median haben die Standorte 3 Kooperationen mit zert. Organkrebszentren/Modulen, im Maximum wurden 24 Kooperationen für 1 Standort gemeldet. An 60 % der Standorte ist Brachytherapie verfügbar. Die Systemtherapie in radiochemotherapeutischen Therapiekonzepten wird in 78 % durch die Organ- oder Hämato-Onkologen oder in Kooperation zwischen Strahlentherapeut und Onkologen durchgeführt; nur 22 % der Radioonkologien führen Radiochemotherapien komplett selbstständig durch. 39 % dieser Standorte ($n=24$) erfüllen die quantitativen Vorgaben für die Radiochemotherapie nicht. Davon sind 21 (88 %) eigenständige Klinikabteilungen oder an diese angeschlossen.

Diskussion: Die durchgeführte Strukturanalyse stellt erstmals einen Überblick über die radioonkologische Versorgungslandschaft in Deutschland dar. Betrachtet wurden ausschließlich in zertifizierten Netzwerken eingebundene Standorte, aufgrund der flächendeckenden Verteilung lässt sich damit aber ein repräsentatives Bild der deutschen Versorgungslandschaft ableiten.

Fazit: Mit den DKG-zertifizierten radioonkologischen Standorten ist eine flächendeckende Versorgung in Deutschland im Sinne des Nationalen Krebsplans realisiert. Für die Durchführung von Radiochemotherapien empfiehlt sich der interdisziplinäre Schulterschluss.

V-09: Hypofractionated radiotherapy in cancer treatment: clinical, quality and economical evaluation in a real-life setting

Oliver Mücke^{*1}, Jens Büntzel², Ulrich Schäfer³, Ralph Mücke⁴

¹Franziskus Hospital, Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie, Bielefeld, Germany; ²Südharzkrankenhaus, HNO-Klinik, Nordhausen, Germany; ³Klinikum Lippe, Strahlentherapie, Lemgo, Germany; ⁴Strahlentherapie Rheinmainnahe, Bad Kreuznach, Germany

Purpose: Recent technological advances in radiation therapy have allowed for greater accuracy in planning and treatment delivery. Hypofractionated radiotherapy has the potential to improve the therapeutic ratio and to reduce the costs associated with hypofractionated radiotherapy compared to conventionally fractionated radiotherapy.

Methods: The aim of this study is to evaluate clinical outcomes, treatment quality and cost of hypofractionated radiotherapy and compare with conventional radiotherapy. The radiotherapy patients treated in the last 3 years in a typical German radiotherapy department were analyzed.

Results: A total of 3000 patients were treated in the years 2016 to 2018 in the Department of Radiotherapy of Franziskus Hospital Bielefeld. Hypofractionation was used in 67% of all breast cancer patients ($n=912$), in 8% of all prostate cancer patients ($n=362$), in 18% of Patients with glioblastoma ($n=93$), in 83% of all palliative radiation treatments ($n=704$), an in 7% of all other indications Hypofractionation shortened the treatment in an average of 13 days. The costs of the treatment could be reduced by more the 50%. This is related not only to the direct costs of radiation treatment, but also to reduced cost of patient transportation and hospitalization. In addition, the markedly reduced utilization of radiotherapy treatment machines, rooms and personal must be taken into account.

Diskussion: Hypofractionated radiotherapy is able to reduce the costs and the utilization of treatment devices and personal for more than half. The shortened treatment time improves the patient's satisfaction and quality of life. The lower utilization of treatment structures may also result in a faster process and a better outcome, because the patients may begin earlier with their radiation therapy and more patients during the same time frame can be treated. On the other hand, a higher treatment quality and better quality assurance is needed, because a lower number of fractions allows less failures. To overcome the problem in all patients with hypofractionated radiotherapy image-guided radiotherapy via cone beam CT is used on a regular base.

ractionated radiotherapy image-guided radiotherapy via cone beam CT is used on a regular base.

Conclusion: This study highlights the potential therapeutic gains and cost savings of using hypofractionated radiotherapy. New challenges due to hypofractionated radiotherapy in treatment quality and quality assurance will arise.

References

1. Bekelman JE, Sylwestrzak G, Barron J, Liu J, Epstein AJ, Freedman G, Malin J, Emanuel EJ (2014) Uptake and costs of hypofractionated vs conventional whole breast irradiation after breast conserving surgery in the United States, 2008-2013. *JAMA* 312:2542-2550
2. Hunter D, Mauldon E, Anderson N (2018) Cost-containment in hypofractionated radiation therapy: a literature review. *J Med Radiat Sci* 65:148-157

V-10: Kostenanalyse einer komplexen Intervention für Patientinnen und Patienten mit metastasiertem Lungenkrebs zur Verbesserung des kommunikativen Umfeldes, der Lebensqualität und der frühen Integration von Palliative Care

Anja Siegle^{*1}, Corinna Jung¹, Laura Hagelskamp¹, Nicole Deis², Jasmin Bossert³, Katja Krug³, Michel Wensing³, Jana Jünger², Michael Thomas¹, Matthias Villalobos¹

¹Thoraxklinik, Heidelberg, Deutschland; ²Institut für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen, Mainz, Deutschland;

³Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg, Deutschland

Hintergrund: Das „Heidelberger-Meilenstein-Kommunikationskonzept (HeiMeKOM)“ ist ein strukturiertes und vorausschauendes Kommunikationskonzept, mit dem Lungenkrebspatienten und ihre Angehörigen über den Krankheitsverlauf begleitet werden. Dabei führen Ärzte und Pflegekräfte zentrale Patientengespräche gemeinsam und werden dafür auch gemeinsam geschult. Dieser interprofessionelle Handlungsansatz trägt zu einer vorausschauenden Versorgungsplanung und frühen Integration von Palliative Care, zur Verbesserung von Lebensqualität, Entscheidungen zu Therapiemaßnahmen im Sinne der Präferenzen und Prioritäten der Betroffenen und realistischen Einschätzung der eigenen Krankheitssituation bei. Im Gesundheitswesen spielen darüber hinaus auch gesundheitsökonomische Aspekte eine wichtige Rolle. Die Entscheidung für oder gegen die Einführung einer komplexen Intervention wird in den meisten Einrichtungen aufgrund von Kostenüberlegungen entschieden. Um Kosten abzuschätzen, sind Vergleichszahlen einer Intervention sinnvoll.

Methoden: Kostenanalyse der komplexen Intervention mit Ermittlung der Kostensätze und Darstellung der Kosten. Dabei werden Kosten, die durch die Einführung und Umsetzung der Intervention, und durch Behandlung von Nebenwirkungen entstehen als direkte Kosten gewertet. Bei indirekten Kosten werden mittelbar entstehende Kosten berücksichtigt. Zusätzlich werden intangible Kosten (die aus einer Erkrankung resultierenden Einschränkungen wie Schmerz, Depressionen oder verminderte Lebensqualität), die durch Anwendung von Maßnahmen der Intervention entstehen, erhoben. Diesen Kosten wird der gemessene Nutzen gegenübergestellt.

Ergebnisse: Erste Ergebnisse zu den Kosten der Interventionsschulung wie Kosten für Trainer, Räume, Material und Opportunitätskosten der Schulungsteilnehmenden werden dargestellt. Die Implementierungskosten beinhalten Besprechungen zur Vorbereitung der Implementierung, Kosten für Prozessbegleitung und Supervision. Darüber hinaus werden die laufenden Kosten im Routinebetrieb dargestellt.

Diskussion: Mit der vorliegenden Untersuchung werden erstmals die Kosten der Konzeptschulung, der Konzeptimplementierung und die Kosten der Umsetzung des Konzeptes im laufenden Betrieb erhoben. Bei erfolgter Evaluation der Intervention kann auf Grundlage der Berechnungen eine Kosten-Wirksamkeits-Analyse, Kosten-Nutzwert-Analyse oder Kosten-Nutzenanalyse erfolgen.

Fazit: Die Kostendarstellung vermittelt interessierten Einrichtungen eine Vorstellung davon, welche Ressourcenverbräuche geplant werden müssen. Die gesundheitsökonomische Evaluation ist ein weiterer wichtiger Beitrag.

um die Integration einer neuen Versorgungsform in die Regelversorgung zu ermöglichen.

Session R – Routine- und Registerdaten: 29.03.2019, 11.20–12.20 Uhr

R-01: Aufbau eines klinischen Krebsregisters in Niedersachsen

Sven Meyer*, Eva Töke, Jana Pertz, Isabell Nowak, Luba Klaus, Ingeborg Ritter, Tobias Hartz

Klinisches Krebsregister Niedersachsen, Hannover, Deutschland

Hintergrund: Mit dem Krebsfrüherkennungs- und Registergesetz (KFRG) wurden die Bundesländer verpflichtet, Klinische Krebsregister einzurichten. Diese sollen eine umfassende Erfassung zu Diagnose, Therapie und Verläufen von allen bösartigen Erkrankungen einschließlich ihrer Frühformen sowie den gutartigen Hirntumoren bei Patienten über 18 Jahren gewährleisten.

Methoden: In Niedersachsen wurde ab 2015 in einer hierfür eingerichteten Projektgruppe der Aufbau eines Klinischen Krebsregisters vorbereitet, die methodischen Grundlagen für die Krebsregistrierung erarbeitet und die IT-Voraussetzungen für eine webbasierte elektronische Meldungserfassung geschaffen. Bis zum 25.09.2017 lief das Gesetzgebungsverfahren in Niedersachsen für eine Beschreibung und Übertragung der Aufgaben an das neu zu gründende Klinische Krebsregister Niedersachsen (KKN).

Ergebnisse: Zum 01.12.2017 erfolgte die Gründung des KKN als eine Körperschaft öffentlichen Rechts unter der Trägerschaft des Landes Niedersachsen. Am 21.02.2018 wurde ein Probetrieb aufgenommen, in dessen Verlauf insgesamt 4579 Meldungen eingingen. Am 01.07.2018 begann im Anschluss daran der Routinebetrieb. Seitdem sind alle Ärzte und Zahnärzte, die in Niedersachsen einen Patienten mit einer bösartigen Erkrankung einschließlich ihrer Frühformen und mit gutartigen Hirntumoren behandeln, meldepflichtig. Die Meldungen erfolgen an eine gemeinsame mit dem Epidemiologischen Krebsregister Niedersachsen (EKN) betriebene Datenannahmestelle im Vertrauensbereich des KKN. Zur Meldung steht seit dem 01.07.2018 ein webbasiertes Melderportal zur Verfügung, über das eine manuelle Meldungserfassung sowie eine Meldung über ADFT/GEKID-Schnittstellen aus dem Arzt-, Krankenhaus- oder Tumordokumentationssystem der Leistungserbringer erfolgen kann. In den ersten zwei Monaten registrierten sich insgesamt 1198 Melder über das Melderportal und gaben 36.631 Meldungen zu meldepflichtigen und meldeberechtigten Anlässen ab.

Diskussion: Dem Aufbau Klinischer Krebsregister kommt in den Bundesländern eine zentrale Bedeutung bei der Umsetzung des Nationalen Krebsplanes zu. Wesentliches Ziel der Krebsregistrierung ist die Verbesserung der Qualität der onkologischen Behandlung. Durch die bundesweit einheitliche Krebsregistrierung auf der Grundlage des ADT/GEKID-Basisdatensatzes und seiner organspezifischen Zusatzmodule wird ein registerübergreifender Datenaustausch ermöglicht und somit künftig eine Synchronisierung von Wohnort- und Behandlungsortregistern gewährleistet. In Niedersachsen konnte durch die Einrichtung einer gemeinsamen Datenannahmestelle von KKN und EKN und dem gemeinsamen Melderportal eine wesentliche Vereinfachung der Meldewege für die meldepflichtigen Ärzte und Zahnärzte erreicht werden. Trotz eines sehr kurzen Probebetriebes in der Gründungsphase konnte ein reibungsloser Beginn des Routinebetriebs mit der Registrierung von Meldern und der Annahme und der Bearbeitung der ersten Meldungen erreicht werden.

Fazit: Mit der Gründung und dem Aufbau des KKN wird eine Lücke in der flächendeckenden Krebsregistrierung geschlossen. Schwerpunkt der Tätigkeit in den ersten Jahren wird die Erreichung einer hohen Vollständigkeit in Bezug auf Melder und Meldungen, der Einhaltung der Meldefristen und der Aufbau eines Berichtswesens für die Melder sein. Der Nutzen in Bezug auf die Verbesserung der Ergebnisqualität wird der Gegenstand künftiger Untersuchungen sein.

R-02: Adjuvant radiotherapy in breast cancer patients – guideline adherence and benefit in breast cancer centers assessed from a large population-based cohort study of a cancer registry

Theresa Wimmer^{*1}, Olaf Ortman², Michael Gerken³, Monika Klinkhammer-Schalke⁴, Oliver Kölbl⁵, Elisabeth C. Inwald²

¹Kinderklinik Dritter Orden Passau, Passau, Germany; ²Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Lehrstuhl der Universität Regensburg am Caritas-Krankenhaus St. Josef, Regensburg, Germany; ³Universität Regensburg, Tumorzentrum Regensburg, Institut für Qualitätssicherung und Versorgungsforschung, Regensburg, Germany; ⁴Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e.V., Tumorzentrum Regensburg, Regensburg, Germany; ⁵Universitätsklinikum, Klinik für Strahlentherapie, Universitätsklinikum Regensburg, Regensburg, Germany

Background: According to German S3-guidelines, radiotherapy (RT) is indicated in patients with invasive breast cancer after breast conserving therapy (BCT). The aim of this analysis was to assess adherence to guidelines, long-term survival, recurrence rates, and recurrence free survival after adjuvant RT in patients with BCT in daily clinical practice.

Methods: This retrospective cohort study comprised data from the population-based clinical cancer registry of the Tumor Centre Regensburg (Bavaria, Germany). 6370 patients with non-metastatic invasive breast cancer and UICC tumor stage I, II, III who were treated in certified breast cancer centers by BCT in the years from 2003 to 2013 were included in the study.

Results: 6184 (97.1%) breast cancer patients received guideline concordant RT and showed a 3-year overall survival (OAS) of 96.8% in contrast to 90.9% in patients without RT (5-year OAS of 93.1% vs. 79.0%, $p < 0.001$). In multivariable Cox regression models better overall survival was confirmed for the RT group (HR 0.64, 95%-CI 0.46–0.88, $p = 0.007$). The 5-year local recurrence free survival rate (RFS) in the irradiated patients was 92.1% versus 62.0% in the comparison group ($p < 0.001$). 10-year RFS was 80.5% vs. 36.0% ($p < 0.001$). This difference persisted after adjusting in multivariable analysis (HR 0.20, 95%-CI 0.16–0.26, $p < 0.001$).

Discussion: The study confirms the benefit of RT on overall and recurrence free survival and shows the good implementation of guidelines in clinical routine. Since this data derives from a regional clinical cancer registry, it might not be representative for international comparisons. Furthermore, risk adjustment was possible for the most important factors, though not for comorbidities. However, this data derives from a large population-based and multicentric cohort followed up in a real-life health care situation. Consequently, it can be used to analyze the structures of patient-centered, guideline adherence and efficacy of recommended therapies in real-life situation.

Conclusions: This population-based analysis showed that the implementation of German guidelines in clinical routine was successful and guideline concordant adjuvant radiotherapy after BCT leads to better overall and recurrence free survival and lower local recurrence rates in breast cancer patients.

R-03: Werden Patientinnen mit HER2-positivem Mammakarzinom leitliniengerecht in zertifizierten Zentren behandelt? – Ergebnisse einer länderübergreifenden Analyse am Beispiel eines Qualitätsindikators

Elisabeth Inwald^{*1}, Christoph Kowalski², Simone Wesselmann³, Julia Ferencz⁴, Olaf Ortman⁵

¹Universität Regensburg, Lehrstuhl für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Caritas-Krankenhaus St. Josef, Regensburg, Deutschland; ²Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Bereich Zertifizierung, Berlin, Deutschland; ³Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Berlin, Deutschland; ⁴Neu-Ulm, Deutschland; ⁵Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Universität Regensburg am Caritas KH St. Josef, University Medical Center Regensburg, Regensburg, Deutschland

Hintergrund: In Deutschland werden derzeit ca. 75 % der Patientinnen mit primärem Mammakarzinom in von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifizierten Brustkrebszentren behandelt. Der zur Zertifizierung

erforderliche Nachweis der leitliniengerechten Therapie erfolgt unter anderem über die Dokumentation von Qualitätsindikatoren (QI) mit entsprechenden Sollvorgaben. Die Ergebnisse der QIs werden in jährlichen Audits vor Ort von Fachexperten überprüft. Bei Nichterreichen der Sollvorgaben muss eine Begründung durch die Zentren erfolgen. Bei insgesamt 4 von 11 QIs, die aus der S3-Leitlinie Mammakarzinom abgeleitet wurden, erreichten im Kennzahlenjahr 2015 (Auditjahr 2016) mindestens 80 % der Standorte die Sollvorgabe nicht. Am Beispiel des QI 8 „Empfohlene Trastuzumabtherapie über 1 Jahr bei HER-2 positivem Befund“ sollen die jeweiligen Begründungen dargestellt werden.

Methoden: Ausgewertet wurden die Kennzahlenbögen und Auditberichte der 274 zertifizierten Standorte ($N=5700$ Patientinnen mit HER2-positivem Mammakarzinom). Dargestellt wird die Zahl der Zentren, die die Sollvorgabe nicht erreicht haben. Die Ursachen für die fehlende Empfehlung von Trastuzumab wurden analysiert und zu vier Kategorien zusammengefasst.

Ergebnisse: 128 Standorte ($N=2663$ Patientinnen, 46,7 %) erreichten die Sollvorgabe des QI 8 nicht. In diesen 128 Standorten erhielten 343 (12,9 %) Patientinnen nicht die Empfehlung für eine Trastuzumab-Therapie. Insgesamt wurden 450 Begründungen geliefert (Mehrfachnennungen möglich). Die Begründung der Zentren ließen sich in 19 Kategorien unterteilen. Am häufigsten genannt wurden Multi- oder Komorbidität (45,5 %, $n=156$), Alter (31,2 %, $n=107$) und kleine Karzinome <10 mm (12,5 %, $n=43$). Lediglich in 2,3 % ($n=8$) wurde keine Begründung gegeben.

Diskussion: Es zeigt sich, dass die Abweichungen plausibel begründet werden konnten. Allerdings muss kritisch angemerkt werden, dass vielfach (46,2 %) die fehlende Trastuzumab-Therapie auf Multi-/Komorbidität zurückgeführt wurde, ohne dies näher zu spezifizieren.

Fazit: Die Analysen ergaben, dass keine echten Qualitätsmängel vorlagen, die zu einer fehlenden Verabreichung von Trastuzumab führten und somit eine sehr hohe Behandlungsqualität in zertifizierten Brustkrebszentren vorliegt.

R-04: Therapie, Überleben und Rezidivhäufigkeit beim primären Ovarialkarzinom – Eine populationsbezogene Untersuchung in Ostbayern

Sina Totzauer^{*1}, Olaf Ortman², Michael Gerken³, Elisabeth C. Inwald², Monika Klinkhammer-Schalke⁴

¹Universität Regensburg, Medizinische Fakultät, Regensburg, Deutschland;

²Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Lehrstuhl der Universität Regensburg am Caritas-Krankenhaus St. Josef, Regensburg, Deutschland;

³Universität Regensburg, Tumorzentrum Regensburg, Institut für Qualitätssicherung und Versorgungsforschung, Regensburg, Deutschland;

⁴Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e. V., Tumorzentrum Regensburg, Regensburg, Deutschland

Hintergrund: Die vorliegende Studie soll einen Beitrag zur Qualitätssicherung der Behandlung von Patientinnen mit Ovarialkarzinom liefern. Hierfür wurde die Therapie, das Überleben und die Rezidivhäufigkeit beim primären Ovarialkarzinom populationsbezogen in einer retrospektiven Kohortenstudie anhand der Daten eines klinischen Krebsregisters untersucht.

Methoden: Daten des regionalen klinischen Krebsregisters am Tumorzentrum Regensburg von Patientinnen mit Wohnort innerhalb der Oberpfalz, die im Zeitraum 2006–2013 die ICD-10-Diagnose C56.9 Bösartige Neubildung des Ovars gestellt bekamen, wurden erfasst, aufbereitet und analysiert. Als Endpunkte wurde das Überleben, sowie das rezidivfreie Überleben und Rezidivraten in Abhängigkeit verschiedener Parameter wie Alter, FIGO, Grading, Therapie definiert, welche mittels Kaplan-Meier-Analysen und multivariable Cox-Regressionsanalysen geschätzt wurden. Die Ergebnisse dieser Arbeit wurden außerdem mit den Qualitätsindikatoren der aktuell gültigen S3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Nachsorge maligner Ovarialtumoren“ abgeglichen.

Ergebnisse: Für das Patientenkollektiv von 619 Patientinnen ergab sich ein 5-Jahres-Gesamtüberleben (5Y-OS) von 36,4 %. In der Kaplan-Meier-Analyse stellten sich das Alter, das FIGO-Stadium, das Grading, der Residualstatus und die leitliniengerechte Entnahme von Lymphknoten als

signifikante Prognosefaktoren für das Gesamtüberleben dar. Der prognostische Vorteil nach durchgeführter Lymphknotenentnahme konnte im multivariablen Cox-Regressionsmodell bestätigt werden ($HR=0,55$; 95 %-KI = 0,35–0,86; $p=0,009$). Weiterhin wurde der Effekt einer postoperativen adjuvanten Chemotherapie ermittelt: für FIGO I- und II-Patientinnen konnte ein Überlebensvorteil durch eine adjuvante Chemotherapie nicht bestätigt werden. Patientinnen im FIGO Stadium III profitierten von einer adjuvanten Chemotherapie (35,8 % für OP + Chemo vs. 5,6 % für OP; $p < 0,001$). Zusätzlich wurde für FIGO IIIC die Wirksamkeit verschiedener Zytostatika untersucht. Die besten Überlebenschancen wurde bei Kombinationsgabe von Platin und Taxan erreicht (5Y-OS 42,1 % vgl. mit 10,8 % für Platin als Monotherapie; $p < 0,001$). Die Überlegenheit der adjuvante Chemotherapie, als auch der Vorteil von Cis/Carboplatin + Taxan gegenüber anderen Chemoprotokollen, insbesondere Cis/Carboplatin als Monotherapie konnte in multivariablen Cox-Regressions-Modellen bestätigt werden: $HR=0,18$ (95 %-KI = 0,10–0,32; $p < 0,001$) für OP + Chemo vs. OP und $HR=0,31$ (95 %-KI = 0,18–0,53; $p < 0,001$) für Cis/Carboplatin + Taxan vs. Cis/Carboplatin.

Diskussion: Die Ergebnisse dieser Arbeit bestätigen, dass Frauen mit Ovarialkarzinom von einer leitliniengerechten Therapie profitieren. In der Realität werden die Empfehlungen der Leitlinie leider nicht konsequent durchgeführt.

Fazit: Hervorzuhebende wichtige Teilschritte der Therapie von Patientinnen mit Ovarialkarzinom stellen unter anderem die Lymphadenektomie, welche einen signifikanten Überlebensvorteil sowohl beim frühen, als auch beim späten Ovarialkarzinom mit sich bringt, sowie die Wahl von Platin und Taxan bei Gabe einer adjuvanten Chemotherapie als prognostisch günstigste Medikamentenkombination, dar.

R-05: Benefit adjuvanter chemotherapie beim Kolonkarzinom im UICC-Stadium II T4N0M0

Ina Hohenthanner^{*1}, Alois Fürst², Michael Gerken³, Andreas Teufel⁴, Monika Klinkhammer-Schalke⁵

¹Klinikum Stuttgart, Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie, Stuttgart, Deutschland;

²Caritas-Krankenhaus St. Josef, Darmkrebszentrum, Regensburg, Deutschland;

³Universität Regensburg, Tumorzentrum

Regensburg, Institut für Qualitätssicherung und Versorgungsforschung,

Regensburg, Deutschland;

⁴Universitätsmedizin Mannheim, II. Medizinische Klinik, Mannheim, Deutschland;

⁵Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e. V., Tumorzentrum Regensburg, Regensburg, Deutschland

Hintergrund: Der Benefit einer adjuvanten Chemotherapie bei Kolonkarzinomen im UICC-Stadium III wurde in zahlreichen Studien nachgewiesen und ist in den klinischen Alltag etabliert. Ein solcher Vorteil zeigt sich nicht für das UICC-Stadium II. Es bleibt jedoch kontrovers diskutiert, ob eine adjuvante Chemotherapie in bestimmten Hochrisikosituationen im UICC-Stadium II erwogen werden könnte. Als Hochrisikofaktor gelten unter anderem T4-Tumore, die aufgrund ihres aggressiveren biologischen Verhaltens mit einem vermehrten Rezidivrisiko und einer schlechteren Prognose assoziiert sind.

Methoden: In der vorliegenden bevölkerungsbezogenen, multizentrischen Kohortenstudie wurde der Einfluss einer adjuvanten Chemotherapie auf Überlebens- und Rezidivraten im UICC-Stadium II in der Hochrisikosituation T4N0M0 untersucht. Die retrospektive Studie basiert auf einem anonymisierten bundesweiten Datensatz der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) und umfasst 208.030 Patienten mit der Erstdiagnose eines kolorektalen Karzinoms aus den Jahren 2002 bis 2011. Es wurden 3544 Patienten mit einem T4-Tumor identifiziert, von denen 34,3 % (1215 Patienten) eine adjuvante Chemotherapie erhielten und 65,7 % (2329 Patienten) keine.

Ergebnisse: Das mediane Gesamtüberleben verlängerte sich hochsignifikant bei Patienten mit adjuvanter Chemotherapie von 4,5 Jahren (95 %-KI 4,1–4,8) auf 8,1 Jahre (95 %-KI 7,2–9,0; $p < 0,001$). Nach 5 Jahren lebten noch 69,5 % der Chemotherapierten im Vergleich zu 45,1 % der nicht Chemotherapierten. Nach Adjustierung für Einflussfaktoren in einer multivariablen Cox-Regressionsanalyse blieb der signifikante Benefit der ad-

juvanten Chemotherapie für das Gesamtüberleben erhalten (HR=0,642; 95 %-KI 0,555–0,743; $p < 0,001$). Das relative kumulative Rezidivrisiko lag in der multivariablen Analyse bei HR=0,696 (95 %-KI 0,580–0,843; $p < 0,001$) für chemotherapierte Patienten. Es zeigte sich weiterhin eine hochsignifikante Verbesserung der rezidivfreien Überlebenszeit durch Chemotherapie (HR=0,634; 95 %-KI 0,555–0,725; $p < 0,001$).

Diskussion: In der repräsentativen Studie konnte ein signifikanter Vorteil einer adjuvanten Chemotherapie für Kolonkarzinompatienten im UICC-Stadium II mit einem T4-Tumor in Bezug auf Gesamtüberleben, Rezidivrate und rezidivfreies Überleben nachgewiesen werden. Dies ist eine der bisher umfangreichsten Untersuchungen zu dieser Fragestellung. Einem möglichen indication bias wurde durch den Einsatz multivariabler Analysemethoden zur Risikoadjustierung begegnet.

Fazit: Auf der Basis dieser Ergebnisse wird eine adjuvante Chemotherapie für die Hochrisikosituation T4N0M0 bei Patienten mit Kolonkarzinom empfohlen. Weitere prospektive Studien werden benötigt, um den Einfluss unter Berücksichtigung weiterer Einflussvariablen besser zu quantifizieren.

R-06: Comparison of laparoscopic and open surgery in patients with rectum cancer – a population-based analysis of 16,378 cases in Germany

Valentin Schnitzbauer^{*1}, Alois Fürst², Michael Gerken³, Stefan Rolf Benz⁴, Monika Klinkhammer-Schalke⁵

¹Universität Regensburg, Medizinische Fakultät, Regensburg, Germany;

²Caritas-Krankenhaus St. Josef, Darmkrebszentrum, Regensburg, Germany;

³Universität Regensburg, Tumorzentrum Regensburg, Institut für Qualitätssicherung und Versorgungsforschung, Regensburg, Germany;

⁴Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Kinderchirurgie, Klinikum Sindelfingen-Böblingen, Kliniken Böblingen, Böblingen, Germany; ⁵Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e.V., Tumorzentrum Regensburg, Regensburg, Germany

Background: Rectal cancer is a frequent carcinoma in Germany as well as in Europe and the US. There have been several studies addressing the subject of laparoscopic surgery as a treatment and most of them have shown favourable results. However, long-term oncologic safety remains a controversial issue.

Methods: The dataset we used derives from 30 clinical cancer registries in Germany, with 16,378 patients diagnosed between 2007 and 2016. It was evaluated for 90-day mortality, overall survival and recurrence-free survival of patients with rectal cancer, treated with either open or laparoscopic surgery. Multivariable logistic regression was applied to evaluate factors that affected the probability of a patient to undergo laparoscopic surgery as well as to evaluate short-term mortality. Overall and recurrence-free survival were analyzed by means of Kaplan-Meier and multivariate Cox-regression. Latter was also conducted separately for UICC Stage I–III, tumour localisation and sex.

Results: 4540 (27.7%) out of 16,378 patients underwent laparoscopic surgery with an increasing trend during the observation period. Patients who underwent laparoscopy attained better results for 90-day mortality (OR=0.658, 95% CI=0.526–0.822, $p < 0,001$). The 5-year overall survival in the laparoscopic group was 82.6% vs. 76.6% in the open surgery group with HR=0.820 in multivariable Cox-regression (95% CI=0.746–0.901, $p < 0,001$). The laparoscopic group shows a better 5-year local-recurrence free survival rate with 81.8% vs. 74.3% and HR of 0.774 (95% CI=0.707–0.847, $p < 0,001$).

Discussion: One of the advantages of this study is the sample size of 16,378 cases, which provided the relevant variables for the control of confounders and supplied sufficient data on follow-up, e.g. vital and recurrence status. Nevertheless, a shortcoming of this study is not having included comorbidities in the analysis but only the patients' age. Since comorbidities are linked to the age, adjusting for such does not entirely rule out the effect on patients' survival induced by comorbidities, but might do so partly.

Conclusion: Laparoscopic surgery for rectal cancer can be performed safely and offers similar, partly even better, oncological outcome compared with

the open procedure. It should be considered as an at least equivalent approach and definitely deserves further clinical study.

R-08: Nutzung des Hautkrebs-Screenings in Deutschland 2017 aus der Sicht von ambulanten Abrechnungsdaten

Ursula Schlanstedt-Jahn^{*1}, Anke Holthenrich¹, Christian Gallowitz¹, Bernhard Tenckhoff¹

¹Kassenärztliche Bundesvereinigung, Stabsbereich Isi, Berlin, Deutschland

Hintergrund: Das ambulante Hautkrebs-Screening wurde 2008 bundesweit eingeführt und kann alle zwei Jahre von Personen über 35 Jahren in Anspruch genommen werden [1]. Ziel ist die Früherkennung von Malignen Melanomen (C43) und anderen Hautkrebserkrankungen (C44), die im Vergleich zum Malignen Melanom meistens wesentlich weniger bedrohlich sind, jedoch häufig vorkommen. Aus diesen Gründen ist es schwierig, die Effektivität des Hautkrebs-Screenings nachzuweisen [2].

Methoden: Die Auswertungen basieren auf ambulanten Abrechnungsdaten der kollektivvertraglich tätigen Ärzte und Psychotherapeuten, in denen quartalsweise abgerechnete Leistungen und kodierte Diagnosen vorliegen. Herausgesucht wurden zunächst alle Versicherten, bei denen 2017 mindestens eine der vier GOP-Ziffern 01745, 01746, 10343 und 10344 abgerechnet wurde. – Zusätzlich werden getrennt für die Diagnosen C43 und C44 zwei Gruppen untersucht: (1) Patienten mit Vorerkrankungen an C43 oder D03 bzw. an C44 oder D04 mit gesicherten Diagnosen in der Zeit von 2010 bis 2016, (2) Neuerkrankte Patienten mit mindestens zwei gesicherten Diagnosen an C43 bzw. C44 in mindestens zwei aufeinander folgenden Quartalen und ohne Hinweis auf Vorerkrankungen in den Jahren von 2010 bis 2016.

Ergebnisse: 2017 nahmen insgesamt 4.248.463 Frauen und 3.223.977 Männer am ambulanten Hautkrebs-Screening teil. Dies entspricht in etwa 10 % der GKV-Versicherten. Bei 5,6 % der weiblichen Teilnehmer wurden ambulant Gewebeproben entnommen und ebenso bei 5,6 % der männlichen Teilnehmer. 55 % der Teilnehmer wurden ausschließlich von Hausärzten untersucht, etwa 5 % der Teilnehmer wurden zur weiteren Abklärung an Hautärzte überwiesen, und 40 % der Teilnehmer suchten primär einen Hautarzt auf. – Von den 2017 neu an einem Malignen Melanom erkrankten Personen nahmen etwa 42,5 % kurz vor der ersten gesicherten Diagnose am ambulanten Hautkrebs-Screening teil.

Diskussion: Mit Hilfe von ambulanten Abrechnungsdaten lassen sich die Inanspruchnahme des Hautkrebs-Screenings, die Zusammenarbeit von verschiedenen Facharztgruppen und mit Einschränkungen auch die Anzahl von Neuerkrankungen durch und parallel zum Hautkrebs-Screening abschätzen. Diese Betrachtungen können auch für Teilgruppen durchgeführt werden, wie z. B. retrospektiv für Personen mit in Bezug auf das Screening relevanten Neuerkrankungen bzw. prospektiv für Personen mit für das Screening relevanten Vorerkrankungen.

Fazit: Ambulante Abrechnungsdaten können wichtige Hinweise zur Nutzung und zur Effektivität des Hautkrebs-Screenings liefern.

Literatur

1. <https://www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/hautkrebs/frueherkennung.php>
2. Fahrenhold M (2018) Bericht vom 28. Deutschen Hautkongress vom 13. bis 15. September 2018 in Stuttgart. Im Focus Onkol 21(10):30

R-09: MELANIE2 (Melanoma In Expert Centers) – Erste Analyse zur Versorgungsrealität an deutschen Hauttumorzentren (HTZs) von Patienten mit malignem Melanom im Stadium III und IV

Felix Kiecker^{*1}, Thomas Eigentler², Anja Gesierich³, Sebastian Haferkamp⁴, Frank Meiß⁵, Markus Meissner⁶, Max Schlaak⁷, Jens Ulrich⁸, Jochen Utikal⁹, Ralf Gutzmer¹⁰

¹Charite Berlin, Charité University Hospital, Berlin, Clinic of Dermatology, Berlin, Deutschland; ²Universitätsklinikum Tübingen, Zentrum für Dermatoonkologie, Tübingen, Deutschland; ³Universitätsklinikum Würzburg, Klinik und Poliklinik Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Hautkrebszentrum, Würzburg, Deutschland; ⁴Universitätsklinikum Regensburg, Klinik Ukr, Klinik und Poliklinik für Dermatologie, Interdisziplinäres Hautkrebszentrum, Regensburg, Deutschland; ⁵Universitätsklinikum Freiburg, Klinik für Dermatologie und Venerologie, Freiburg, Deutschland; ⁶Universitätsklinikum Frankfurt, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Hautkrebszentrum, Frankfurt am Main, Deutschland; ⁷Städtische Klinik Thalkirchner Straße, Klinik für Dermatologie und Allergologie, München, Deutschland; ⁸Harzlinikum Dorothea Christiane Erleben, Department of Dermatology, Quedlinburg, Deutschland; ⁹Universitätsmedizin Mannheim, Universitätsklinikum Mannheim, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Mannheim, Deutschland; ¹⁰Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Dermatologie, Allergologie und Venerologie, Haut-Tumor-Zentrum Hannover, Hannover, Deutschland

Hintergrund: Die retrospektive Datenerhebung MelaniE2 ist eine Folgeerhebung der 2014 durchgeführten MelaniE1. Ziel beider Erhebungen war es ein möglichst genaues Bild des Melanom-Kollektivs und der Behandlungsrealität an deutschen Hauttumorzentren (HTZs) zu erhalten sowie die Umsetzung der S3-Leitlinie in den HTZs einschätzen zu können. Im Fokus stehen hierbei besonders diejenigen Bereiche der Leitlinie ohne eindeutige Empfehlung, die einen Handlungsspielraum geben.

Methoden: Zwölf HTZs erfassen retrospektiv Daten zu Diagnostik, Therapie und Nachsorge von ca. 1200 Melanompatienten (Stadium III/IV) in einem vierwöchigen Zeitraum im März 2017, die nach der der damals gültigen S3-Leitlinie (Version 2 von 2016) behandelt wurden.

Ergebnisse: Zur jetzigen Auswertung lagen 408 auswertbare Datensätze von 5 HTZs vor. Es befanden sich 59 % der Patienten im Stadium IV und 41 % im Stadium III (IIIA 10 %/IIIB 16 %/IIIC 15 %). Das Durchschnittsalter lag bei 62 Jahren (22–92 Jahre). Der Anteil der Männer überwog mit 62 %. Hauptsächlich (zu 96 %) handelte es sich um Wiedervorstellungen zur medikamentösen Therapie oder Nachsorge verbunden mit einer intensiven Beratung. Dabei wurden 90 % der Patienten ausschließlich ambulant betreut. Jeder vierte Patient wurde in diesem Zeitraum im Tumorboard vorgestellt und ein Drittel der Patienten war in Studien eingeschlossen. Die BRAF-Testrate lag im Stadium IV bei über 90 %, im Stadium IIIB/C um die 60 % und im Stadium IIIA bei 28 %. Eine BRAF-V600 Mutation wurde bei 57 % der Patienten nachgewiesen. Die Lebensqualität wurde an den HTZs mit unterschiedlichen Fragebögen oder nur durch globale Fragen erfasst. Die Häufigkeit der Erfassung differierte.

Diskussion: Der Einfluss der Lebensqualität (LQ) auf die Compliance, konsequente Therapiedurchführung assoziiert möglicherweise mit einem besseren Krankheitsverlauf (rezidivfreies Überleben). Deshalb fordert die S3-Leitlinie zwar grundlegend eine gezielte, spezifische Erfassung der LQ, da hierdurch eine adaptierte Therapie möglich wird und damit verbundene Symptombesserungen erfassbar werden. Es gibt aber keine konsentrierte Empfehlung zur Handhabung, weder zur Häufigkeit der Abfrage noch zu Instrumenten/Fragebogen. Nach der S3-Leitlinie sollte ab dem Stadium IIIB auf eine BRAF-Mutation getestet werden. Dies wurde von den HTZs überwiegend erfüllt. Laut Leitlinie sollen Patienten ausführliche und angemessene Informationen zu Diagnostik, Therapie, Nachsorge und sozialmedizinischen Fragen erhalten. Der sehr hohe Anteil an Beratungsleistungen in den HTZs spiegelt dies wieder.

Fazit: Die Verteilung der Patienten auf die einzelnen Stadien stellte sich über alle HTZs unabhängig von ihrer Größe gleichmäßig dar, ebenso die Nachweisrate einer BRAF-Mutation. Insgesamt war die Beratungsleistung

an allen HTZs sehr hoch. Unterschiede zwischen den Zentren (Anteil Studienpatienten, operative Leistungen) erklären sich durch Spezialisierungen. Es zeigt sich eine sehr unterschiedliche Erfassung der Lebensqualität an den HTZs, was die Frage aufwirft, ob nicht die Entwicklung einer konsentrierten Empfehlung im Sinne der patientenzentrierten Versorgung wäre. Die finale Analyse aller Parameter und Darstellung in Unterstadien sowie der Vergleich zur MelaniE1 ist für Anfang 2019 geplant mit den Daten aus weiteren sieben Zentren.

R-10: Multiple myeloma treatment 1995–2016: new drugs lead to an improved survival in routine care

Rudolf Weide^{*1}, Stefan Feiten², Geothy Chakupurakal¹, Vera Friesenhahn², Kristina Kleboth², Hubert Köppler¹, Julia Lutschkin², Jörg Thomalla¹, Christoph van Roye¹, Jochen Heymanns¹

¹Praxisklinik für Hämatologie und Onkologie, Koblenz, Germany; ²Institut für Versorgungsforschung in der Onkologie, Koblenz, Germany

Background: The treatment of patients with multiple myeloma has evolved, improved, and significantly changed in the past decade through the introduction of several new drugs. The central question before the start of treatment, however, is still whether the patient is suitable for high-dose therapy with melphalan and subsequent autologous stem cell transplantation? **Methods:** Retrospective evaluation of all patients with multiple myeloma (MM) who were diagnosed and treated in an oncology group practice in Germany 1995–2016. All relevant data were extracted from patient files into a database and analyzed statistically using SPSS.

Results: 402 patients with a median age of 68 (27–92) were analyzed. 56% were male, 44% female. 43% were symptomatic at diagnosis. Age adjusted Charlson Comorbidity Index (CCI) was distributed as follows: CCI 2–3: 20%, CCI 4: 21%, CCI 5: 32%, CCI 6–13: 28%. ECOG score was 0–1 in 80% and 2–4 in 20%. Stage distribution according to Durie and Salmon was: stage I: 39%, stage II: 13%, stage III: 48%. 82% of all patients needed therapy. Therapy included high-dose melphalan with autologous stem cell support in 21%. Patients received a median of 3 therapy lines (1–15). Therapy lines most frequently applied were: lenalidomide + dexamethasone (RD) 9%, melphalan/prednisone (MP) 9%, thalidomide 8%, melphalan (high-dose) 6% and bortezomib + dexamethasone (VD) 5%. Drugs used in the order of frequency were: melphalan 21%, bortezomib 19%, thalidomide 15%, lenalidomide 15% and cyclophosphamide 13%. 81% of the patients received treatment with new drugs (thalidomide, lenalidomide, pomalidomide, bortezomib, carfilzomib, panobinostat, elotuzumab, daratumumab). Overall survival (OS) of the whole cohort was 5.6 years (0.1–31.0). Median OS according to stage was: stage I: 9.4 years (1.3–31.0), stage II: 4.8 years (0.4–16.5+), stage III: 4.3 years (0.1–28.4). Patients who had received treatment with new drugs had a significant longer OS compared to patients who never received new drugs (6.1 years (0.1–31.0) versus 3.2 years (0.4–15.9)) ($p < 0.001$). 59% of patients diagnosed before 2005 received new drugs compared to 96% of patients diagnosed after 2005. Multivariate analysis revealed as independent prognostic factors age, stage, treatment with new drugs, CCI and symptomatic disease at diagnosis.

Discussion: OS of patients with multiple myeloma who received new drugs has improved in routine care during the last 20 years. OS in routine care is comparable to treatment results achieved in randomized controlled trials. **Conclusion:** The introduction of new drugs led to an improved survival. This highlights the influence of evidence-based medicine on treatment strategies in routine care. The impact of this change in practice with respect to outcome needs to be further analyzed in the future. Therefore a multicenter project covering a treatment period from 2012 to 2017 will be conducted. Data of this multicenter project will be presented at the meeting.

Session L – Lebensqualität und Patient Reported Outcomes: 29.03.2019, 11.20–12.20 Uhr

L-01: Multizentrische Programme zur Erfassung von Patient-Reported Outcomes in der Routineversorgung von Krebspatientinnen und -Patienten in Europa – Ein systematischer Review

Madlen Scheibe^{*1}, Jochen Schmitt¹, Christoph Kowalski²

¹Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV), Universitätsklinikum und Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus an der TU Dresden Dresden, Dresden, Deutschland; ²Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Bereich Zertifizierung, Berlin, Deutschland

Hintergrund: Von Patienten berichtete Ergebnisqualität (Patient-Reported Outcomes/PROs) gewinnt für die klinische Entscheidungsfindung und Qualitätssicherung immer weiter an Bedeutung. Mittlerweile gibt es zahlreiche Studien, die den Nutzen von PROs zur Reduktion von Symptomen und Nebenwirkungen von Krankheit und Therapie und auf das Überleben zeigen. In klinischen Studien sind PROs mittlerweile etabliert, in der Routineversorgung jedoch nicht. Um beide Kernziele der PRO-Anwendung – die Verbesserung der individuellen Lebensqualität (Monitoring) und den Vergleich von Versorgern zur Ableitung von Qualitätsverbesserungsmaßnahmen (Benchmarking) zu erreichen, bedarf es versorgerübergreifender, einheitlicher Erfassungsprogramme. Wir führen einen systematischen Review zur Identifikation entsprechender Programme durch und beschreiben Hemmnisse und Gelingensfaktoren ihrer Implementierung. Die Arbeit ist Teil der von der Europäischen Kommission geförderten Joint Action „Innovative Partnership for Action Against Cancer“ (iPAAC) (Förderkennzeichen: 801520).

Methoden: Eingeschlossen werden Originalarbeiten, die Programme nutzen, die PROs zu mindestens zwei Zeitpunkten (in der Regel einmal vor und einmal nach einer Intervention) erheben und multizentrisch sind, d.h. in mehr als einem Krankenhaus oder mehr als einer Praxis durchgeführt werden und zentral ausgewertet werden. Weitere Einschlusskriterien sind die Nutzung einer identischen Befragungsinfrastruktur sowie von einheitlichen Rekrutierungsstandards. Da die Recherche dazu genutzt werden soll, im nächsten Schritt Empfehlungen für PRO-Programme abzuleiten, die in Krebszentren in Europa umgesetzt werden sollen, wird der Einschluss auf Programme aus Europa beschränkt. Die Suche erfolgt in den Datenbanken Medline und Embase mit einer Begrenzung auf Studien der letzten 15 Jahre. Zusätzlich werden die Literaturverzeichnisse der eingeschlossenen Arbeiten auf weitere themenrelevante Arbeiten geprüft. Entsprechend dem im Rahmen von systematischen Reviews üblichen Vorgehen werden die Suchtreffer unabhängig durch zwei Autoren sukzessive systematisch gesichtet, um die den Ein- und Ausschlusskriterien genügenden Arbeiten zu identifizieren. Ergänzend werden die iPAAC-Partner der 24 teilnehmenden Länder gebeten, Programme hinzuzufügen, die von unserer Suchzeichenfolge nicht identifiziert werden, zum Beispiel, weil zum Zeitpunkt der Suche noch keine Zeitschriftenveröffentlichung vorlag, das Programm jedoch bereits lief.

Ergebnisse: Die initiale Trefferzahl für beide Datenbanken liegt bei 5547 Arbeiten. Weitere Ergebnisse zum Screening, zum Einschluss sowie zur Datenextraktion und Evidenzsynthese werden zum QoCC vorliegen.

Diskussion: Die Arbeit wird entscheidende Hinweise liefern, wie PROMs in die Routineversorgung implementiert werden können und welche Hemmnisse und Gelingensfaktoren hier existieren. Zudem zeigt Sie die Relevanz des Themas aus Sicht von Patienten und Leistungserbringern.

Fazit: Der Review bietet eine systematische Analyse der Erfahrungen und publizierten Evidenz bei der multizentrischen Implementierung von PROMs. Die daraus abgeleiteten Maßnahmen sind ein wesentlicher Schritt für eine noch stärkere Patientenzentrierung in der Versorgung. Die Möglichkeiten der digitalen Vernetzung bieten hierfür eine wichtige Voraussetzung.

L-02: Lebensqualität bei Frauen mit einem duktalem Carcinoma in situ

Bettina Braun^{*1}, Marc-André Kurosinski¹, Laura Khil², Andrea Fuhs¹, Joke Tio³, Barbara Krause-Bergmann⁴, Oliver Heidinger², Hans-Werner Hense^{1,2}

¹Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin der Universität Münster,

²Landeskrebsregister NRW, Bochum, ³Universitätsklinikum Münster, Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Münster, ⁴St. Franziskus-Hospital, Klinik für Brusterkrankungen, Münster

Hintergrund: In der Diskussion des Mammographie-Screening-Programms (MSP) stehen vor allem die duktalem in-situ Karzinome (DCIS) hinsichtlich einer Überdiagnose und daraus folgender Übertherapie im Fokus. Aufgrund im Allgemeinen noch fehlender klinischer Symptome wird der weit überwiegende Anteil der DCIS erst bei einer Mammographie entdeckt und dann nach den Leitlinien operativ, radio-therapeutisch und eventuell medikamentös behandelt. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, wie sich dies in der Lebensqualität im Vergleich zu Frauen aus einer Allgemeinbevölkerung ohne Brustkrebs und zu Frauen mit invasivem Brustkrebs äußert.

Methoden: In zwei zertifizierten Brustzentren in Münster wurden von 2006 bis 2012 insgesamt (inklusive in-situ) 1534 neu diagnostizierte Mammakarzinome (MK) bei 50–69-jährigen Frauen behandelt. An alle zum Zeitpunkt der Studie (6/2015) noch lebenden Frauen ($n = 1399$) wurde ein standardisierter Fragebogen verschickt, der neben Angaben zu Demographie, Komorbidität und Brustkrebskrankung auch Fragen zur globalen Lebensqualität (LQ), den Functional Scales (FS) des EORTC QLQ-C23 und -C30 sowie den Hospital Anxiety and Depression (HADS)-Fragebogen enthielt. Daten zu Tumorcharakteristika bei Diagnose und zur operativen Therapie wurden aus den klinischen Krebsregistern ergänzt. Normative Referenzdaten der deutschen Allgemeinbevölkerung zum EORTC [1] und den HADS [2] lagen vor.

Ergebnisse: Von den 1399 Frauen hatten 279 (20 %) ein DCIS und 1120 (80 %) ein invasives MK. Von diesen schickten 166 Frauen (59,5 %) mit DCIS und 738 (65,9 %) der Frauen mit einem invasiven MK den Fragebogen. Die Frauen waren zum Zeitpunkt der Befragung durchschnittlich 65 Jahre alt. Nach einer Zeit von im Mittel 6,1 Jahre nach der Diagnose fanden sich keine Unterschiede zwischen Frauen mit DCIS und einem invasiven MK hinsichtlich der mittleren Scores für globale Lebensqualität, die verschiedenen Funktionsskalen der EORTC und von Ängstlichkeit oder Depression. Der Vergleich mit den deutschen Referenzdaten zeigte, dass sich alle Scores im Bereich der Allgemeinbevölkerung bewegten. Die Berücksichtigung weiterer Faktoren in multivariaten Analysen änderte das Ergebnis nicht.

Diskussion: Im Vergleich mit Normwerten aus der Allgemeinbevölkerung [1, 2] wiesen Frauen mit einem DCIS oder einem invasiven MK mehrere Jahre nach der Diagnose keine klinisch relevanten Unterschiede in den Scores für LQ, EORTC-FB und HADS auf. Therapeutische Modalitäten der Tumorbehandlungen und Komorbiditäten beeinflussten dieses Resultat nicht.

Fazit: Die Untersuchung zeigt, dass die (Über-)Diagnose von DCIS und invasivem Mammakarzinom sich mittelfristig nicht nachteilig auf verschiedene Aspekte der Lebensqualität auszuwirken scheint.

L-03: Psychometrische Validierung der deutschen Übersetzung des EPIC-26 zur Erfassung von PROs bei Patienten mit Prostatakarzinom

Nora Tabea Sibert^{*1}, Sebastian Dieng², Alisa Oesterle³, Ernst-Günther Carl⁴, Günter Feick⁵, Simone Wesselmann¹, Christoph Kowalski⁶

¹Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Berlin, Deutschland; ²Onkozeit GmbH, Datenmanagement, Neu-Ulm, Deutschland; ³Onkozeit GmbH, Neu-Ulm, Deutschland; ⁴BPS e.V., Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Pinneberg, Ehrenamtlich, Tornesch, Deutschland; ⁵Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V., Haus der Krebs-Selbsthilfe, Bonn, Deutschland; ⁶Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Bereich Zertifizierung, Berlin, Deutschland

Hintergrund: Das Prostatakarzinom (PKa) ist die häufigste Tumorentität des Mannes in Deutschland. Da dabei die Mortalität gering ist bei steigenden Überlebensrate, die jedoch zum Teil mit schweren Symptomen und Funktionseinschränkungen als Folge der Erkrankung und Behandlung einher gehen, sollten neben klassischen klinischen Ergebnisparametern (z. B. PSA-Wert) auch Patient-reported Outcome Messungen (PROs) – also die Erfassung von patientenberichteten krankheitsspezifischen Symptomen und Funktionen – wesentlicher Bestandteil der klinischen Ergebnisqualitätsmessung sein. Aktuelle Studien heben hervor, dass allein die Erhebung von PROs das allgemeine Überleben nach einer onkologischen Erkrankung verbessern kann. Es ist also von großer Bedeutung, dass zuverlässige und validierte psychometrische Instrumente für die Messung von PROs zur Verfügung stehen, die PKa-spezifische Symptome und Funktionen reliabel messen. Der international verbreitete „Expanded Prostate Cancer Index Composite with 26 items“ (EPIC-26), ein vom International Consortium for Health Outcome Measurement (ICHOM) empfohlenes Instrument zur Messung von fünf für das PKa wesentlichen Domänen der Ergebnisqualität (irritative/obstruktive, Inkontinenz-, gastrointestinale, sexuelle und hormonelle Symptomatik), wurde von uns in seiner deutschen Übersetzung psychometrisch validiert.

Methoden: Eine deutsche Übersetzung des originär im amerikanischen Englisch entwickelten Fragebogens wurde von 3094 Patienten mit lokalisiertem oder lokal fortgeschrittenem PKa (M0) prätherapeutischen für die „Prostate Cancer Outcome“-Studie beantwortet. 503 dieser Patienten bearbeiteten den Fragebogen zusätzlich posttherapeutisch 12 Monate später. Innere Konsistenz, Sensitivität und Konstruktvalidität des deutschen EPIC-26 wurden untersucht und mit den Validierungsdaten des originalen EPIC-26 und anderen Übersetzungen verglichen.

Ergebnisse: Die innere Konsistenz aller Domänen war zufriedenstellend (Cronbachs Alpha zwischen 0,64 und 0,93). Die Korrelationskoeffizienten zwischen Items und Domänen zeigten akzeptable Zusammenhänge zwischen den Items und den ihnen zugeordneten Domänen (alle $> 0,30$), wobei die niedrigsten Werte für die Items „blutiger Stuhlgang“ ($r = 0,37$) and „Brustprobleme“ ($r = 0,32$) gefunden wurden. Eine konfirmatorische Faktorenanalyse bestätigte die fünf postulierten Domänen als latente Variablen des EPIC-26 (CFI = 0,95). Signifikante Unterschiede zwischen prä- und posttherapeutischen EPIC-26 Werten ($p < 0,001$) wurden in den beiden urologischen und der sexuellen Domäne gefunden.

Diskussion: Unsere Ergebnisse stimmen mit den psychometrischen Messungen des originalen EPIC-26, als auch mit anderen Übersetzungen überein. Die Resultate der Sensitivitätsanalyse sind vor dem Hintergrund des Patientenkollektivs (2608 Patienten ausschließlich durch eine radikale Prostatektomie versus 221 Patienten ausschließlich durch Bestrahlung behandelt) plausibel.

Fazit: Die psychometrischen Auswertungen legen nahe, dass die deutsche Übersetzung des EPIC-26 ein gut konstruiertes Instrument zur Messung von patientenberichteter, gesundheitsbezogener Lebensqualität bei Patienten mit PKa darstellt. Wir unterstützen deshalb die Empfehlung des ICHOM, den EPIC-26 klinisch, als auch für die Forschung zur Erhebung von PROs zu verwenden.

L-04 Determinants of locally treated prostate cancer patients' self-reported functional status (EPIC-26) prior to definitive treatment

Rebecca Hein^{*1}, Sebastian Dieng², Alisa Oesterle², Günter Feick³, Cünther Carl⁴, Simone Wesselmann⁵, Christoph Kowalski⁶

¹IMSB – Uniklinik Köln, Cologne, Germany; ²Onkozeit GmbH, Neu-Ulm, Germany; ³BPS e.V., Bonn, Germany; ⁴FHbP, Bonn, Germany; ⁵Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Berlin, Germany; ⁶Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Bereich Zertifizierung, Berlin, Germany

Background: Prostate cancer patients' (PCaP) self-reported functional status (sr-FS) is not solely a result of treatment but varies substantially before definitive treatment both between patients and across providers. In the advent of outcomes measurement, knowledge on this issue is of high importance to interpret provider comparisons. However, reports on correlates of sr-FS are scarce. This contribution describes the association of

patient and center characteristics with pre-therapeutic patient-reported symptom and function scores (EPIC-26) based on the German subset of the TrueNTH Global Registry.

Methods: The German subset comprises data from 3094 locally treated PCaP from 44 Prostate Cancer Centers (PCC) in Germany recruited between July 2016 and April 2018. We estimated multilevel regression models to predict each of the five EPIC-26 scores (“urinary incontinence”, “urinary irritative/obstructive”, “hormonal”, “bowel”, “sexual”) on the basis of patient disease and treatment characteristics—as suggested by the ICHOM standard set for localized prostate cancer—as well as sociodemographic information and PCC characteristics..

Results: Pre-therapeutic sr-FS scores “sexual” and “urinary incontinence” varied significantly across PCCs. All pre-therapeutic sr-FS scores were associated both with disease and sociodemographic characteristics, most notably age (except for “bowel”) and type of therapy. Across all sr-FS scores before treatment, lower scores were observed for lower educational groups and worse disease characteristics (except for “urinary incontinence”). Regarding center characteristics, better patient recruitment was positively associated with the “bowel” domain.

Discussion: The results presented identify patient characteristics associated with impaired sr-FS before treatment and may assist treatment decision making. Scores may also serve as references for the affected German population. Results also allow insight into why adjusting for patient case-mix is necessary when comparing sr-FS across providers. Understanding the principles of these adjustment necessities is essential for health care providers and policy makers to interpret outcomes data.

Conclusion: Adjustment for case-mix taking into account sociodemographic, disease and treatment characteristics is essential when comparing sr-FS across providers. Consequently, we will further investigate the importance of case-mix adjustment for post-therapeutic scores in a future study.

L-05: Krankheitslast und Versorgungssituation bei Sarkomen (PROSA) – Studiendesign und Deskription

Martin Eichler^{*1}, Stephan Richter², Peter Hohenberger³, Bernd Kasper⁴, Dimosthenis Andreou⁵, Peter Reichardt⁶, Markus Wartenberg⁷, Maria Eberlein-Gonska⁸, Gerhard Ehninger⁹, Martin Bornhäuser¹⁰, Jochen Schmitt¹¹, Markus Schuler¹²

¹Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, Medizinische Klinik und Poliklinik 1, Dresden, Deutschland; ²Universitätsklinikum Dresden, Medizinische Klinik 1, Dresden, Deutschland; ³Universitätmedizin Mannheim, Spez. Chirurgische Onkologie & Thoraxchirurgie (Sco&tch), Chirurgische Universitätsklinik, Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg, Mannheim, Deutschland; ⁴Sarkom-Zentrum, Universitätsklinikum Mannheim, Interdisziplinäres Tumorzentrum Mannheim, Mannheim, Deutschland; ⁵Universitätsklinikum Münster, Münster, Deutschland; ⁶Helios Klinikum, Helios Klinikum Berlin-Buch Klinik für Interdisziplinäre Onkologie Sarkomzentrum Berlin-Brandenburg, Klinik für Interdisziplinäre Onkologie, Sarkomzentrum Berlin-Brandenburg, Berlin, Deutschland; ⁷Das Lebenshaus e.V., Wölfersheim, Deutschland; ⁸Universitätsklinikum Dresden, Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement, Dresden, Deutschland; ⁹Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Medizinische Klinik und Poliklinik I, Universitäts Krebszentrum (Ucc), Dresden, Deutschland; ¹⁰ Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Medizinische Klinik I, Dresden, Deutschland; ¹¹Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV), Dresden, Deutschland; ¹²Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Medizinische Klinik und Poliklinik 1, Dresden, Deutschland

Hintergrund: Sarkome stellen die Diagnostik, Behandlung und Forschung vor anhaltende Herausforderungen. Sie gehören mit rund 5000 Neuerkrankungen pro Jahr in Deutschland zu den seltenen Erkrankungen, welche zusätzlich noch eine Vielzahl verschiedener Unterkategorien und Lokalisationen umfasst. Sarkomerkrankungen erfordern häufig komplexe Behandlungsroutinen und bringen im Krankheits- wie Behandlungsver-

lauf häufig eine schwere Symptomlast mit sich. In Deutschland fehlt es sowohl an Längsschnittuntersuchungen zur Lebensqualität und anderen patientenrelevanten Endpunkten als auch an einem bundesweiten Netzwerk, das die verschiedenen Stakeholder und Aktivitäten koordiniert.

Methoden: Aufbau eines bundesweiten Rekrutierungsnetzwerkes von Sarkom behandelnden Kliniken und Praxen. Durchführung einer prospektiven Kohortenstudie innerhalb des Netzwerkes. 1124 Patienten, ca. 400 davon in palliativer Therapiesituation, sollen in ca. 100 Studienzentren und zuweisenden Einrichtungen im Zeitraum zwischen 09/2017 und 01/2019 rekrutiert werden. Die Daten werden an drei Erhebungszeitpunkten (Einschluss, 6 Monate und 12 Monate) erhoben und werden sowohl auf Ebene der Versorger als auch auf individueller Patientenebene qua standardisierter und selbstentwickelter Fragebögen erfasst. Auf Ebene der Kliniken werden Qualitäts- und Strukturdaten erfragt, auf Ebene der Patienten Soziodemographie, Lebensstil, Krankheit- und Behandlungsverlauf sowie patientenberichtete Angaben wie Lebensqualität und psychische Belastung. Die Datenerhebung wird mittels der Datenbank REDCap durchgeführt.

Ergebnisse: Das Rekrutierungsnetzwerk konnte in 2017 und 2018 erfolgreich aufgebaut werden. Dazu gehören aktuell 45 Studienzentren mit ca. 20 weiteren Subzentren und zuweisenden Institutionen. Daneben wurde ein Expertenbeirat etabliert, in welchem die an der Sarkombehandlung beteiligten Fachdisziplinen sowie Vertreter von Fachgesellschaften und Patientenorganisationen vertreten sind. Ziel der Patientenbefragung ist die Untersuchung möglicher Zusammenhänge zwischen Krankheits-, Struktur- und Behandlungsparametern auf der einen Seite und patientenberichteter Angaben auf der anderen Seite mit einem Fokus auf der Identifikation veränderbarer Parameter. Zum Zeitpunkt der Einreichung dieses Abstracts im Nov 2018 sind 838 Patienten in die Studie eingeschlossen worden. Finale deskriptive Daten der Baseline werden zum Zeitpunkt des QoCC vorliegen. Eine Zwischenauswertung mit 539 vorliegenden Datensätzen ergab ein durchschnittliches Alter von 53 Jahren. 47 % der Patienten waren weiblich, 75 % befanden sich in einer kurativen Behandlungssituation. 69 % der Patienten hatten Weichteil-, 20 % Knochensarkom und 11 % GIST. Die größten histologischen Subgruppen bildeten undifferenzierte/unklassifizierte Sarkome und Liposarkome mit je 17 % und glattmuskuläre Sarkome mit 12 %. 41 % der Patienten befanden sich in Behandlung. Bei 61 % war ein high-grade Sarkom diagnostiziert worden (16 % low-grade, 23 % unbekannt).

Fazit: Detaillierte Informationen zur Lebensqualität, zu Versorgungswegen und -qualität können dazu beitragen, die medizinische Versorgung zu verbessern. Die Kenntnis der Patientenperspektiven hilft dabei translationale Forschung zu entwickeln, die relevant für die Patienten ist.

L-06: Die elektronische Erfassung von patientenberichteter Lebensqualität auf einer radioonkologischen Station – Pilothafte Implementierung und Prozessevaluation

Thomas Nordhausen^{*1}, Haifa Kathrin Al-Ali², Gabriele Meyer³, Dirk Vordermark⁴, Heike Schmidt⁵

¹Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät, Halle (Saale), Deutschland;

²Universitätsklinikum Halle (Saale), Universitätsklinik und Poliklinik für Innere Medizin IV, Krukenberg-Krebszentrum, Halle (Saale), Deutschland;

³Martin-Luther-University Halle-Wittenberg, Medical Faculty, Institute of Health and Nursing Science, Halle, Deutschland; ⁴Universitätsklinik und Poliklinik für Strahlentherapie Haus I, Universitätsklinikum Halle (Saale), Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie, Halle/S., Deutschland;

⁵Universitätsklinikum Halle (Saale), Martin Luther Universität Halle Wittenberg, Medizinische Fakultät, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Halle (Saale), Deutschland

Hintergrund: Die Erfassung von patientenberichteter gesundheitsbezogener Lebensqualität (HRQOL) und von patient-reported outcomes liefert relevante Informationen darüber, wie Krebspatient*innen ihre Krankheit und Therapie erleben und welche Belastungen für sie damit einhergehen. Da die Einbindung in die klinische Routine eine komplexe Intervention

darstellt, für die viele Aspekte, Komponenten und Beteiligte berücksichtigt werden müssen, ist dafür ein wissenschaftlich fundiertes, sorgfältig geplantes und strukturiertes Vorgehen notwendig.

Im Rahmen dieses Projektes soll die Implementierung der EDV-gestützten Erfassung von HRQOL pilothaft nach wissenschaftlichen Standards (MRC Framework 2013, EORTC Manual 2016) durchgeführt und evaluiert werden. Basierend auf den gewonnenen Erkenntnissen soll ein Leitfaden für die Implementierung in weiteren klinisch-onkologischen Settings entwickelt werden. Methoden: Das Projekt beinhaltet 5 Phasen: 1. Ist-Stand Analyse zur Erfassung von Optimierungsbedarf und abteilungsspezifischen Förderfaktoren/Barrieren; 2. Auswahl der Erfassungsinstrumente und Entwicklung von Behandlungspfaden; 3. Entwicklung und Durchführung interdisziplinärer Personalschulungen (Präsenztermine und e-learning); 4. Implementierung mit Prozessanalyse und Optimierung durch kontinuierliches Monitoring; 5. Evaluation und Erstellung des Leitfadens.

Ergebnisse: Die Ist-Stand-Analyse zeigte Optimierungsbedarf bzgl. der standardisierten Erfassung von HRQOL und individueller Symptombelastung. Bei inhaltlicher Aufgeschlossenheit des Personals gegenüber der Implementierung wurden limitierte Zeit- und Personalressourcen als größte Barrieren identifiziert. Folgende Erfassungszeitpunkte und -instrumente wurden im interdisziplinären Konsens festgelegt: Screening zu Therapiebeginn und -ende mittels EORTC QLQ-C30 ergänzt durch Organmodule; Symptommonitoring täglich (Station) bzw. wöchentlich (Ambulanz) mittels EORTC Einzelitems. Mit Unterstützung der beteiligten Berufsgruppen wurden leitlinienbasierte Behandlungspfade entwickelt, um ein standardisiertes interdisziplinäres Vorgehen zu gewährleisten. Die interdisziplinären Präsenzs Schulungen fokussieren auf folgende Themen: Notwendigkeit von HRQOL Screening und Symptommonitoring, Interpretation der Ergebnisse, Behandlungspfade, entsprechende Kommunikation mit Patienten, Anwendung der Software. Um die Nachhaltigkeit zu gewährleisten, werden die Schulungen durch e-learning Module ergänzt, die auch Videobeispiele enthalten. Bis Frühjahr 2019 sollten die ersten Daten zur Evaluation der Implementierung vorliegen, einschl. des benötigten personellen/zeitlichen Aufwands.

Diskussion und Fazit: Mit dieser pilothaften Implementierung soll ein strukturiertes Vorgehen entwickelt und getestet werden. Bereits jetzt zeigt sich die Notwendigkeit einer sorgfältigen Planung und der möglichst frühzeitigen Einbeziehung aller Beteiligten, einschl. der klinischen EDV-Abteilung. Im Rahmen der Prozessevaluation werden Erkenntnisse zu Setting-spezifischen Förderfaktoren und Barrieren der Implementierung elektronischer Erfassung von HRQOL erwartet, die als Grundlage für die Erstellung des Leitfadens zur Einführung in andere klinisch-onkologische Settings dienen sollen. Der Leitfaden sollte im Rahmen einer folgenden multizentrischen Studie getestet werden, um die Verallgemeinerbarkeit zu verbessern.

L-07: Age-specific health-related quality of life in disease-free long-term prostate cancer survivors versus population controls—results from a population-based study

Salome Adam^{*1}, Daniela Doeg², Lena Koch-Gallenkamp³, Melissa Thong⁴, Heike Bertram⁵, Andrea Eberle⁶, Bernd Holleczek⁷, Ron Pritzkuleit⁸, Mechthild Waldeyer-Sauerland⁹, Annika Waldmann¹⁰, Sylke Zeissig¹¹, Lina Jansen¹², Sabine Rohrmann¹³, Hermann Brenner¹⁴, Volker Arndt¹⁵

¹Epidemiology, Biostatistics and Prevention Institute, Zürich, Switzerland;

²Unit of Cancer Survivorship, Division of Clinical Epidemiology and Aging Research, German Cancer Research Center (Dkfz), Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ), Cancer Survivorship (C071), Heidelberg, Germany; ³Division of Clinical Epidemiology and Aging Research, German Cancer Research Center (Dkfz), Deutsches Krebsforschungszentrum, Klinische Epidemiologie und Altersforschung, Heidelberg, Germany;

⁴Unit of Cancer Survivorship, Division of Clinical Epidemiology and Aging Research, German Cancer Research Center (Dkfz), Heidelberg, Germany;

⁵Cancer Registry of North Rhine-Westphalia, Bochum, Germany; ⁶Bremen Cancer Registry, Leibniz Institute for Prevention Research and Epidemiology – BIPS, Bremen, Germany; ⁷Krebsregister Saarland, Saarland, Germany;

⁸Schleswig-Holstein Cancer Registry, Krebsregister Schleswig-Holstein, Lübeck, Germany; ⁹Hamburgisches Krebsregister, Hamburg, Germany;

¹⁰Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg, Hamburgisches Krebsregister, Hamburg, Germany; ¹¹Krebsregister Rheinland-Pfalz gGmbH, Krebsregister Rheinland-Pfalz gGmbH, Mainz, Germany; ¹²Division of Clinical Epidemiology and Aging Research, German Cancer Research Center (Dkfz), Heidelberg, Germany;

¹³Division of Chronic Disease Epidemiology, Epidemiology, Biostatistics and Prevention Institute (Ebpi), University of Zurich, Zurich, Switzerland; ¹⁴Dkfz – Abteilung Klinische Epidemiologie und Altersforschung, Deutsches Krebsforschungszentrum, Klinische Epidemiologie und Altersforschung, Heidelberg, Germany; ¹⁵Deutsches Krebsforschungszentrum, Cancer Survivorship, Heidelberg, Germany

Background: Prostate cancer (PC) and its treatment may potentially affect PC survivors' health-related quality of life (HRQoL) over years. Although it has been shown that HRQoL is age-specific, so far, only one study has assessed age-specific HRQoL in long-term PC survivors (≥5 years since diagnosis) in comparison to non-cancer population controls. It is of interest, whether potential long-term HRQoL deficits of PC survivors vary by age and time since diagnosis.

Methods: The study sample included 1975 disease-free PC survivors (5–16 years after diagnosis) and 661 cancer-free population controls, recruited from two population-based studies (CAESAR+ and LinDe) in Germany. HRQoL was assessed using the *European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30* questionnaire. Differences in HRQoL between survivors and controls were assessed with multiple regression, controlling for age at survey and education.

Results: In general, PC survivors reported HRQoL and symptom-burden levels comparable to the general population, except for significantly poorer social functioning and higher burden for diarrhoea and constipation. In age-stratified analyses, PC survivors up to 69 years were found to suffer from persistent detriments of HRQoL as they indicated poorer global health status and social functioning than population controls among others. Stratification by time since diagnosis revealed little difference between the subgroups.

Discussion: The result that disease-free long-term PC survivors have a comparable HRQoL compared to cancer-free population controls is similar to results from studies conducted in France and the Netherlands. It is interesting that we found most detriments in social functioning of PC survivors compared to controls. An explanation for this finding might be that long-term PC survivors continue to suffer from problems such as urinary incontinence or diarrhoea even after treatment, which might limit PC survivors' ability to join social activities. The general trend in our analysis that PC survivors up to age 69 years reported lower HRQoL compared to cancer-free controls than PC survivors ≥70 years compared to controls could be explained by a normalization process. Older individuals might perceive cancer as a chronic illness as an expected part of their life course. Further,

older individuals are more likely to have lived with other pre-cancer chronic conditions that may normalize the experience of cancer.

Conclusion: Long-term disease-free PC survivors reported overall good HRQoL, but experienced specific detriments compared to cancer-free population controls. Especially PC survivors up to age 69 years suffer from persistent specific detriments of HRQoL. Our data suggest that these detriments do not improve with increasing time since diagnosis. Therefore, it is essential to provide targeted interventions to avoid that PC-related and treatment-related symptoms become chronic and to enhance social functioning.

L-08: Fatigue als belastende Komorbidität bei uroonkologischen Patienten mit fortgeschrittenem Tumorleiden

Desiree Louise Dräger^{*1}, Maxi Madlen Müller², Eva-Maria Fritz², Karoline Kernig², Oliver Hakenberg²

¹Universitätsmedizin Rostock, Klinik und Poliklinik für Urologie, Universitätsmedizin Rostock, Rostock, Deutschland; ²Universitätsmedizin Rostock, Rostock, Deutschland

Hintergrund: Tumorassoziierte Fatigue (CrF) ist eine häufige Begleitscheinung bei Tumorpatienten (78–96 %), die durch Erschöpfung, Abgeschlagenheit, Müdigkeit, Kraftlosigkeit und verminderte Leistungsfähigkeit charakterisiert ist. Sie wird von Patienten als stark belastend empfunden. Die genaue Ätiopathogenese ist nicht bekannt, jedoch ist von einem multifaktoriellen Geschehen auszugehen. In allen Abschnitten der Tumorbehandlung (Diagnostik, Therapie, Nachsorge und Palliation) kommt der Fatigue eine für den Patienten besondere Rolle zu. Bislang liegen kaum Patient-reported Outcomes-Untersuchungen zu Fatigue in der Uroonkologie vor. Wir untersuchten mithilfe eines standardisierten Fragebogens das tumorbedingte Fatigue-Syndrom bei uroonkologischen Patienten mit fortgeschrittenem Tumorleiden.

Methoden: Querschnittsanalyse von metastasierten Tumorpatienten ($n=137$) mit lokoregionären und/oder Fernmetastasen, die sich einer ambulanten oder stationären systemischen Therapie unterzogen. Evaluiert wurde das Patientenkollektiv mit einem standardisierten Fragebogen zur Beurteilung von körperlichen und funktionellen Aspekten der CrF (FACT-F). Es wurden Aussagen über Fatigue, das Behandlungsmanagements sowie Anamnese, Ausmaß weiterer Symptome (Schmerz, Übelkeit/ Erbrechen, Depression, Dyspnoe, Inappetenz/Gewichtsverlust), Funktionsfähigkeit und globale Lebensqualität.

Ergebnisse: Fatigue wurde in 58 % der Fälle beschrieben (Range „etwas bis sehr betroffen“). Von Schmerzen oder Übelkeit/Erbrechen berichteten 34 % bzw. 29 %. In 52 % wurden diese Symptome dem behandelnden Arzt nicht mitgeteilt. Nur 15 % der Patienten erhielten eine Behandlung bzw. Beratung hinsichtlich des Managements einer CrF. In 45 % wurde die Symptomkontrolle als unzureichend beurteilt. 16 % berichteten, dass Fatigue gelindert oder kontrolliert werden kann. Der mediane FACT-F-Score betrug 21 (Range 0–53). In der multivariaten Analyse zeigte sich eine Korrelation zwischen CrF und Lebensqualität, Depression, Dyspnoe, Gewichtsverlust, Inappetenz und Analgetikagebrauch.

Diskussion: Die tumorassoziierte Fatigue in der Uroonkologie ist eine ernst zu nehmende Befindungsstörung mit belastenden physischen, psychischen und sozialen Auswirkungen. Symptome der CrF sind mit kürzeren Überlebenszeiten und erhöhter Sterblichkeit assoziiert. Sie korreliert mit einer verminderten Lebensqualität sowie einer herabgesetzten Therapieadhärenz.

Fazit: Beschwerden der CrF im klinischen Alltag werden kaum systematisch erfragt, was zu einer unzureichenden Wahrnehmung der Belastung und vor allem der Behandlungsbedürftigkeit führt. Gründe für eine unzureichende Kommunikation über CrF finden sich sowohl bei den Patienten als auch bei den Behandlern und umfassen Untertreibung, die Vorstellung, dass CrF notwendiger Bestandteil der Erkrankung und Therapie sei, Zeitmangel sowie fehlende Kenntnisse zu Diagnostik und Behandlungsmöglichkeiten.

L-09: Effect of stellate ganglion block with procaine on hot flashes and sleep disturbance in breast cancer patients

Sven Soecknick*

Lübeck, Germany

Background: Breast cancer survivors taking endocrine therapy (ET) suffer in high rates from side effects like hot flashes and sleep disturbance accompanied with sad life quality and therefore also quit ET often early and reduce their chances to survive. Current guidelines recommend pregabalin, SSRI, yoga or acupuncture. The special role of side effects related to the compliance of taking ET for 5–10 years, determines new and effective therapies. Stellate ganglion block—SGB—has shown evidence, safety and efficacy in treatment of hot flashes and sleep disturbance in patients undergoing ET. SGB also pointed to be more effective than pregabalin without its systemic side effects. But a practical guideline for long term use attendant to ET and an acceptable cost-effectiveness ratio is still missing. Our idea was to use procaine primarily, while presuming the same effectiveness paired with lower toxic risks and less expenditure compared to bupivacaine and resulting lower costs.

Methods: 14 Pre- and 15 postmenopausal breast cancer survivors taking ET and suffering from severe hot flashes and sleep disturbance received SGB at the contralateral side of the breast cancer using technique from Leriche & Dosch modified by Fischer. Procaine 1% 5 ml was applied per each SGB injection. Daily diaries were used to measure weekly total hot flashes score and weekly sleep quality score from baseline up to 24 weeks. Reduction of hot flashes and sleep disturbance was analysed by using generalised-estimating-equations-models, significance was tested by Wald-Chi-Square test.

Results: 29 patients took part and none refused SGB. All Patients received SGB every 4 weeks. SGB was found to be a safe procedure as expected, no severe side effects were seen in all SGB. Effect was noted by temporary Horner's syndrome. Weekly total hot flash score was reduced from baseline by –33.6% ($p < 0.01$) after the first month and –58.8% ($p < 0.01$) after 6 months. Weekly sleep disturbance was reduced from baseline by –22.3% ($p < 0.01$) after the first month and –50.8% ($p < 0.01$) after 6 months. We've seen a wavelike reduction over six months, that indicates, as Haest et al. found, that single SGB has limited effect during continuously taken ET.

Discussion: SGB itself is well known as a very safe and effective procedure since decades. We found procaine in stellate ganglion block is as effective as bupivacaine. The lower risk of using procaine leads to acceptable costs in long term use attending patients undergoing ET. Although our study, like all others, doesn't come up with a placebo group, we suppose our statistically significant reduction in hot flashes and sleep disturbances after one month and after six months to be better than expected with placebo as Sloan et al. also considered. We also concluded a limited effect of single SGB and therefore, that each woman might need a personal interval of SGB according to her individual impact.

Conclusion: SGB shouldn't be furthermore refrained in hot flashes and sleep disturbance because of its ability in raising life quality and compliance by reducing side effects while taking ET as long as its intended period. Due to this and former studies, SGB, done with local anaesthetics, should find its way to German and international guidelines as the currently most value method in treating side effects of endocrine therapy.

L-10: Effektivität und Nebenwirkungen des Dignicap Systems zur Vermeidung von zytostatika induzierter Alopezie

Lena Traub*, Fariba Khandan, Christiane Brandi, Marc Thill

Agaplesion Markus Krankenhaus, Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Frankfurt am Main, Deutschland

Hintergrund: Die Zytostatika-induzierte Alopezie (ZIA) bedeutet für viele Frauen eine psychische Belastung mit Beeinträchtigung des Körper- und Selbstwertgefühls. Eine kontrollierte Kopfhautkühlung verursacht durch lokale Vasokonstriktion eine reduzierte Zytostatika-Aufnahme und Aktivität an den Haarwurzeln. Das DigniCap® System (Dignitana™) zeigte in

Studien Erfolgsraten zwischen 56 und 67 %, wobei differente Erfolgskriterien zugrunde lagen.

Methoden: Seit Oktober 2015 erhielten 80/100 Mammakarzinom-Patientinnen in der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe des AGAPLESION Markus Krankenhauses ihre (neo-) adjuvante oder palliative Chemotherapie simultan zur Kopfhautkühlung mittels DigniCap®. Am häufigsten wurden Anthrazyklin- und Taxan-basierte Chemotherapie-Regime, teils in Kombination mit den Antikörpern Trastuzumab, Pertuzumab und Bevacizumab, appliziert. Weitere Behandlungsoptionen waren unter anderem Carboplatin/Paclitaxel, nab-Paclitaxel Mono, Eribulin Mono. Mithilfe von standardisierten Fragebögen und einer Fotodokumentation erfolgte die Evaluation der Effektivität und der Nebenwirkungen von DigniCap®. Ausgewertet wurden sowohl die subjektive Einschätzung der Patientinnen hinsichtlich Verträglichkeit sowie ausbleibender Alopezie nach Dean Grad, als auch die objektive Fotodokumentation. Als Erfolg wurde ein maximaler Haarverlust <25 % (entsprechend Dean Grade ≤1) definiert.

Zielsetzung der Studie: Ziel der prospektiven, unizentrischen Kohortenstudie ist es, die Effektivität und Nebenwirkungen des DigniCap® Systems zur Vermeidung von ZIA zu untersuchen.

Ergebnisse: Bis dato blieb bei 4 Patientinnen eine ZIA komplett aus (5,6 %), in 48 Fällen wurde lediglich ein Haarverlust <25 % dokumentiert (66,7 %). 35/80 Patientinnen beschrieben Nebenwirkungen des DigniCap® Systems, wie kühlungsbedingter Kopfschmerz und/oder eine Alopezie (43,75 %).

Zusammenfassung: Die bisherige Auswertung zeigt, dass das DigniCap® Systems mit Nebenwirkungen (43,75 %) verbunden ist, jedoch die Wahrscheinlichkeit einer Zytostatika induzierten Alopezie (<25 % Haarverlust), selbst bei anthrazyklinhaltigen Regimen, in 66,7 % effektiv reduziert werden kann.

Session O – Patientinnen- und Patientenorientierung: 29.03.2019, 11.20–12.20 Uhr

O-01: IKNOW I – Online-gestützte Beratung von BRCA1/2-Mutationsträgerinnen zu Erkrankungsrisiken und prophylaktischen Maßnahmen

Laura Besch^{*1}, Friederike Kendel¹, Markus Feufel², Caren Hilger¹, Gudrun Rauwolf², Dorothee Speiser³

¹Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Psychologie, Berlin, Deutschland; ²Technische Universität Berlin, Fachbereich Psychologie und Arbeitswissenschaft, Berlin, Deutschland; ³Charité – Universitätsmedizin Berlin, Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs, Berlin, Deutschland

Hintergrund: Frauen mit einer Mutation in den Hochrisikogenen BRCA1/2 haben ein erhöhtes Risiko im Laufe ihres Lebens an Brust- und/oder Eierstockkrebs zu erkranken. Die Beratung der Betroffenen hinsichtlich ihrer Screening- und Präventionsoptionen stellt ÄrztInnen vor Herausforderungen. Mediziner müssen mit der schnell wachsenden Evidenz Schritt halten und komplexe Informationen verständlich vermitteln. Ratsuchende müssen Risiken und Handlungsoptionen verstehen, um schwerwiegende Entscheidungen informiert treffen zu können. Das online-gestützte Beratungstool – iKNOW – soll ÄrztInnen und ratsuchende Frauen unterstützen.

Methoden: Es wird ein online-gestütztes Beratungstool entwickelt, das ÄrztInnen in der Beratung strukturell unterstützt und das Verständnis der Ratsuchenden verbessern soll. Risiken und Informationen werden individualisiert und entsprechend der Bedürfnisse der Ratsuchenden dargestellt. Bestehende Leitlinien zum Thema werden in erklärende Grafiken und Illustrationen umgewandelt. Im Rahmen einer multizentrischen, randomisiert-kontrollierten Interventionsstudie ($N = 200$; $n = 100$ Interventionsgruppe; $n = 100$ Kontrollgruppe) wird das Beratungstool im klinischen Alltag zu vier Messzeitpunkten (T0: vor der Beratung; T1: unmittelbar nach der Beratung; T2: vier Wochen nach der Beratung; T3: sechs Monate nach der Beratung) evaluiert. Primärer Endpunkt ist das Risikoverständnis

der Ratsuchenden. Sekundäre Endpunkte sind Krankheitsangst, gesundheitsbezogene Lebensqualität, subjektive Risikowahrnehmung und Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen. Zusätzlich soll eine Nutzerbewertung von ÄrztInnen und Ratsuchenden erfolgen.

Ergebnisse: Die präsentierten Beratungsinhalte sollen nach der Beratungssitzung zugänglich bleiben. Den Ratsuchenden werden zudem Formate bereitgestellt, die sie in ihrer Situation und bei Entscheidungsprozessen unterstützen. Alle Inhalte sind evidenzbasiert und können kontinuierlich an den sich ändernden Wissensstand angepasst werden. Die beratenden Ärzte können die Datenauswahl und -eingabe an individuelle Präferenzen und den klinischen Bedarf anpassen

Diskussion: *iKNOW* ist ein wichtiger Schritt zu einer patientenzentrierten Versorgung im Zeitalter der personalisierten Medizin. Das Beratungskonzept kann inhaltlich auf andere Beratungsszenarien übertragen werden. Herkömmliche IT-Lösungen ermöglichen eine ressourceneffektive Umsetzung. Bei einer erfolgreichen Evaluation soll das *iKNOW*-Beratungstool in die Regelversorgung übernommen und die Inhalte an die aktuelle Evidenz regelmäßig angepasst werden.

O-03: PAKOME-RCT: Projektskizze für die Evaluation einer evidenzbasierten Patienteninformation (EBPI) zum Melanom

Lydia Reinhardt^{*1}, Julia Bruetting¹, Maik Bergmann¹, Dirk Schadendorf², Carola Berking³, Christiane Weber⁴, Wolfgang Tilgen⁵, Friedegund Meier¹

¹Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, Hauttumorzentrum am Universitätskrebzentrum, Klinik und Poliklinik für Dermatologie, Dresden, Deutschland; ²Universitätsklinikum Essen, Klinik für Dermatologie, Lenkungsgruppe, Nationale Versorgungskonferenz Hautkrebs (Nvkh), Essen, Deutschland; ³Klinikum der Universität München, Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie, Dermato-Onkologie, München, Deutschland; ⁴Dr. Christiane Weber Projektmanagement-Beratung-Training, Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Onkologie (Ado), Saarbrücken, Deutschland; ⁵Emeritus, Lenkungsgruppe, Nationale Versorgungskonferenz Hautkrebs (Nvkh), Neckargemünd, Deutschland

Hintergrund: Neben dem steigenden Angebot an Informationen aus dem Internet nehmen schriftliche Patienteninformationen in Form von Broschüren nach wie vor einen hohen Stellenwert als Informationsquelle für Melanom-Patienten (MP)¹ ein. Mehrere qualitative und quantitative Untersuchungen der vergangenen Jahre konnten Ansatzpunkte für die Optimierung der Informationsversorgung von MP aufzeigen¹. Zudem wurden evidenzbasierte Empfehlungen für die Entwicklung von Gesundheitsinformationen systematisch zusammengestellt². Diese werden derzeit für die (Weiter-) Entwicklung von evidenzbasierten Patienteninformationen (EBPI) genutzt. Eine der aktuell umfassendsten EBPI für MP in deutscher Sprache ist die Patientenleitlinie (PLL); sie basiert auf der S3-Leitlinie und wird aktuell überarbeitet³.

Methoden: Im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie soll der gezielte Einsatz der PLL im Arzt-Patienten-Gespräch (als Intervention) evaluiert werden. Für die Datenerhebung sollen insgesamt mindestens 266 MP im fortgeschrittenen Stadium an 3 deutschen Hauttumorzentren eingeschlossen und computergestützt im Verhältnis 1:1 in die Interventions- bzw. Kontrollgruppe randomisiert werden. Die Kontrollgruppe erhält das übliche Beratungsgespräch, jedoch ohne explizite Aushandigung der PLL durch den Arzt. Für die Datenerhebung werden verschiedene validierte Fragebögen eingesetzt. Primäres Ziel ist es, die potentiellen Auswirkungen des gezielten Einsatzes der PLL auf die Ausprägungen verschiedener Patient Reported Outcomes zu messen; im Vordergrund stehen das erkrankungsbezogene Wissen der Patienten, die Cancer Health Literacy und die Patientenkompetenz. Das sekundäre Ziel besteht darin, die neue Version der PLL zu evaluieren und dabei die Präferenzen der Patienten zu ermitteln.

Ergebnisse: Der Beginn der Studie ist für Frühjahr 2019 geplant.

Diskussion: Der gezielte Einsatz von Patienteninformationen hat sich bereits im Rahmen der Melanomprävention als vorteilhaft erwiesen^{4,5}. Nun sollen die Effekte bei MP evaluiert werden. Es wird erwartet, dass MP, welche die PLL mit relevanten Hinweisen des Arztes ausgehändigt bekom-

men, signifikant bessere Ausprägungen in den Patient Reported Outcomes aufweisen, als diejenigen MP, welche die PLL nicht explizit erhalten.

Fazit: Die geplante randomisierte kontrollierte Studie (RCT) soll an bisherige Untersuchungen und Ergebnisse anknüpfen und überprüfen, inwiefern der Einsatz von EBPI messbare Vorteile bei der Aufklärung und Information von MP bringt und somit als kosteneffektive Intervention zur verbesserten Versorgung von MP beiträgt⁶.

Literatur

1. Brütting J, Bergmann M, Garzarolli M et al (2018) *J Dtsch Dermatol Ges* 16(9):1093–1101
2. Lünen J, Albrecht M, Mühlhäuser I, Steckelberg A (2017) Published. <http://www.leitlinie-gesundheitsinformation.de/>. Zugegriffen: 19. Okt. 2017
3. Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF (2018) Published. <http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/melanom/>. Zugegriffen: 6. Sept. 2018
4. Hanrahan PF, Hersey P, Watson AB, Callaghan TM (2010) *Aust J Public Health* 19(3):270–274
5. Wu YP, Nagelhout E, Aspinwall LG et al (2018) *Patient Educ Couns* 101(3):452–459
6. Mossman J, Boudioni M, Slevin ML (1999) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10673966>. Zugegriffen: 26. Sept. 2016

O-04: Qualität der Arztgespräche in onkologischen Schwerpunktpraxen aus Patientensicht

Kerstin Hermes-Moll^{*1}, Thomas Walawgo¹, Franziska Hehl¹, Sandra Osburg¹, Walter Baumann¹, Vitali Heidt¹

¹Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (Winho), Köln, Deutschland

Hintergrund: Die Arzt-Patienten-Kommunikation spielt eine wichtige Rolle in der ärztlichen Versorgung, insb. bei lebensbedrohlichen Krankheiten wie Krebs. Bei der jährlich stattfindenden WINHO-Patientenbefragung, die den onkologischen Schwerpunktpraxen als Benchmarking im Rahmen der Qualitätssicherung dient, werden Patient/inn/en nach ihren Erfahrungen mit verschiedenen Aspekten der Praxisstruktur, Praxisabläufe und Kommunikation mit ihrem/ihrer behandelnden Arzt/Ärztin sowie einigen sozio-demografischen Merkmalen befragt.

Methoden: Die Patientenbefragung erfolgte papierbasiert und anonym in den Räumen der jeweiligen Praxis. Jede Praxis erhielt 60 Fragebögen pro Arzt/Ärztin. Die Daten wurden mit SPSS 22 und Excel 2016 ausgewertet. Die Ergebnisse beziehen sich nur auf Patient/inn/en, die nach eigenen Angaben aufgrund einer Krebserkrankung in der jeweiligen Praxis in Behandlung sind.

Ergebnisse: Insgesamt haben sich 8447 Krebspatient/inn/en (71,4 % der Befragten) aus 82 onkologischen Schwerpunktpraxen mit 218 Hämatologen/Onkologen an der Befragung beteiligt. Jeweils mehr als 90 % der Patient/inn/en geben an, dass ihr/e Arzt/Ärztin ihnen immer oder häufig aufmerksam zugehört und Belange und Probleme ernst genommen hat, sie sich immer oder häufig vom Arzt/von der Ärztin verstanden gefühlt haben, die Möglichkeit hatten, Wichtiges anzusprechen, und die Erklärungen des Arztes immer oder häufig klar und verständlich waren. Jeweils 88 % der Befragten geben an, dass sie immer oder häufig persönliche Dinge vertrauensvoll mit ihrem Arzt/ihrer Ärztin besprechen konnten bzw. dass der Arzt/die Ärztin die Ergebnisse des Gesprächs zusammengefasst hat. Bei der Beurteilung des Arztgesprächs bzgl. der Therapieentscheidung ist einerseits hervorzuheben, dass 88 % der Patient/inn/en angeben zu wissen, weswegen sie eine bestimmte Behandlung erhalten. Andererseits berichten 14 % der Befragten nicht nach ihren Vorstellungen gefragt worden zu sein. Das Thema Heilungsaussichten wird am häufigsten in den Arztgesprächen thematisiert (66 % der Befragten bestätigen, dass dieses Thema angesprochen wurde), die Auswirkungen auf die Beziehung zur/zum (Ehe-)Partner/in am seltensten (25 % der Befragten bejahen diese Frage). 97 % der Befragten geben an, dass ihr/e Arzt/Ärztin sich beim letzten Gespräch genug Zeit genommen hat.

Diskussion: Insgesamt deuten die Ergebnisse der Patientenbefragung 2018 auf eine überwiegend positive Beurteilung der Arzt-Patienten-Kommunikation in onkologischen Schwerpunktpraxen aus Sicht der Krebspatient/inn/en hin. Verbesserungspotenziale lassen sich insbesondere mit Blick

auf das Ansprechen der Auswirkungen der Krebserkrankung auf partnerschaftliche und familiäre Beziehungen sowie bezüglich der Frage nach den Vorstellungen des Patienten/der Patientin bei der Therapieentscheidung ausmachen. Auch wenn einige Themen nur in geringerem Maße im Arztgespräch angesprochen wurden, bestätigen fast alle Patient/inn/en, dass sich ihr Arzt/ihre Ärztin genug Zeit für sie genommen hat.

Fazit: Neben der insgesamt positiven Beurteilung der Arztgespräche aus Patientensicht werden auch Bereiche mit Potenzial zur Verbesserung identifiziert. Durch die individuellen Rückmeldungen der Ergebnisse der Patientenbefragung können die Ärzte/Ärztinnen für sie relevante Anhaltspunkte zur Verbesserung der Arztgespräche ableiten.

O-05: Einschränkungen der Lebensqualität nach Krebs – Welche Rehabilitanden sind in besonderem Maße betroffen?

Monika Reuss-Borst*

Facharztpraxis für Onkologie und Rheumatologie, Rehabilitations- und Präventionszentrum, Bad Bocklet, Deutschland

Hintergrund: Unter individualisierter onkologischer Therapie wird heute die Berücksichtigung individueller, prognostisch relevanter Biomarker für eine maßgeschneiderte Therapie verstanden. Ein individualisierter Therapieansatz sollte auch die psychosozialen Aspekte einer Krebserkrankung berücksichtigen. Ziel dieser Studie war die Analyse der Lebensqualität einer großen Stichprobe von Tumorpatienten in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht, Diagnose und anderen Faktoren sowie im Verlauf einer Rehabilitation.

Methoden: Bei 1879 Krebspatienten wurde die Lebensqualität (LQ) mit dem EORTC QLQ C-30 Fragebogen zu Beginn und am Ende eines Reha-Verfahrens erfasst und mit der von 2081 gesunden deutschen Erwachsenen verglichen (Schwarz 2001). Darüber hinaus wurde die Lebensqualität in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter, Tumorentität, Tumorstadium und Therapie untersucht. Das mittlere Alter der Rehabilitanden war 57 Jahre, der Anteil der Frauen betrug 71 %. Mamma-Carcinome waren mit 45 % am häufigsten. Die meisten Rehabilitanden waren kurativ therapiert, bei 9 % lag eine metastasierte Erkrankung vor.

Ergebnisse: Im Vergleich zur gesunden Referenzpopulation war die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Krebspatienten in allen untersuchten Domänen erheblich eingeschränkt. Dies betraf die globale LQ ($M \pm SD$: 49,20 \pm 22,03; Differenz zur Normalbevölkerung: 21,60), physikalische Funktion ($M \pm SD$: 66,71 \pm 20,90; Differenz: 23,39), emotionale Funktion ($M \pm SD$: 50,36 \pm 28,61; Differenz: 28,34), kognitive Funktion ($M \pm SD$: 65,54 \pm 29,40; Differenz: 25,66), Rollenfunktion ($M \pm SD$: 51,45 \pm 30,92; Differenz: 36,55), und soziale Funktion ($M \pm SD$: 58,40 \pm 32,04; Differenz: 32,60). Ein Unterschied von 5 Punkten in der LQ gilt als klinisch relevant, von 20 Punkten als hoch relevant (Osaba 2011). Die Lebensqualität war vor allem bei jüngeren Patienten stark eingeschränkt. Frauen hatten im Vergleich zu Männern signifikant schlechtere Werte für die globale als auch sämtliche LQ-Dimensionen. Patienten, die eine Radiochemotherapie erhalten hatten, hatten ebenfalls signifikant schlechtere LQ-Scores als Patienten unter einer Monotherapie. Das Krankheitsstadium sowie auch der zeitliche Abstand zwischen Diagnose und LQ-Erhebung hatten keinen Einfluss auf die Lebensqualität. Durch eine 3-wöchige Rehabilitation wurden die globale Lebensqualität sowie alle untersuchten Dimensionen signifikant gebessert.

Fazit: Trotz großer medizinischer Fortschritte ist die globale Lebensqualität von Tumorpatienten erheblich reduziert. Die deutliche Einschränkung der Lebensqualität unseres Reha-Kollektivs zeigt, dass diese Rehabilitanden Reha-Bedarf hatten und von der Maßnahme auch sehr gut profitierten. Eine systematische Erfassung der Lebensqualität bei allen Tumorpatienten im Sinne eines Screenings würde es erlauben, auf einfache und kostengünstige Weise diejenigen Tumorpatienten zu identifizieren, bei denen eine intensive psychosoziale multimodale Therapie z. B. onkologische Rehabilitation indiziert ist. Durch die Erfassung der unterschiedlichen LQ-Dimensionen ist zudem eine zielgerechtere Intervention in der Reha möglich. Daher sollten die subjektiven Outcome-Parameter (PROs)

im Gesamttherapiekontext stärker berücksichtigt werden, um die Qualität der Versorgung onkologischer Patienten weiter zu verbessern.

Literatur

- Schwarz R, Hinz A (2001) Eur J Cancer 37(11):1345–1351

O-08: Wie patientenorientiert erleben Lungenkrebsbetroffene ihre Versorgung?

Hella Fügemann^{*1}, Ute Goerling², Kathrin Gödde¹, Nina Rieckmann¹, Jacqueline Müller-Nordhorn³, Christine Holmberg⁴

¹Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Public Health, Berlin, Deutschland; ²Charité – Universitätsmedizin Berlin, Charité Comprehensive Cancer Center, Berlin, Deutschland; ³Bayerisches Krebsregister, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, München, Deutschland; ⁴Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Brandenburg, Deutschland

Hintergrund: Lungenkrebs ist in Deutschland die häufigste Todesursache bei den Krebserkrankungen. Neben körperlichen Einschränkungen und psychischen Belastungen sind die Patienten durch die starke Fragmentierung des deutschen Gesundheitssystems oft auch bürokratischen Herausforderungen ausgesetzt. Eine patientenorientierte Versorgung sollte darauf ausgerichtet sein, Patientenwünsche zu berücksichtigen, adäquate Informationen bereitzustellen, physische und emotionale Unterstützung zu leisten und neben den Patienten bei Bedarf auch Angehörige miteinzu beziehen. Das NAVICARE-Netzwerk hat das Ziel, die patientenorientierte Versorgungsforschung in Berlin auszubauen. Im Teilprojekt CoreNAVI wird dabei untersucht, welchen Schwachstellen und Versorgungsbarrieren die Patienten im Versorgungsalltag begegnen.

Methoden: Es handelt sich um eine longitudinale Interviewstudie mit 20 Lungenkrebspatienten, die jeweils zu 3 Zeitpunkten befragt werden: nach der Diagnose, nach 3 bis 6 Monaten und nach 6 bis 12 Monaten. Befragung 1 ist als offenes Leitfaden-Interview konzipiert. Bei den Folgeinterviews handelt es sich um personalisierte semi-strukturierte Interviews. Die Interviewdaten werden mithilfe des Softwareprogramms MAXQDA verwaltet und mittels thematischer Analyse ausgewertet.

Ergebnisse: Es liegen Interviewdaten des 1. Befragungszeitraums vor. Die thematische Analyse zeigt, dass aus Patientenperspektive vor allem in den Behandlungsabläufen, also im institutionellen Bereich, und in der individuellen Betreuung Schwachstellen und Barrieren existieren. Die Organisation der Behandlung ist oftmals institutionsorientiert und kollidiert mit den individuellen Bedürfnissen der Patienten (z. B. lange Wartezeiten auf Termine, kurzfristige Untersuchungsabsagen, viele Wege für die Patienten bei Beteiligung verschiedener Fachrichtungen für die Behandlung, unklare Zuständigkeiten und mangelnde Absprachen etc.). Hinsichtlich der Betreuung berichten die befragten Betroffenen von fehlenden Informationen und Ansprechpartnern sowie der mangelnden Einbindung ihrer Angehörigen. Auch bürokratische Hürden werden von den Betroffenen als Barrieren im Versorgungsalltag genannt.

Diskussion: Viele von den Betroffenen genannten Barrieren und Schwachstellen sind im stark bürokratisch ausgerichteten deutschen Gesundheitssystem selbst verankert und behindern eine am Patienten und seinen Bedürfnissen orientierte Versorgung. Auf Betreuungsebene stehen vor allem mangelnde Ressourcen (Personal, Zeit) einer am Patienten ausgerichteten Versorgung entgegen, was dazu führt, dass die Betroffenen oftmals nicht die von ihnen gewünschten umfassenden Informationen und die aus ihrer Sicht nötige psycho-soziale Unterstützung im Versorgungsalltag erhalten. Auch hier existieren somit Schwachstellen im Versorgungsgeschehen, die zu Lasten der Betroffenen und einer patientenorientierten Versorgung gehen.

Fazit: Im derzeitigen Versorgungssystem werden Patientenbedürfnisse und -wünsche nicht in dem Maße berücksichtigt, wie es für eine patientenorientierte Versorgung erforderlich wäre.

O-10: Positive und negative Einflussfaktoren auf die Lebensqualität geriatrisch-onkologischer Patienten – Eine qualitative Subgruppenanalyse

Johannes Niebuhr^{*1}, Sara Lena Schröder¹, Nadine Schumann¹, Marlene Fluch², Klaus-Peter Litwinenko³, Astrid Fink¹, Mathias Richter¹

¹Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Medizinische Soziologie, Halle (Saale), Deutschland; ²Halle (Saale), Deutschland; ³Klinik für Pneumologie, Thoraxchirurgie und Palliativmedizin, Diakoniekrankenhaus, Halle (Saale), Deutschland

Hintergrund: 60 % aller neuen Krebserkrankungen und über 70 % der krebisbedingten Todesfälle in Deutschland betreffen Patienten im Alter von über 65 Jahren. Die Folgen einer Krebserkrankung haben Einfluss auf das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden und somit auch auf die Lebensqualität. Psychoonkologische Interventionen, die der Erhöhung der Lebensqualität dienen, werden seltener von geriatrischen Patienten in Anspruch genommen. Ein möglicher Grund ist, dass sich diese nicht an den Bedürfnissen älterer Patienten orientieren. Das Ziel dieser Studie ist es, wichtige Aspekte aus Sicht geriatrisch-onkologischer Patienten auf die Lebensqualität explorativ zu untersuchen.

Methoden: Es erfolgte eine inhaltliche Sekundäranalyse von Interviews, die im Zeitraum von Mai 2017 bis April 2018 im Rahmen einer Studie zu finanziellen Auswirkungen einer Krebserkrankung, gefördert von der Deutschen Krebshilfe, durchgeführt wurden. Ausgewertet wurden die Daten von 10 semistrukturierten Interviews (9 Männer) der Patienten über 65 Jahren mit den Krebsentitäten Lunge, Pankreas, Brust oder Prostata, deren Akutbehandlung abgeschlossen war. Die Datenauswertung erfolgte inhaltsanalytisch. Zusätzlich haben die Patienten den SF12 zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität ausgefüllt, welcher im weitesten Sinne die Varianz der Subpopulationen (>65; Krebs) widerspiegelt.

Ergebnisse: In den Interviews wurden verschiedenste Bereiche genannt, die aus Sicht der Patienten wichtig sind oder zu Belastungen führen. Der Großteil der Patienten nennt als **positive Faktoren** die Familie, Natur, Essen und Bewegung. Gerade bei Männern hat die soziale Integration im Sinne des „gebraucht werden“ und „einer Arbeit nachgehen“ einen wichtigen Stellenwert. Weiterhin zeigt sich, dass geriatrische Patienten gerne in Erinnerungen schwelgen, Vergleiche mit der Vergangenheit und anderen Personen zieht, sowie das Alter, die Erkrankung und die Endlichkeit als annähernd „normal“ und „unumgänglich“ definiert. Als **negative Faktoren** werden vor allem Komorbidität, Nebenwirkungen der Therapie, die Pflege von Angehörigen sowie das „zur Last fallen“ angegeben. Weiterhin ist die soziale Isolation aufgrund von Wegfall von Freizeitaktivitäten und Hobby, bedingt durch die Krebserkrankung und Komorbidität ein bedeutender negativer Faktor. Zudem stellen sexuelle Funktionsstörungen ein zentrales Thema dar.

Diskussion: Die Befragten berichteten häufiger positive Faktoren als negative, was einen guten Ansatz für Interventionen im Sinne der Verbesserung der Lebensqualität darstellt. So können Bewegung, die Natur und das Essen, wie es in vereinzelt Studien, unter anderem auch mit nicht-geriatrischen Patienten nachgewiesen werden konnte, einen positiven Effekt auf die Lebensqualität geriatrisch-onkologischer Patienten haben. Soziale Isolation, sexuelle Funktionsstörungen und komorbide Erkrankungen können hingegen als negative Faktoren betrachtet werden. Diese müssen bei geriatrischen Patienten nicht notwendigerweise mit der Krebserkrankung assoziiert sein, sollten aber in der psychoonkologischen Versorgung mitberücksichtigt werden.

Fazit: Die eruierten Faktoren wie individuelle Lebenserfahrungen, soziale Integration, Familie und Hobbys sollten in psychoonkologischen Interventionsangeboten stärker mitberücksichtigt werden, um die Teilnahme für geriatrische Patienten zu erhöhen und die Lebensqualität zu verbessern

Autorenverzeichnis

A

Adam Salome L-07

B

Bergmann Maike V-03
Besch Laura O-01
Braun Bettina L-02
Breidenbach Clara P-05

D

Derendorf Lisa Q-07
Diers Johannes Q-01
Dräger Desiree Louise L-08

E

Eichler Martin L-05

F

Follmann Markus Q-03
Frikkel Johanna V-04
Sophia V-04
Fügemann Hella O-08

H

Hein Rebecca L-04
Hermes-Moll Kerstin O-04
Hofmann Verena P-02
Hohenthanner Ina R-05

I

Ihrig Andreas P-04
Inwald Elisabeth R-03

K

Kendel Friederike P-03
Kiecker Felix R-09
Klein Anne P-01
Kowalski Christoph Q-04, Q-10
Kusch Michael V-05

L

Lubasch Johanna P-09

M

Mensah Jumana V-08
Meyer Sven R-01
Micke Oliver V-09

N

Niebuhr Johannes O-10
Noeres Dorothee P-08
Nordhausen Thomas L-06

O

Osburg Sandra Q-02

R

Reinhardt Lydia O-03
Reiter Margarete V-02
Reuss-Borst Monika O-05
Richter Peggy V-01
Roeper Julia V-06

S

Scheibe Madlen L-01
Schellenberger
Barbara Q-09
Schlanstedt-Jahn
Ursula R-08
Schlichtig Katja Q-05
Schmitt Jochen V-07
Schnitzbauer
Valentin R-06
Sender Annekathrin P-06
Senf Bianca P-10
Sibert Nora Tabea L-03
Siegler Anja V-10
Soecknick Sven L-09

T

Totzauer Sina R-04
Traub Lena L-10

W

Weide Rudolf Q-08; R-10
Wessel Beate Q-06
Wimmer Theresa R-02