

Projekte zu Themenfeld
Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung

Vorhaben-Akronym	Vorhaben-Name	Name der Organisation	Titel	Vorname	Nachname	Anschrift	PLZ	Ort	E-Mail	Tel.
FAMKOL	Transdisziplinäre Förderung der Screening-Teilnahme bei Personen mit familiär erhöhtem Risiko für kolorektale Karzinome – eine prospektive cluster-randomisierte kontrollierte Multi-Center Studie	Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Medizinische Fakultät	Dr.	Alexander	Bauer	Magdeburger Str. 8	06112	Halle (Saale)	alexander.bauer@medizin.uni-halle.de	+49 345 557-1220 +49 345 557-4124
More-risk-Study	Modellierung der ökonomischen, rechtlichen, gesundheitlichen, ethischen und risikokommunikativen Auswirkungen einer risikoadaptierten Früherkennung beim Mamma-, Ovarial- und Kolonkarzinom	Universitätsklinikum Köln	Prof. Dr.	Rita Katharina	Schmutzler	Kerpener Str. 34	50931	Köln	rita.schmutzler@uk-koeln.de	015208698262 Diensthandy '+49 221 478-86509 Sek.:0221 478-98409
SAMS	Saarland gegen Darmkrebs – machen Sie mit!	Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ)	Prof. Dr.	Hermann	Brenner	Im Neuenheimer Feld 581	69120	Heidelberg	h.brenner@dkfz.de	+49 6221 42-1300
TeKQuaZ	Fall-Kontroll-Studie zur Häufigkeit der Teilnahme an der Krebsfrüherkennung und zur Qualität der Zytologie	Uniklinikum Dresden Universitäts KrebsCentrum Tumorepidemiologie	Prof. Dr.	Stefanie	Klug	Fetscherstr. 74	01307	Dresden	stefanie.klug@uniklinikum-dresden.de	+49 351 458-3319

FAMKOL

Transdisziplinäre Förderung der Screening-Teilnahme bei Personen mit familiär erhöhtem Risiko für kolorektale Karzinome

Alexander Bauer, Jürgen F. Riemann, Thomas Seufferlein, Max Reinshagen, Stephan Hollerbach, Ulrike Haug & Margarete Landenberger

ZIEL

Bei erstgradig Verwandten (EGV) steigt das Darmkrebs-Risiko auf das 2-4-fache. Die Bereitschaft zur Teilnahme an der Vorsorgekoloskopie in der Allgemeinbevölkerung ist aber sehr begrenzt. Pro Jahr nehmen bisher nur etwa 2-3% der anspruchsberechtigten Bevölkerungsgruppe diese Möglichkeit wahr. **Ziel von FAMKOL war es daher, die Teilnehmerate an der Vorsorgekoloskopie in dieser Risiko-Gruppe auf 50% zu erhöhen.**

Sekundäre Endpunkte waren:

- die Karzinom-/Adenomerkenungsrate,
- Barrieren für die Inanspruchnahme der Vorsorgekoloskopie (individuelle, soziodemografische und Umgebungsfaktoren),
- die Effektivität und Kosteneffektivität der Beratungsintervention und
- das Komplikationsspektrum innerhalb 30 Tagen nach Eingriff.

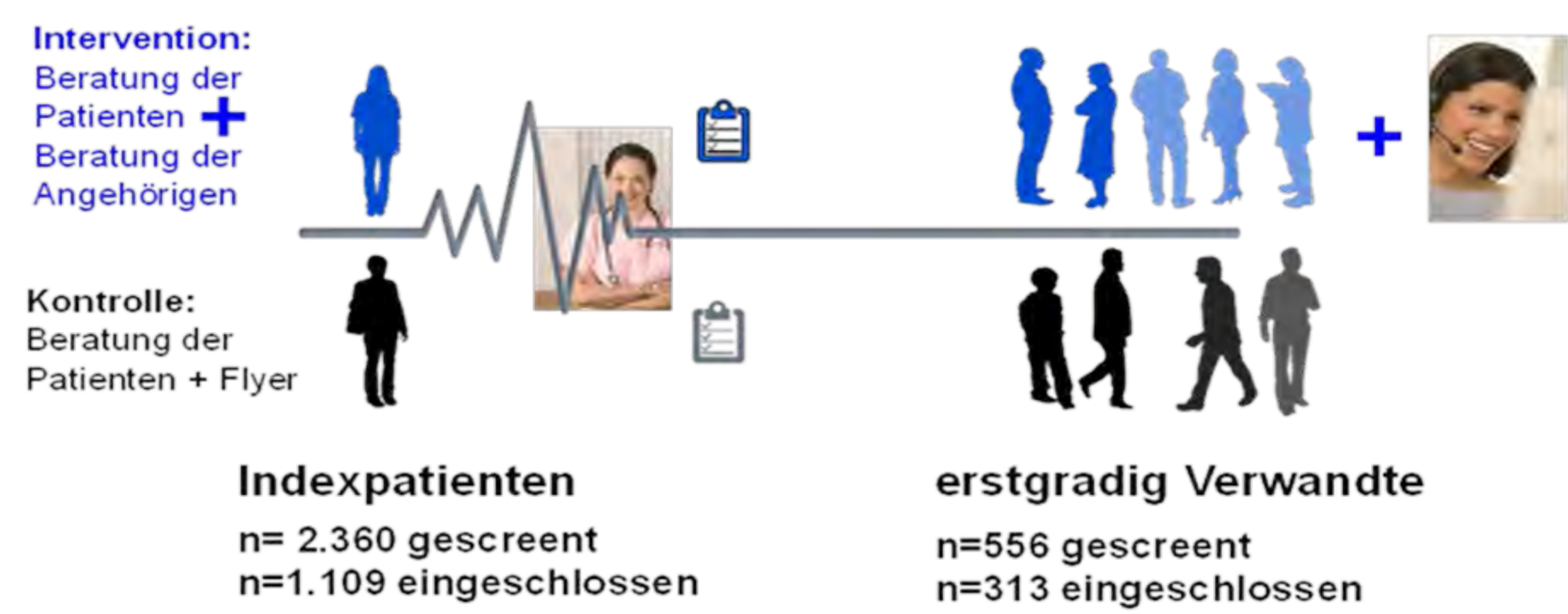
DESIGN & METHODE

Design: Cluster-randomisierte, kontrollierte Studie an 64 überwiegend DKG-zertifizierten Darmzentren deutschlandweit

Probanden: Verwandte 1. Grades von Patient(inn)en mit Darmkrebs, 45-85 Jahre, keine Koloskopie/ CT-Kolonographie in den letzten 5 Jahren



Intervention: barrieren-bezogene Beratung zur Koloskopie durch Pflegende
Kontrolle: schriftliches Informationsmaterial (Flyer)



ERGEBNISSE

AGE **50,4 ± 8,1 Jahre**
(Min: 28 – Max: 85) **62%** **38%**

n=313 (Intervention n = 148; Kontrolle n = 165)
n=266 mit ärztlich dokumentiertem Koloskopiestatus
n=205 Koloskopien

€ **26,6 ± 9,3 min. Beratung**
(Min: 5 – Max: 50 min.)

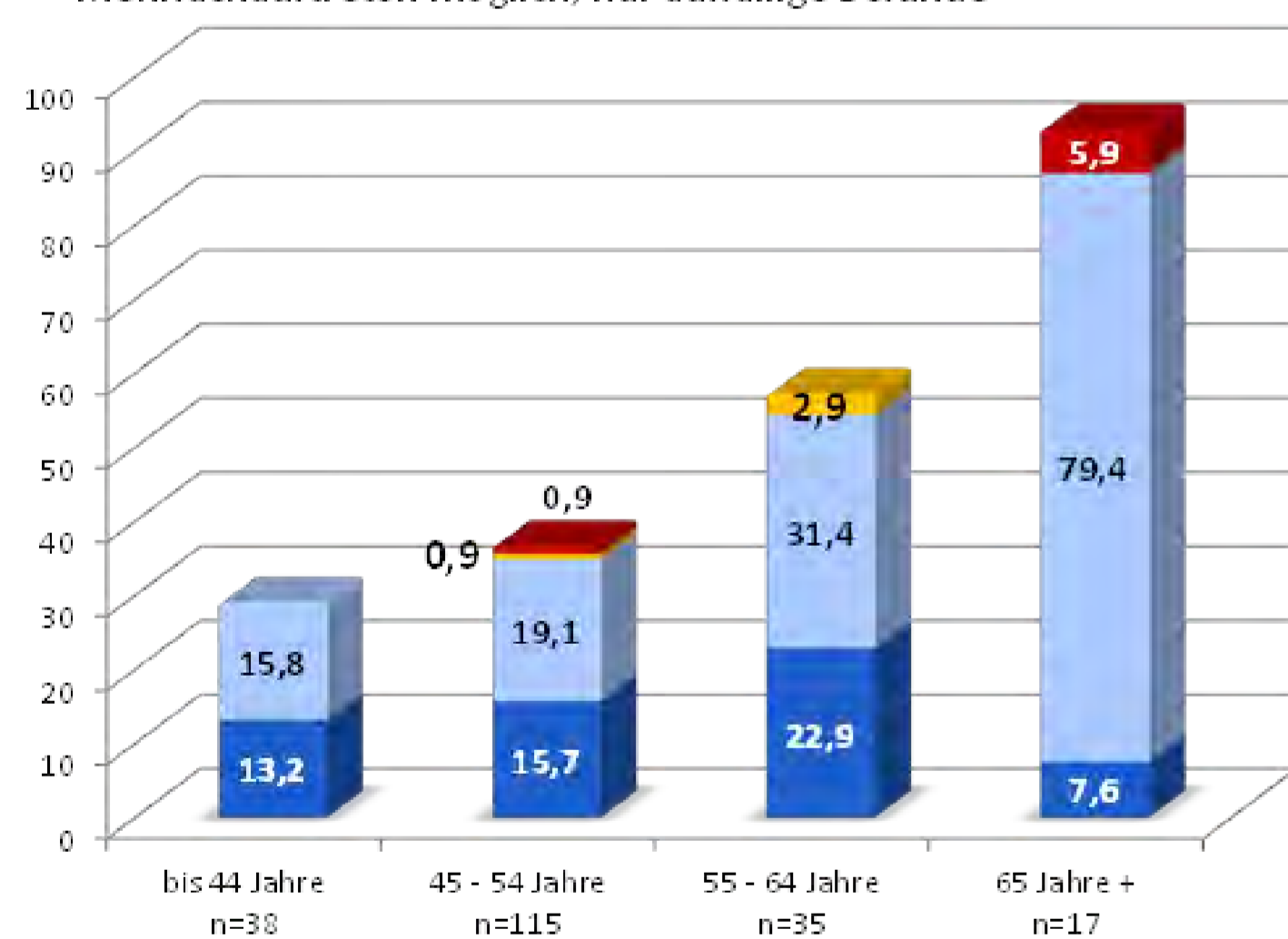
+ **Koloskopie-Teilnahme: 80.1% mit Beratung der EGV (Intervention)**
74.0% nur Flyer (Kontrolle)

RR: 1,269; 95% KI [0,808 – 1,994]

⚕ **Polypektomie:** n = 72 (27,1%) (IG n = 37 vs. KG n = 35; p >.05)
Histologie: n = 2 kolorektale Karzinome und n=45 Adenome

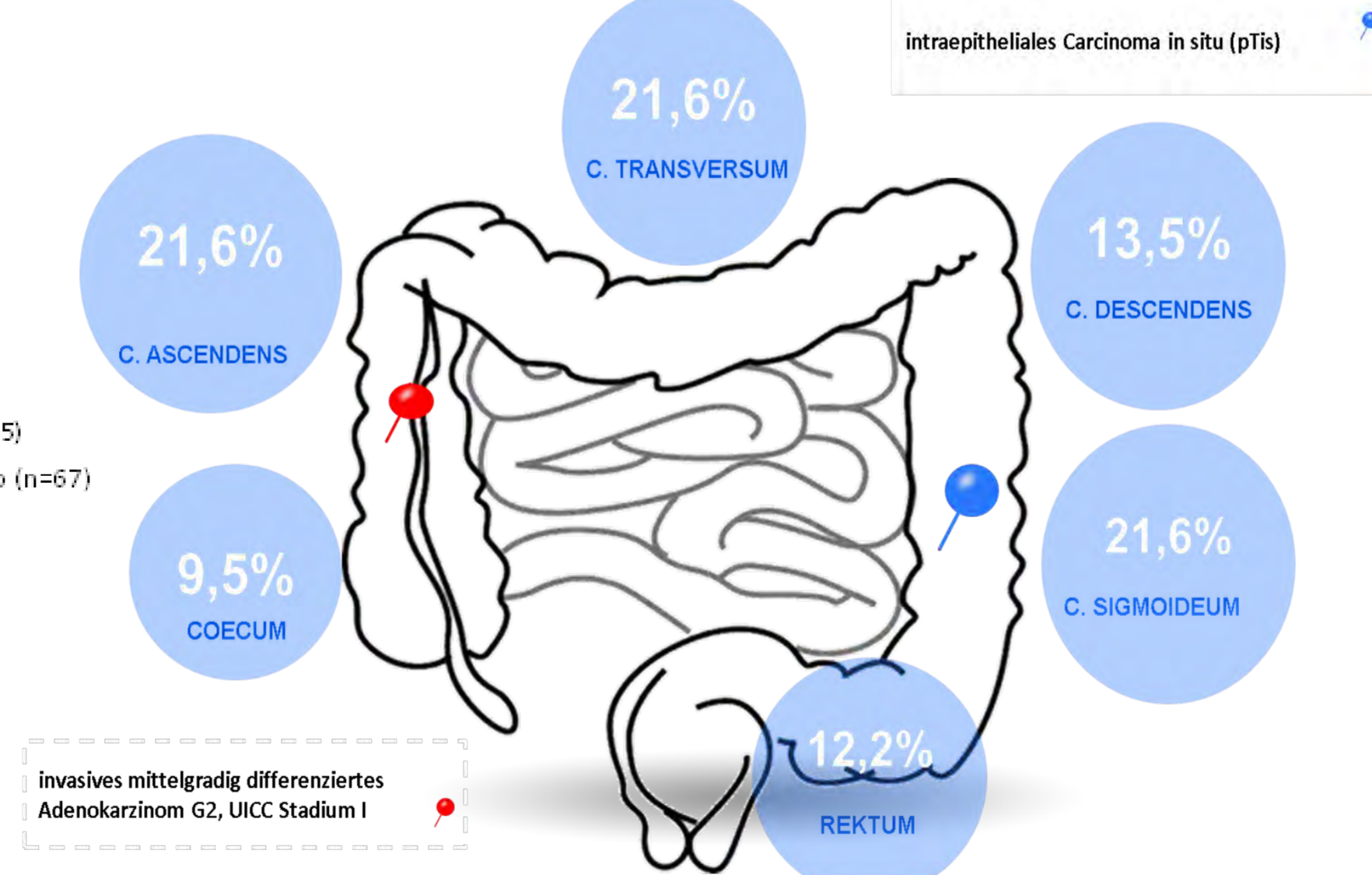
Adenome & Karzinome – Verteilung in Altersgruppen

▪ Mehrfachauftreten möglich, nur auffällige Befunde



Lokalisationen – Adenome & Karzinome

N=75 Adenome bei 45 EGVs detektiert



Qualität der Beratung – vs. Flyer

	Interventionsgruppe		Kontrollgruppe		p-Wert
	n	MW (SD)	n	MW (SD)	
Zufriedenheit mit der Intervention* (1=sehr zufrieden, 6=sehr unzufrieden)	120	1.47 (0.916)	124	1.98 (0.811)	< .0001
fachliche Qualität (1=sehr gut, 6=ungenügend)	120	1.48 (0.767)	123	1.89 (0.812)	< .0001
Einholen einer zusätzlichen Arztmeinung aus Unsicherheit	12		37		< .0001

Interventionsgruppe: pflegerische Beratung; Kontrollgruppe: Flyer

SCHLUSSFOLGERUNGEN

- + Die Koloskopie-Teilnehmerate konnte durch individuelle pflegerische Beratung auf >80% gesteigert werden.
- + Das FAMKOL-Einladungsverfahren ist gerade für die risikoadaptierte Früherkennung sehr wirksam.
- + Die sektorenübergreifende Kooperation verbessert die Aufklärung signifikant.
- + FAMKOL hat 2 Fälle früh erkannt und 45 Fälle wahrscheinlich verhindert.
- + Die Wirksamkeit qualitätsgesicherter Beratung durch nicht-ärztliches Personal wurde nachgewiesen.
- + Die Überführung in die Regelversorgung bietet die Chance, die Neuerkrankungsraten bei Darmkrebs zu verringern.

Modellierung der ökonomischen, rechtlichen, ethischen und risikokommunikativen Auswirkungen einer risikoadaptierten Früherkennung beim familiären Mamma- und Ovarialkarzinom

Kooperationsstudie im Rahmen der Forschung im Nationalen Krebsplan unter Leitung von Prof. Dr. R. Schmutzler, Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs der Uniklinik Köln in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. S. Stock, Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Uniklinik Köln, Prof. Dr. P. Dabrock, Lehrstuhl Systematische Theologie II der Universität Erlangen-Nürnberg und Prof. Dr. J. Taupitz, Institut für Medizinrecht der Universität Mannheim mit einer Förderdauer von 24 Monaten.

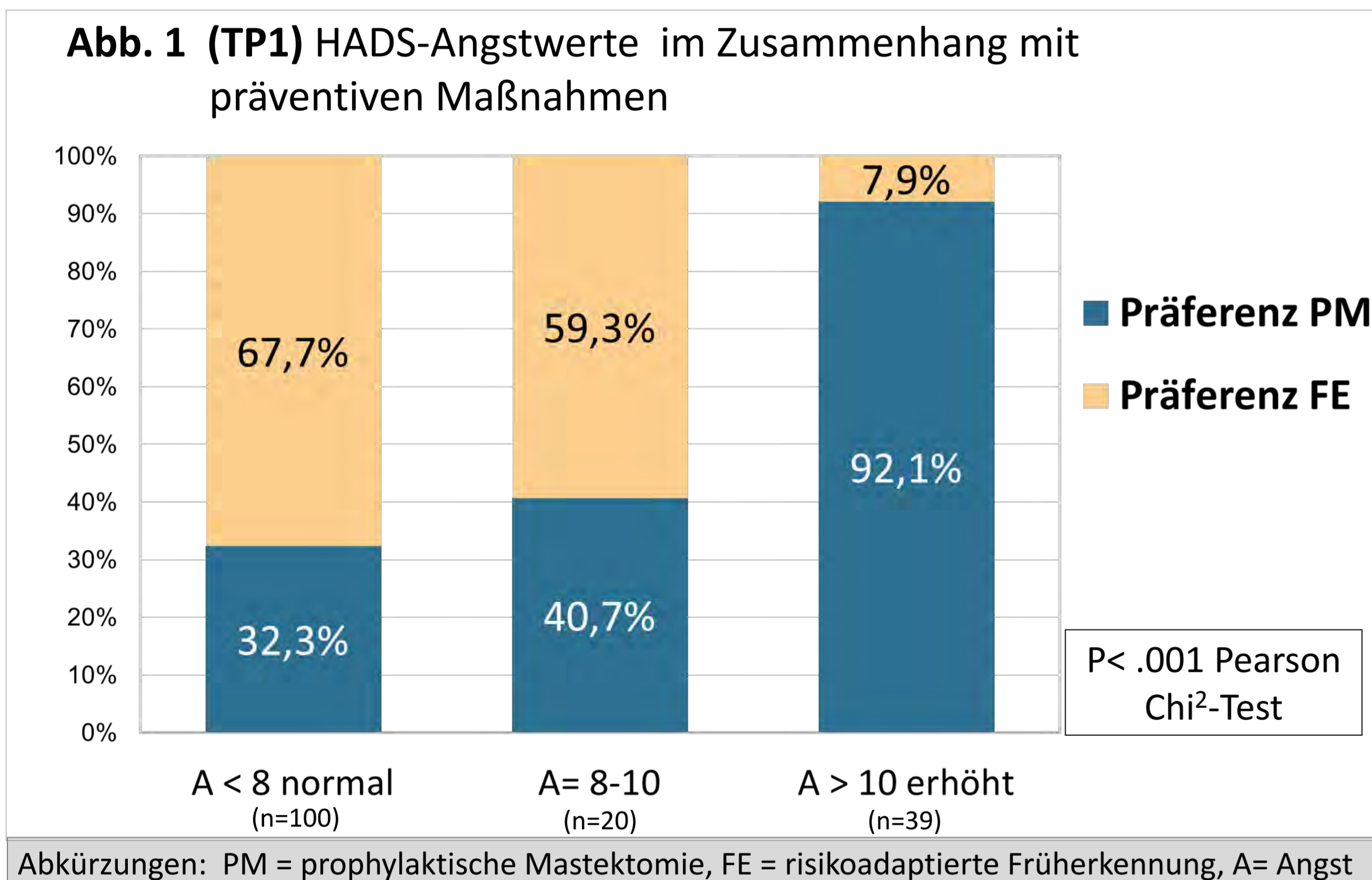
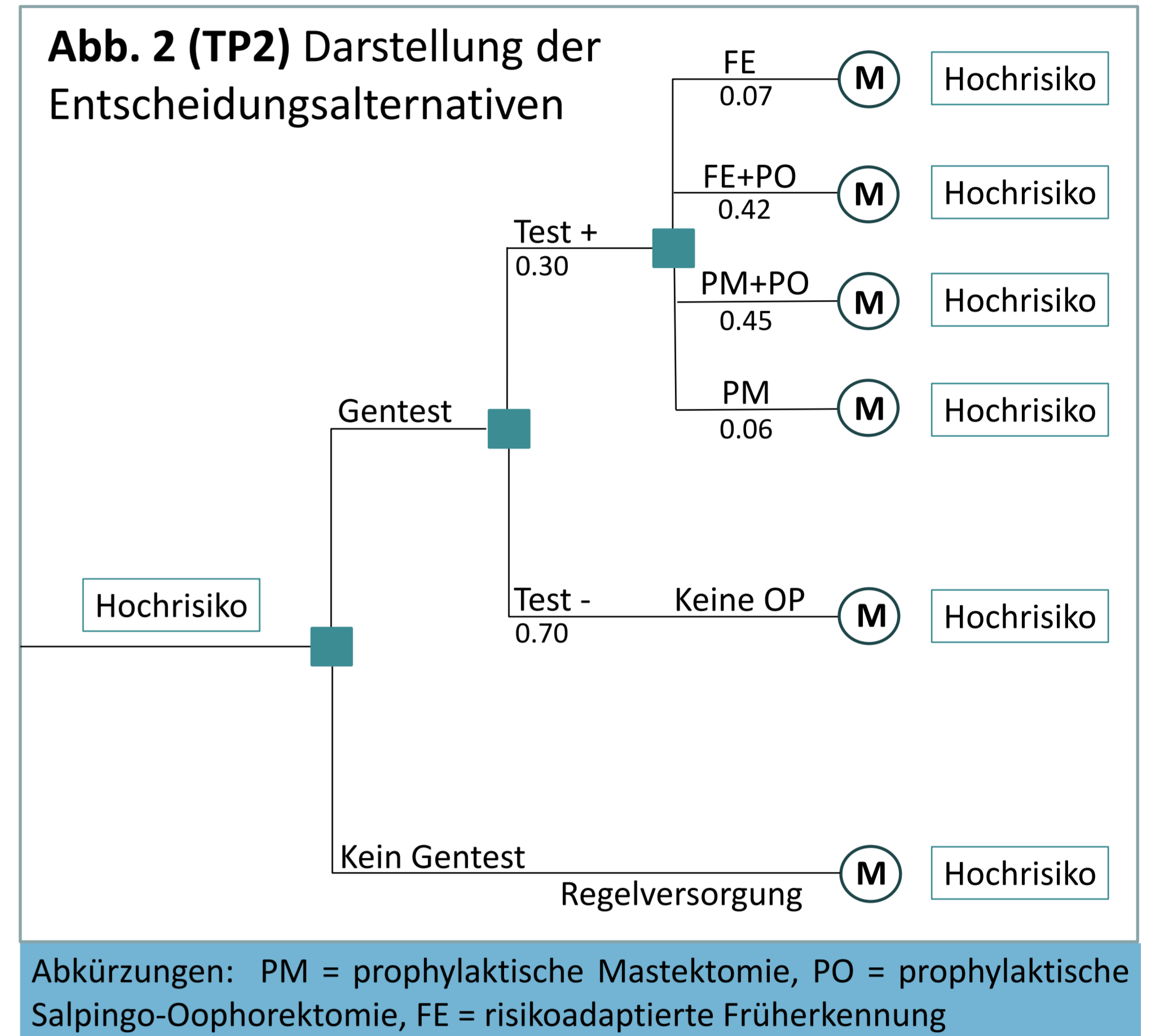
Fragestellung und Ziele Das öffentliche Interesse an der Brustkrebsprävention und die Identifikation neuer Risikogene aufgrund aktueller technischer Fortschritte haben zu einer deutlichen Steigerung der Nachfrage nach genetischer Beratung und präventiven Maßnahmen (pMn) bei erhöhten Erkrankungsrisiken geführt. Brustkrebserkrankungen sind zu ca. 25% durch genetische Faktoren (mit-) bedingt. Dabei stellen *BRCA1/2*-Mutationen die häufigsten genetischen Veränderungen dar. Die pMn umfassen die prophylaktische Mastektomie und Oophorektomie (PM und PO), sowie die risikoadaptierte Früherkennung (FE). Durch eine PM kann das lebenslange Erkrankungsrisiko von ca. 60% in Abhängigkeit der Operationsmethode auf ca. 1-5% gesenkt werden, wobei Daten zu langfristigen Risiken und Nebenwirkungen fehlen. Die FE besteht aus regelmäßigen mammographischen, sonographischen und MRT-Untersuchungen. Unsere Daten belegen, dass >80% der Brustkrebserkrankungen im Frühstadium (T0/1) diagnostiziert werden. Vor diesem Hintergrund hat die vorliegende Studie untersucht, welche medizinischen, psychosozialen, ethischen, rechtlichen und gesundheitsökonomischen Herausforderungen sich durch die skizzierten Optionen für die medizinische Praxis und das Gesundheitswesen ergeben.

Methoden Im **psychosozialen Teilprojekt (TP1)** wurden 159 *BRCA1/2*-Mutationsträgerinnen in einer prospektiven Kohorten-Studie zu drei Zeitpunkten (vor Genbefundmitteilung, 6-8 Wochen und 6-8 Monate später) auf den Einfluss von Distress (HADS), Persönlichkeitsfaktoren (FPI), Entscheidungskonflikten, Erkrankungsrisiken und soziodemographischen Daten auf ihre Entscheidung über präventive Maßnahmen untersucht. Neben nicht-direktiver ärztlicher Beratung vor der Testung, erhielten die Betroffenen ärztliche und psychologische Beratung, um sich mit ihrer Situation, ihren individuellen Risiken und präventiven Maßnahmen auseinandersetzen zu können.

Im **gesundheitsökonomischen Teilprojekt (TP2)** wurde die Kosteneffektivität der Gentestung gefolgt von verschiedenen pMn im Vergleich zu keinem Gentest in einem Markov-Modell aus der Perspektive der gesetzlichen Krankenversicherung analysiert.

Das **ethische Teilprojekt (TP3)** untersuchte anhand von 'theoretical modelling' Voraussetzungen und Kriterien für die Definition von 'thresholds und benchmarks' bei der Zuordnung von Risikoprofilen und pMn.

Das **rechtliche Teilprojekt (TP4)** befasste sich mit der Leistungs- und Kostenübernahme, den Obliegenheiten in Bezug auf die eigene Gesundheit und der genetischen Verwandtschaft, insbesondere der Frage nach der Informationsweitergabe.



Ergebnisse

TP1: Bei 27% der Mutationsträgerinnen wurden 6-8 Wochen nach Genbefundmitteilung pathologische Angstwerte nachgewiesen, wobei erhöhte Angst in einem signifikanten Zusammenhang mit der Entscheidung zur PM und gegen die FE stand ($p < .001$) (Abb. 1). Persönlichkeitsfaktoren korrelierten ebenfalls signifikant mit der Entscheidung. Zusammenhänge zwischen Erkrankungsrisiko, -status, Alter und Familiensituation auf die Entscheidung konnten nicht nachgewiesen werden.

TP2: Die ökonomische Analyse der präventiven Optionen wurde anhand eines Entscheidungsbaums basierend auf umfangreichen Daten des deutschen Konsortiums vorgenommen und belegte die Kosteneffektivität der Gentestung (Abb. 2). Die PM ist zusammen mit der PO die kosteneffektivste Alternative der pMn.

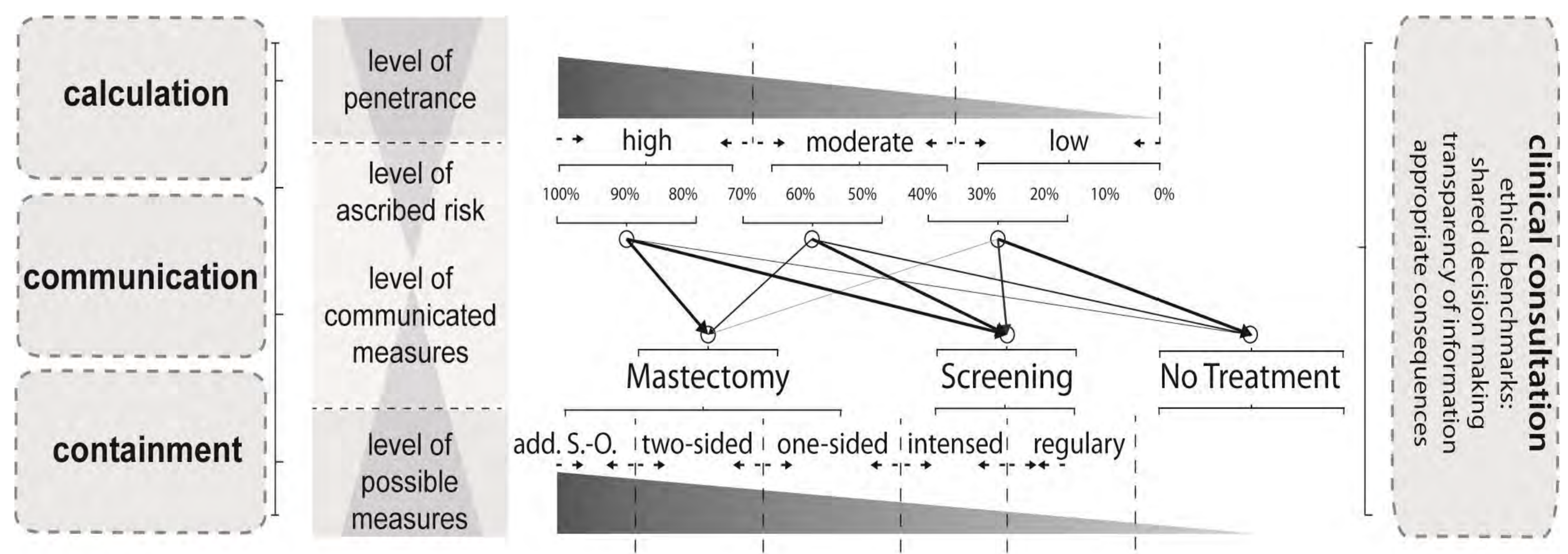
TP3: Das ethische Projekt entwickelte eine Matrix, aus der Kriterien für die Definition von 'thresholds und benchmarks' für die Zuordnung von Risikoprofilen und pMn abgeleitet werden können (Abb. 3).

TP4: Die rechtliche Analyse ergab, dass der Gentest zur Voraussetzung der Kostenübernahme für pMn gemacht werden kann. Eine spätere Kostenbeteiligung von Ratsuchenden, die trotz eines bekannten Risikos den Gentest oder eine PM/PO ablehnen und bei denen sich im Falle einer späteren Erkrankung die von der Krankenkasse bzw. vom Versicherer zu tragenden Kosten erhöhen, scheidet jedoch aus. Ein Recht auf Prävention besteht nach SGB jedoch auch bei hohem Risiko nicht. Dies stellt eine Regelungslücke dar (Tab. 1).

Tab. 1 (TP4) Gesetzeslage und Vorschläge für die genetische Testung und zu den präventiven Optionen

§ 25 Absatz 2 SGB V	Durch die Gesetzesänderung ist es dem G-BA möglich geworden für definierte Zielgruppen Maßnahmen der risikoadaptierten Früherkennung in die Krebsfrüherkennungsrichtlinien aufzunehmen.
§ 137c SGB V	Die Prüfkompetenz über prophylaktische Operationen sollte dem G-BA vorbehalten sein, während die Prüfkompetenz der Krankenkassen (bisher durch Einzelfallentscheidungen) auf Evidenzkontrolle beschränkt bleiben sollte.
§ 4 GenDG	Der Gentest kann zur Voraussetzung der Kostenübernahme für präventive Maßnahmen gemacht werden.
§ 4 GenDG	Bei Verweigerung der Gentestung und späterer Erkrankung oder bei erhöhten Kosten durch Verweigerung der PM/PO kann keine Kostenbeteiligung vom Versicherten gefordert werden.
§ 18 Absatz 1 Nr.2 GenDG	Trotzdem der Versicherer weder die Vornahme genetischer Untersuchungen noch die Mitteilung der Ergebnisse verlangen kann, steht einer Abrechnung genetischer Untersuchungen nichts entgegen.
§ 11 Absatz 3 GenDG	Die Fürsorgepflicht kann mit der ärztlichen Schweigepflicht kollidieren und sollte Gegenstand weiterer Diskussionen sein.
§ 10, Absatz 3 S.2 GenDG	Unsere Untersuchungen belegen die Bedeutung einer eingehenden psychologischen Beratung neben der ärztlichen. Eine Modifikation des Gesetzes sollte daher diskutiert werden.

Abb. 3 (TP3) Matrix für die Zuordnung von Risikoprofilen und präventiven Maßnahmen



Schlussfolgerung Die Grundlage der Entscheidung über präventive Maßnahmen muss eine präferenzsensible Beratung sein, die bei den Betroffenen die Entscheidungskompetenz und die Ressourcen für ein individuelles risikoangepasstes Präventionskonzept stärkt. Die PM in Kombination mit der PO ist die kosteneffizienteste Maßnahme. Allerdings spielen psychosoziale Faktoren eine zentrale Rolle bei der Entscheidungsfindung. Die psychische Belastung bei einem Drittel der Mutationsträgerinnen bedarf weiterführender Untersuchungen. Abhängig von diesen Untersuchungen ist gegebenenfalls von Gesetzeseite § 10 Abs. 3 S. 2 GenDG zu ändern. Der Gesetzgeber hat durch Änderungen des SGB V den Weg für eine Aufnahme der risikoadaptierten Früherkennung in die Regelversorgung geebnet. Wie unter diesen Voraussetzungen Personen mit einem genetischen Erkrankungsrisiko konkret in die geregelte Gesundheitsversorgung integriert werden können, bleibt zu klären.

Saarland gegen Darmkrebs – Machen Sie mit!

Steigerung der Teilnahme an der Darmkrebsfrüherkennung durch ein persönliches Einladungsverfahren

Projektbeteiligte und Kooperationspartner

Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg: Prof. Dr. Hermann Brenner, Dr. Michael Hoffmeister, Dr. Nadine Zwink, Dr. Christian Stock
Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie; Krebsregister Saarland: Christa Stegmaier, Dr. Bernd Hollecsek
Kassenärztliche Vereinigung Saarland: Dr. Gunter Hauptmann

Ziele / Fragestellung

- Die Teilnahmeraten an der Darmkrebsvorsorge in Deutschland sind weiterhin gering.
- Das primäre Ziel des Modellprojekts war der Nachweis der Steigerung der Teilnahme an der Darmkrebsfrüherkennung durch ein logistisch unaufwändiges persönliches Einladungsverfahren.

Methoden

- Randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie von 2012-2015.
- Alle Personen aus dem Saarland im Alter von 50 bzw. 55 Jahren.
- Zufällige Einteilung in 3 bzw. 2 Gruppen (s. Abbildung 1).
- Abgleich der Inanspruchnahme mit Daten der KV Saarland.
- Nach Ablauf von 1 Jahr erneute Randomisierung und Einladung.

Ergebnisse

Tabelle 1. Inanspruchnahme des Früherkennungstests auf Blut im Stuhl.

	Kein Brief (N=6167)	Brief (N=6203)	Prozent. Differenz	P-Wert Het.	Brief+Test (N=6190)	Prozent. Differenz	P-Wert Het.
Inanspruchnahme Früherkennungs-Stuhltest*	778 (13%)	745 (12%)	-5%	0,306	1309 (21%)	+68%	<0,001
Männlich	159 (5%)	136 (4%)	-14%	0,253	429 (13%)	+170%	<0,001
Weiblich	619 (21%)	609 (19%)	-6%	0,288	880 (29%)	+43%	<0,001

* Median der Beobachtungszeit nach 1. Randomisierung und vor der 2. Randomisierung war 366 Tage (12,0 Monate).

Tabelle 2. Inanspruchnahme der Vorsorge-Koloskopie.

	Kein Brief (N=8375)	Brief (N=8449)	Prozent. Differenz	P-Wert Het.
Inanspruchnahme Vorsorge-Koloskopie*	304 (3.6%)	399 (4.7%)	+30%	<0,001
Männlich	149 (3.5%)	182 (4.3%)	+21%	0,077
Weiblich	155 (3.7%)	217 (5.2%)	+39%	0,001

* Median der Beobachtungszeit nach 1. Randomisierung und vor der 2. Randomisierung war 369 Tage (12,1 Monate).

Schlussfolgerungen / Diskussion

- Dieses großangelegte Modellprojekt hat gezeigt, dass sich die Teilnahmeraten an Darmkrebsvorsorgeuntersuchungen in Deutschland durch Einladungsschreiben teilweise deutlich steigern lassen.
- Trotz deutlicher Steigerung der Teilnahmeraten blieben die Teilnahmeraten hinter denen anderer Länder zurück, auch unter Berücksichtigung der Unterschätzung um ca. 15% (Inanspruchnahme durch Privatversicherte nicht in KV-Daten).
- Unsere Ergebnisse unterstreichen nicht nur die Wirksamkeit gezielter Einladungen, sondern auch die Notwendigkeit umfassender Informations- und Präventionsbemühungen im Rahmen organisierter Vorsorgeprogramme (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz, KFRG).

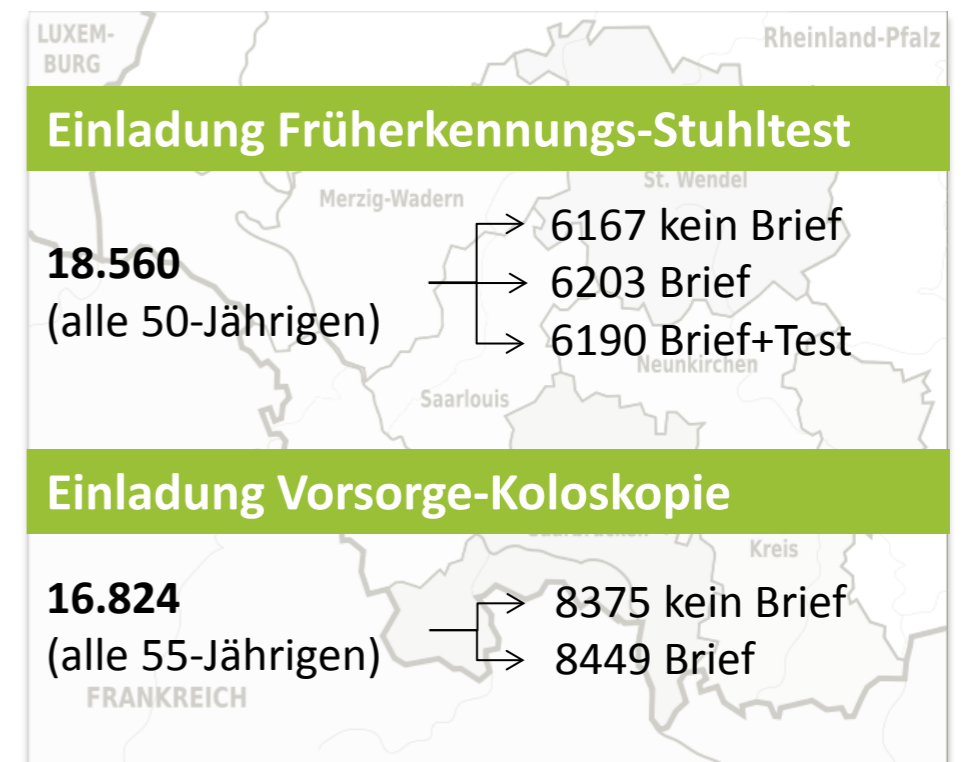


Abbildung 1. Studienpopulation und Randomisierung in der SAMS-Studie.

- Ein Einladungsschreiben steigerte die Inanspruchnahme des Stuhltests um 68%, wenn der Test gleich mitgeschickt wurde.
- Insbesondere bei Männern (+170%) (Tabelle 1).

- Keine Steigerung der Teilnahmerate, falls der Test auf Blut im Stuhl nicht dabei war (Tabelle 1).
- Ein Einladungsschreiben steigerte die Teilnahme an der Vorsorge-Koloskopie um 30% (4,7% versus 3,6%, Tabelle 2).
- Es zeigten sich Variationen zwischen den Landkreisen (ggf. Unterschiede in der Verfügbarkeit gastroenterologischer Praxen oder im Gesundheitsverhalten).

Fall-Kontroll-Studie TeQaZ

Häufigkeit der Teilnahme an der Krebsfrüherkennung und Qualität der Zytologie

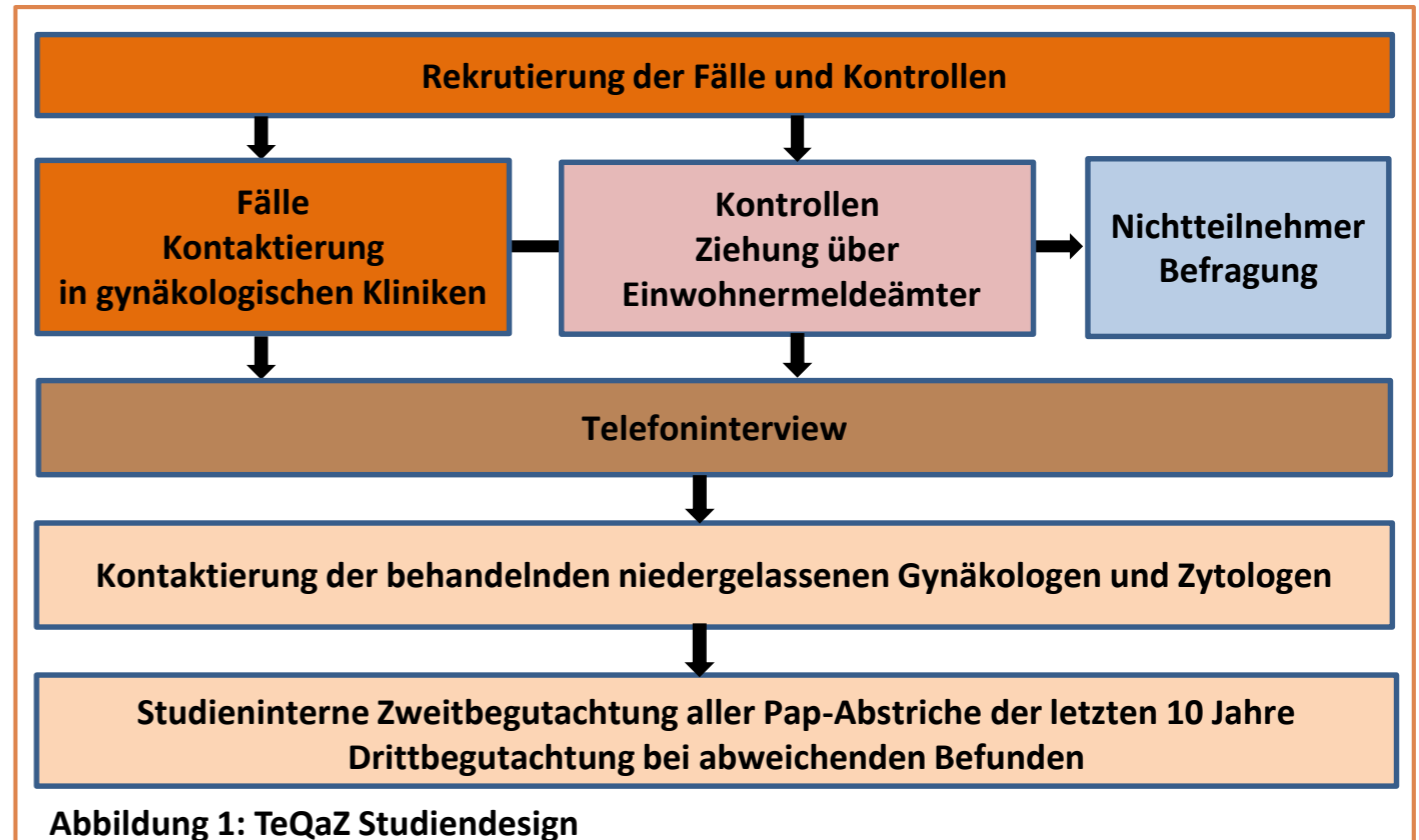
Schüle S., Radde K., Schriefer D., Schoffer O., Pinkert S., Schweigler D., Polster M., Garbe Y., Röhl S., Klug S.J.
Tumorepidemiologie, Universitäts KrebsCentrum, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden

Ziele

- Untersuchung der Teilnahme an der Krebsfrüherkennung (KFU) beim Zervixkarzinom von Fällen und Kontrollen
- Evaluation der Qualität der Zytologie

Methoden

- Fall-Kontroll-Studie Rekrutierungszeitraum: 01.03.2012 bis 31.12.2015
- Fälle: Frauen mit inzidentem Zervixkarzinom (ICD-10 C53)
- Kontrollen: Nach Alter und Wohnort 1:3 gematcht zu den Fällen
- Zeitraum der Datenerhebung: 10 Jahre vor Diagnose (Fälle) oder vor Einschluss in der Studie (Kontrollen)
- Studienregionen: Sachsen und Rheinland-Pfalz, sowie angrenzende Regionen in Baden-Württemberg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Saarland, Thüringen, Sachsen-Anhalt, Brandenburg und Bayern



Ergebnisse

Tabelle 1: Studienteilnahme – Fälle und Kontrollen

	Einwilligungserklärung	Eingeschlossen	% Einschluss
Fälle	253	209	82.6
Kontrollen	1542	627	40.7

Tabelle 2: Studienteilnahme – Ärzte und Praxen

	Kontaktiert	Teilnahme	% Teilnahme
Kliniken	153	61	39.9
Gynäkologen	935	624	66.7
Zytologische Labore	206	99	48.1
Vorhandene Pap-Abstriche	-	2083	-

Tabelle 3: Teilnahme an der KFU in den letzten 10 Jahren

	Fälle		Kontrollen	
	n	%	n	%
Jedes Jahr	90	43.1	447	71.3
Alle 2 bis 3 Jahre	21	10.0	86	13.7
Alle 4 bis 5 Jahre	14	6.7	39	6.2
Alle 6 bis 10 Jahre	39	18.7	43	6.9
Nicht in den letzten 10 Jahren	29	13.9	9	1.4
Noch nie	16	7.6	3	0.5
Summe	209	100	627	100

Tabelle 4: Risiko, an einem Zervixkarzinom zu erkranken bei Teilnahme seltener als jedes Jahr

Multivariables logistisches Modell	Odds Ratio	95% Konfidenzintervall
KFU: Seltener als jedes Jahr vs. jedes Jahr [Ref.]	2.59	1.78 – 3.80
Einnahme von Orale Kontrazeptiva: je vs. nie [Ref.]	0.63	0.36 – 1.10
Anzahl Geburten: mindestens 4 vs. 0-3 [Ref.]	2.72	1.19 – 6.20
Anzahl Partner: mindestens 2 vs. nur 1 [Ref.]	2.76	1.50 – 5.10
Zusammenleben mit einem Partner: nein vs. ja [Ref.]	1.21	0.77 – 1.90
Rauchen: je vs. nie [Ref.]	1.60	1.11 – 2.30

Tabelle 5: Risiko, an einem Zervixkarzinom zu erkranken bei Teilnahme seltener als alle drei Jahre

Multivariables logistisches Modell	Odds Ratio	95% Konfidenzintervall
KFU: Seltener als alle drei Jahre vs. mind. alle drei Jahre [Ref.]	4.58	2.97 – 7.10
Einnahme von Orale Kontrazeptiva: je vs. nie [Ref.]	0.62	0.34 – 1.10
Anzahl Geburten: mindestens 4 vs. 0-3 [Ref.]	2.43	1.02 – 5.80
Anzahl Partner: mindestens 2 vs. nur 1 [Ref.]	2.69	1.45 – 5.00
Zusammenleben mit einem Partner: nein vs. ja [Ref.]	1.35	0.84 – 2.20
Rauchen: je vs. nie [Ref.]	1.57	1.08 – 2.30

Schlussfolgerung

- 53% aller Frauen, die an einem Zervixkarzinom erkrankten, haben mindestens alle drei Jahre an der KFU teilgenommen, 43% jedes Jahr
- Frauen die seltener als alle drei Jahre an der KFU teilgenommen haben, hatten ein 4.6-fach erhöhtes Risiko an einem Zervixkarzinom zu erkranken
- Weitere statistisch signifikante Risikofaktoren sind die Anzahl der Partner, die Anzahl der Geburten und das Rauchen

Stand der Daten in der vorliegenden Auswertung 01.04.2016

Ansprechpartner: Prof. Dr. Stefanie Klug, MPH
 Telefon: 0351 3177-230
 E-Mail: teqaz.studie@uniklinikum-dresden.de
 Internet: <http://www.krebszentrum.de/100301.asp>

Getördert durch:

 Bundesministerium für Gesundheit
 aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Projekte zu Themenfeld
Psychosoziale / psychoonkologische Unterstützung von Krebspatientinnen und -patienten

Vorhaben-Akronym	Vorhaben-Name	Name der Organisation	Titel	Vorname	Nachname	Anschrift	PLZ	Ort	E-Mail	Tel.
EPAS	Evaluation eines elektronischen psychoonkologischen adaptiven Screeningprogramms zur Erfassung psychischer Belastungen und psychosozialer Unterstützungsbedürfnisse bei Krebspatienten	Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf (UKE)	Prof. Dr. Dr.	Uwe	Koch-Gromus	Martinistr. 52	20246	Hamburg	koch@uke.de	+49 40 7410-56203 +49 40 7410-52003
P-O-LAND	Psychoonkologische Versorgung im ländlichen Raum: Vergleich zweier Regionen mit unterschiedlichen Versorgungsmodellen	Universitätsklinikum Heidelberg Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik	Prof. Dr.	Wolfgang	Herzog	Im Neuenheimer Feld 410	69120	Heidelberg	wolfgang.herzog@med.uni-heidelberg.de	+49 6221 56-8649
STEPPED CARE	Optimierung psychoonkologischer Versorgung durch gestufte Vermittlung	Universität Leipzig Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie	Dr.	Helge	Danker	Philipp-Rosenthal-Str. 55	04103	Leipzig	helge.danker@medizin.uni-leipzig.de	+49 341 9715412

Evaluation eines Elektronischen Psychoonkologischen Adaptiven Screeninginstruments zur Erfassung psychischer Belastung und psychosozialer Unterstützungsbedürfnisse bei Krebspatienten

Leon Sautier¹, Uwe Koch-Gromus¹, Carsten Bokemeyer², Georgia Schilling³, Anja Mehnert^{1,4}

¹ Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

² Onkologisches Zentrum, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

³ Hamburger Krebsgesellschaft e.V.

⁴ Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Leipzig

Nationaler Krebsplan – Handlungsfeld 2

Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung.

Ziel 9: Alle Krebspatienten bei Bedarf eine angemessene psychoonkologische Versorgung.

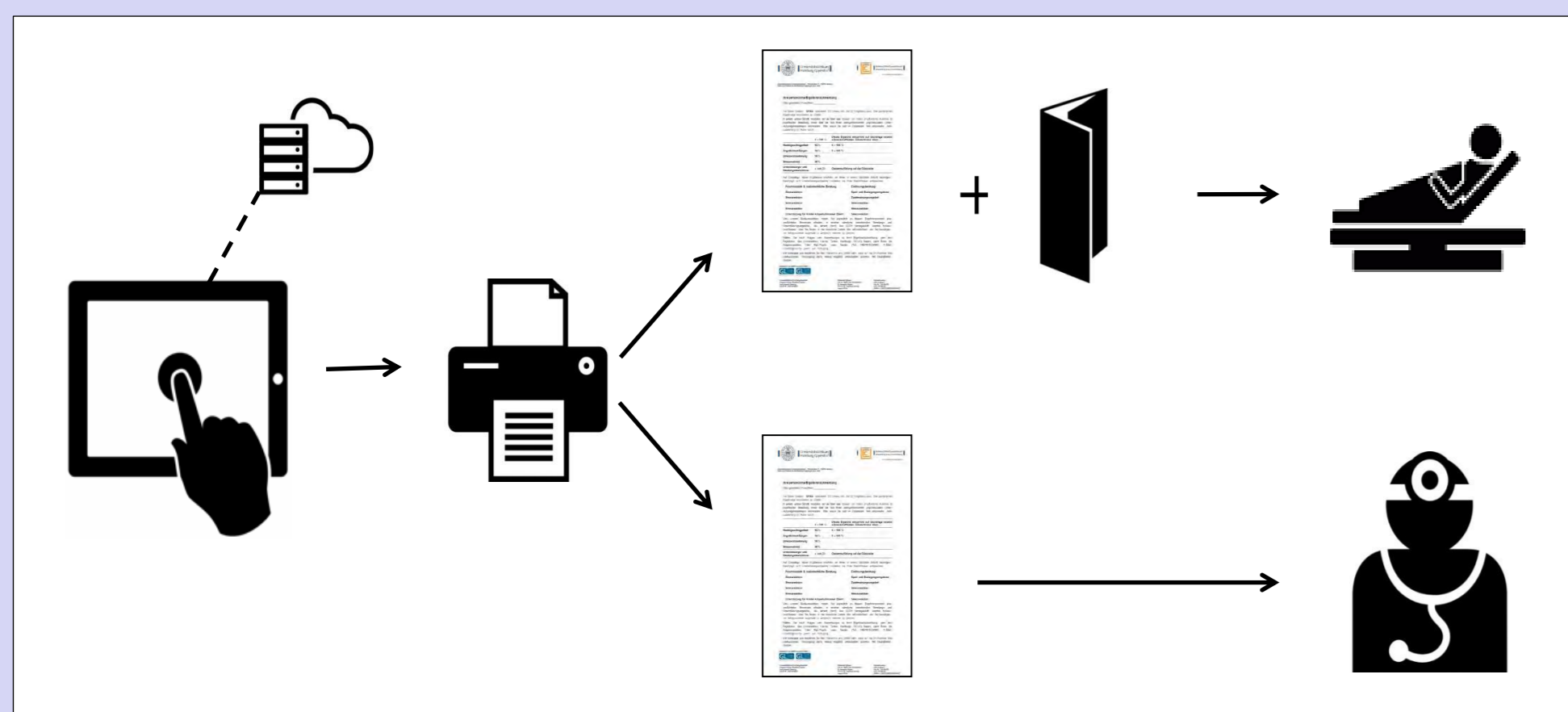
Ziele & Fragestellung

Der psychosoziale Unterstützungsbedarf von Krebspatienten wird durch das onkologische Behandlungsteam häufig nicht ausreichend erkannt, sodass Patienten häufig keine zeitnahe psychoonkologische Unterstützung erhalten. Unser Forschungsziel besteht in der Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines Elektronischen Psychoonkologischen Adaptiven Screeningprogramms (EPAS) in einem Comprehensive Cancer Center (CCC) im Vergleich zur onkologischen Routineversorgung (*Care as Usual*, CAU).

EPAS

EPAS verfolgt drei innovative Einsätze:

- I. Einsatz eines computer-adaptiven Screeningprogramms auf elektronischer Basis (Tablets)
- II. Strukturierte Erfassung psychischer Belastungen als auch psychosozialer Beratungs- und Unterstützungsbedürfnisse
- III. Unmittelbare Auswertung, Information und schriftliche Rückmeldung der Ergebnisse einschließlich einer Empfehlung zur Inanspruchnahme spezifischer Unterstützungsangebote an das Behandlungsteam sowie an die Patienten selbst.



Methoden

Studiendesign: Die Evaluation von EPAS erfolgte auf Grundlage eines cluster-randomisierten prospektiven Studiendesigns mit drei Messzeitpunkten. Die Versorgungseinrichtungen des Kompetenznetzwerks des Universitären Cancer Center Hamburgs (UCCH) wurden zu den Untersuchungsgruppen EPAS oder CAU randomisiert. Zum Messzeitpunkt T0 erfolgte in der EPAS-Gruppe die Erhebung der psychischen Belastung und der psychosozialen Unterstützungsbedürfnisse tabletbasiert unter Einsatz computer-adaptiver als auch klassischer Testverfahren einschließlich der schriftlichen Informierung des Behandlungsteams sowie der Patienten. Patienten der CAU-Gruppe erhielten einen Fragebogen in paper-pencil-Format, wurden jedoch ebenso wenig wie die Behandler über die Ergebnisse aufgeklärt. Zu zwei Follow-up-Messzeitpunkten 3 (T1) und 6 Monate (T2) nach Baseline (T0) wurde das Outcome-Instrumentarium in beiden Studien-armen postalisch erhoben.

Als **primäre Zielkriterien** wurden untersucht: a) Informiertheit über und b) Inanspruchnahme von Beratungs- und Unterstützungsangeboten, c) Behandlungszufriedenheit, d) Psychische Belastung & Lebensqualität.

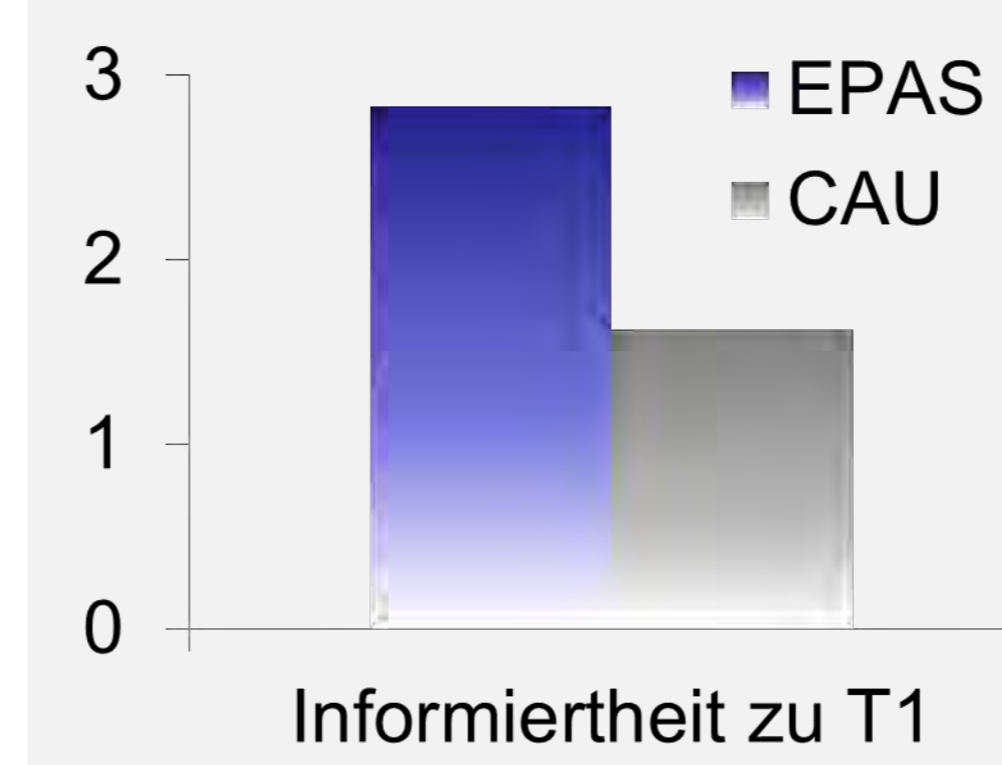
Kooperationspartner:



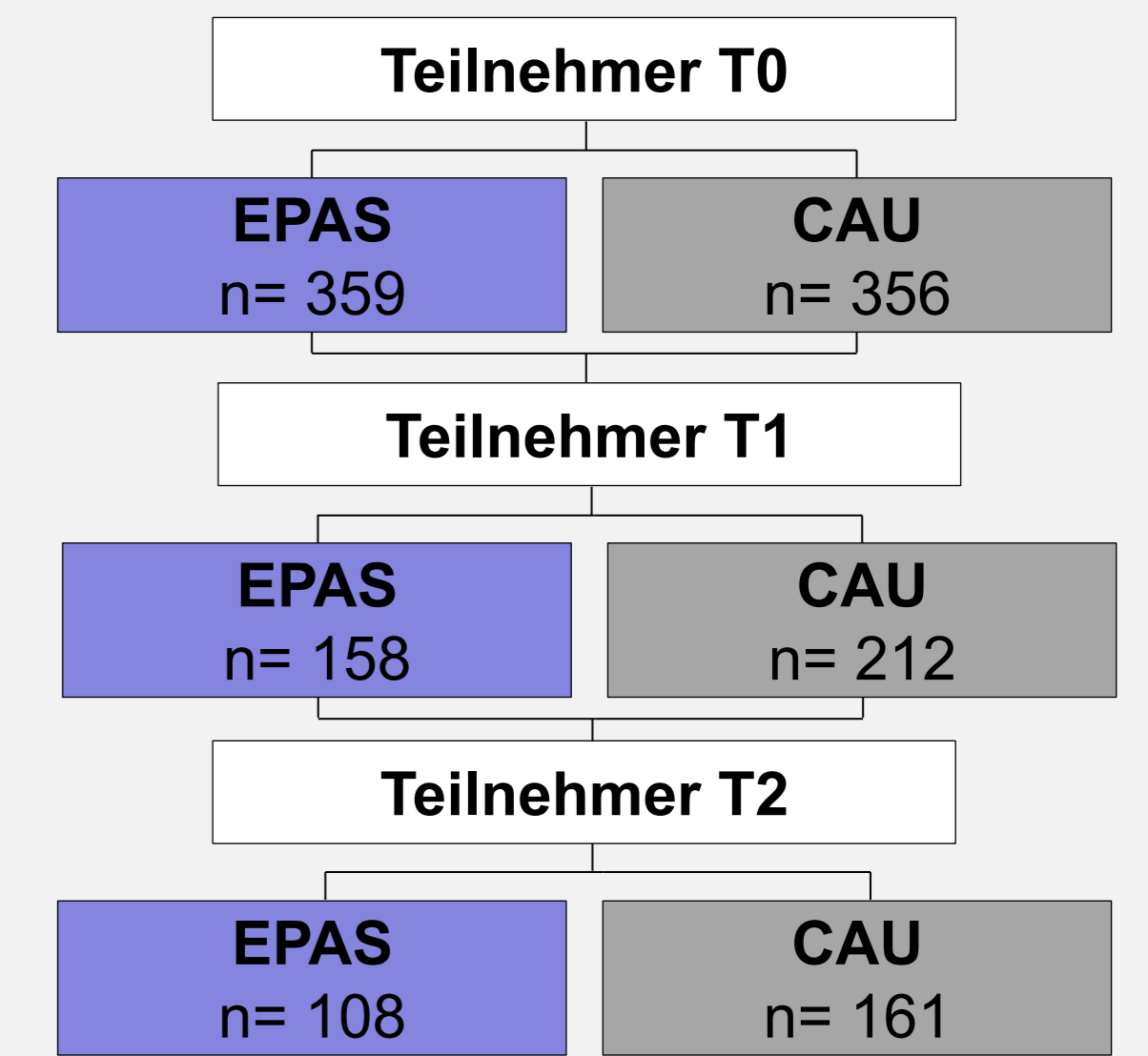
Ergebnisse

Die 715 Patienten (45% Frauen) sind im Durchschnitt 61 Jahre alt (Range: 18-90). Hämatologische Neoplasien (30%) sowie bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (22%) zählen zu den häufigsten Diagnosegruppen.

Informiertheit über Unterstützungsangebote



EPAS-Pat. sind zu allen Messzeitpunkten informierter über das gesamte Spektrum an bestehenden Unterstützungsangeboten ($p < .001$). Für die zehn bestehenden Unterstützungsangebote im Einzelnen erreicht der Gruppenunterschied ebenfalls statistische Signifikanz zu beiden Follow-Up-Messzeitpunkten T1 und T2.



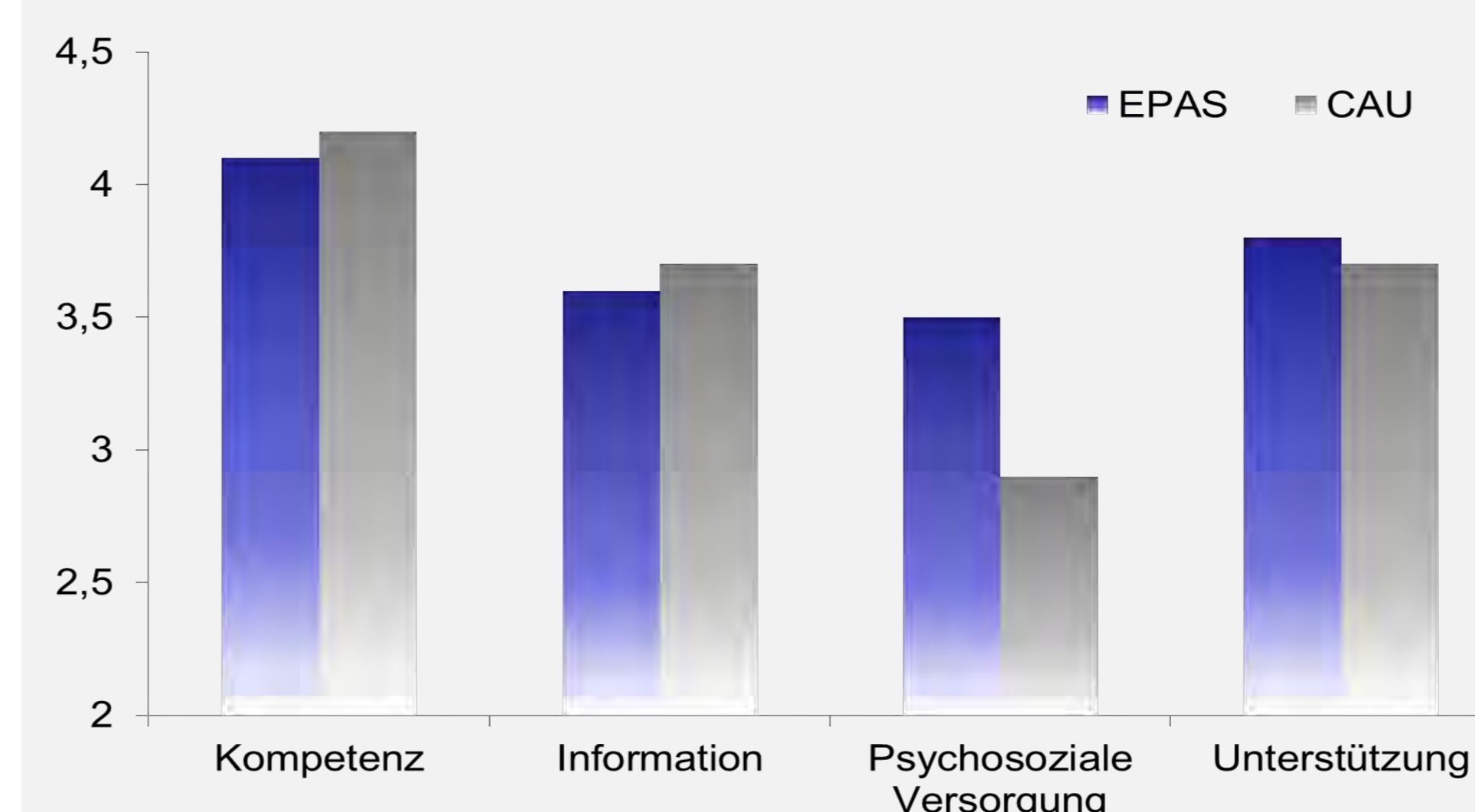
Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten

EPAS-Pat. versuchten signifikant häufiger (42%) als CAU-Pat. (29%) eines der Unterstützungsangebote in Anspruch zu nehmen (T1). Zudem nahmen

	Inanspruchnahme in % (T2)		
	EPAS	CAU	p
Alle ganzheitlichen Angebote	67.9	46.9	<.001
- psychosoziale Angebote	52.5	37.1	<.05
- komplementäre Angebote	47.5	28.9	<.01
- medizinische Sprechstunden	12.7	11.9	

Patienten der EPAS-Gruppe in den 6 Mon. nach T0 signifikant häufiger eines der bestehenden psychosozialen und komplementären Unterstützungsangebote in Anspruch (Tabelle). Für die zehn bestehenden Angebote im Einzelnen erreicht der Gruppenunterschied zwischen EPAS- und CAU-Pat. für T1 keine statistische Signifikanz und für T2 statistische Signifikanz nur für die Inanspruchnahme der Psychoonkologie, Kreativtherapie, Ernährungsberatung, komplementärmedizinischen Beratung und der Bewegungs- und Sportangeboteangebote.

Behandlungszufriedenheit



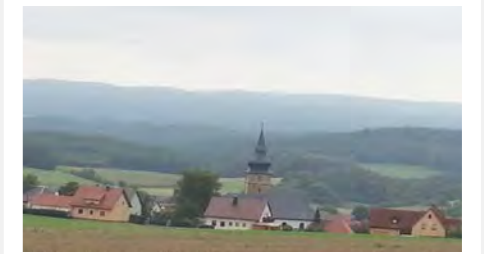
Patienten der EPAS-Gruppe sind zu beiden Follow-Up-Messzeitpunkten T1 und T2 signifikant zufriedener mit dem Zugang zu psychosozialen Unterstützungsangeboten ($p < .001$) als Patienten in der Routineversorgung (CAU).

Psychische Belastung und Lebensqualität

Patienten der EPAS- und der CAU-Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant in den Merkmalen Depressivität, Ängstlichkeit, Distress und Lebensqualität voneinander.

Schlussfolgerung und Diskussion

EPAS ermöglicht neben der Erfassung der psychischen Belastung auch eine Information der Ergebnisse sowie ergebnisbasierter Handlungs-empfehlung an sowohl Patienten und Behandler. Gegenüber der Routineversorgung sind EPAS-Patienten signifikant informierter über das Spektrum bestehender Unterstützungsangebote, nehmen in den 6 Monaten nach Baseline u.a. die Psychoonkologie signifikant häufiger wahr und sind weiterhin signifikant zufriedener mit dem Zugang zur psychosozialen Unterstützung. In diesem Sinne stellt ein elektronisches Screening eine Verbesserung der onkologischen Versorgung dar, vorausgesetzt das Screening ist in die Versorgungsstrukturen gut integriert. Auch zukünftige Forschungsvorhaben sollten die Untersuchung des Potentials elektronischer Screenings weiter adressieren.



Psychoonkologische Versorgung im ländlichen Raum

Vergleich zweier Regionen mit unterschiedlichen Versorgungsmodellen

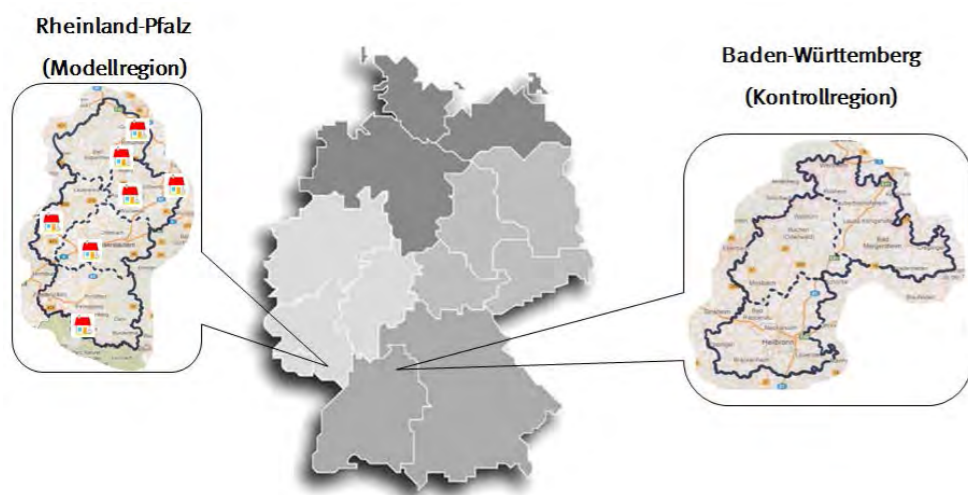
Ziele / Fragestellung

- Beschreibung der existierenden ambulanten psychoonkologischen Versorgung auf dem Land
- **Evaluation eines spezifischen ambulanten Versorgungsmodells in Rheinland-Pfalz mit landesweit flächendeckenden Krebsberatungsstellen**
- Stadt-Land-Vergleich der Versorgung

Methoden

Im Rahmen eines epidemiologischen Ansatzes wurden zunächst zwei Studienregionen im ländlichen Raum definiert.

Studienregionen (10 Landkreise, 2 Großstädte)



Anschließend wurden in beiden Regionen Erhebungen auf Ebene der existierenden psychoonkologischen Beratungs- und Behandlungsangebote, sowie der Haus- und Fachärzte und auch deren Patienten sowie ihrer Angehörigen durchgeführt. So konnte ein direkter Vergleich der Versorgung hinsichtlich Bundesland- und Stadt/Land- Unterschieden vorgenommen werden.

Zielkriterien

- Vermittelbarkeit von Krebspatienten in psychoonkologische Beratung/Behandlung (Ärztebefragung)
- Ausmaß krankheitsbezogener Belastung und Unterstützungsbedarf der Patienten/ Angehörigen (Patienten- und Angehörigenbefragung mittels FKB-R und SCNS-Fragebogen)

Stichproben

Land	Stadt
n= 243 Psychotherapeuten, Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen	n= 67
571 Haus- und Fachärzte	112
501 Patienten	84
415 Angehörige	73

Ergebnisse

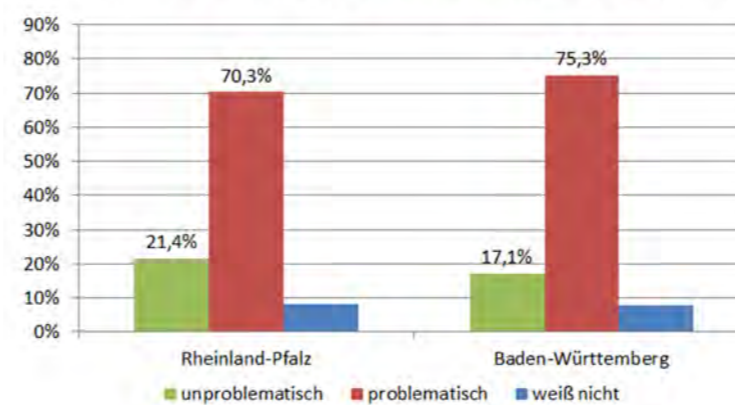
Bestandsaufnahme



- In Rheinland Pfalz werden signifikant mehr Patienten versorgt
- Dennoch Lücken
- Wartezeit Psychotherapie im Mittel 3 Monate
- Versorgungsdichte auf dem Land gegenüber Stadt halbiert

Ärztebefragung

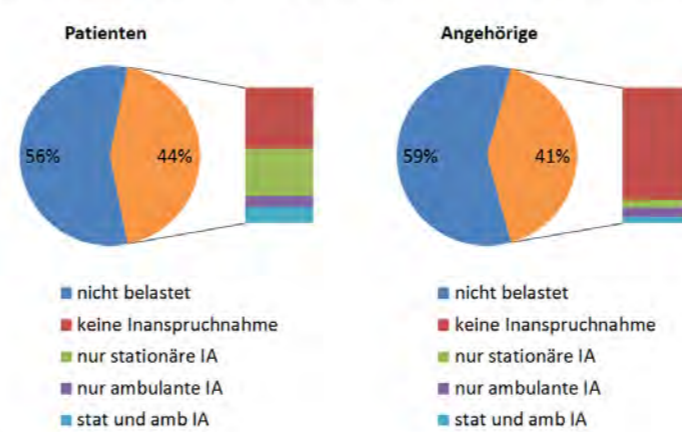
Vermittelbarkeit in psychoonk. Versorgung



- Signifikante Unterschiede zwischen den Bundesländern nur bei Vermittelbarkeit zu Krebsberatungsstellen
- Generell massive Vermittlungsprobleme, v.a. zu Psychotherapeuten

Patienten- und Angehörigenbefragung

Belastung und p-o Inanspruchnahme (IA)



- Keine Bundeslandunterschiede im Belastungsniveau
- Hoher bestehender Bedarf bei Patienten und Angehörigen
- Kaum Inanspruchnahme bei Angehörigen

Schlussfolgerungen / Diskussion

- ☞ Durch Verkürzung von Liegedauern und Ausbau ambulanter medizinischer Krebsbehandlung kommt der psychosozialen Versorgung im wohnortnahen ambulanten Bereich eine wachsende Bedeutung zu
- ☞ Unsere Ergebnisse belegen, dass trotz flächendeckender Versorgung mit Krebsberatungsstellen im ländlichen Raum diesbezüglich dennoch deutliche Defizite bestehen
- ☞ Es bedarf daher weiterer strategischer Anstrengungen zur Schaffung einer bedarfsgerechten ambulanten psychosozialen Versorgung von Krebspatienten und deren Angehörigen
- ☞ Derzeit fehlt es insbesondere für Angehörige krebskranker Menschen an geeigneten Unterstützungsangeboten
- ☞ Haus/Fachärzte sind auf dem Land wichtige Partner

STEPPED CARE

Optimierung psychoonkologischer Versorgung durch gestufte Vermittlung

1. Fragestellung

Verbessert ein gestuftes psychoonkologisches Versorgungsmodell die Inanspruchnahme des psychoonkologischen Dienstes (POD) und das psychische Befinden der Patienten?

2. Methoden

Studiendesign: Zweiarmlige cluster-randomisierte kontrollierte Studie (Stepped-Care vs. Standardversorgung)

Stepped-Care: Stufe 1: Computergestütztes Screening psychischer Belastung; Stufe 2: Strukturiertes Arzt-Patienten-Gespräch; Stufe 3: Anforderung des POD

Primäre Zielgrößen: Konsiliarische Anforderungen des POD (nach Klinikentlassung); psychische Belastung (6 Monate nach Baseline)

Sekundäre Zielgrößen: Soziale Belastung, Behandlungszufriedenheit, Inanspruchnahme ambulanter psychiatrischer Versorgung 6 Monate nach Baseline

3. Ergebnisse

N=1012 Patienten in 13 Krankenhausstationen: Stepped-Care: 7 Krankenhausstationen (n=570); Standardversorgung: 6 Krankenhausstationen (n=591)

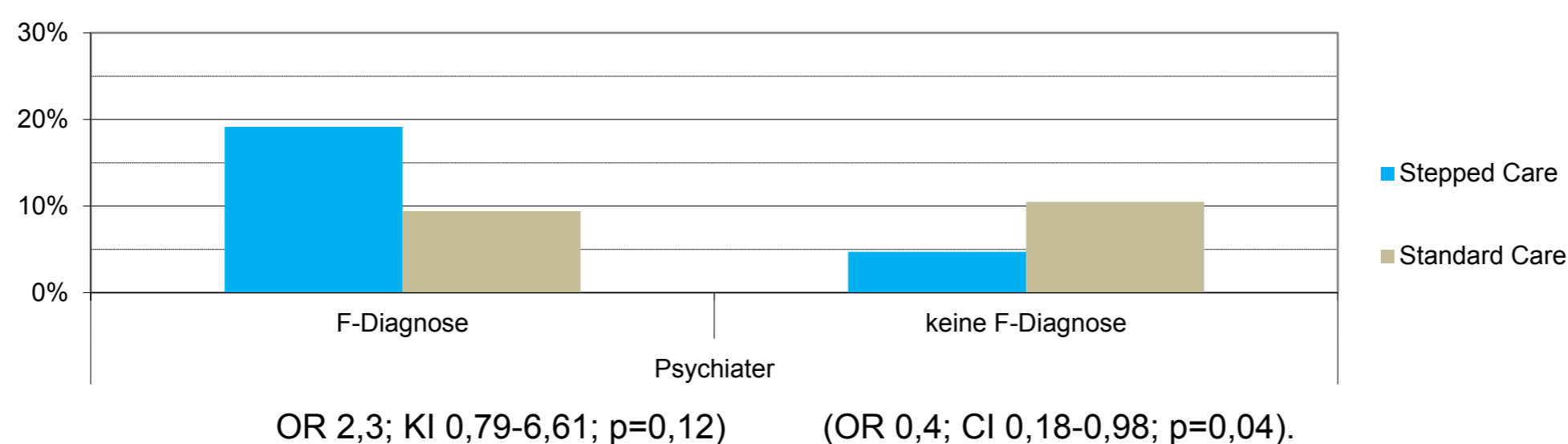
Konsiliarische Anforderungen des POD: Stepped-Care 22% vs. Standardversorgung 3% (OR 10,0; 95% KI 2,8; 35,8; $p < 0,001$)

Psychische Belastung: Stepped-Care 9,5 (SD 8,2) vs. Standardversorgung 9,4 (SD 7,2); $\beta -0,3$; [95% KI -1,6; 1,1; $p=0,71$]

Soziale Belastung: Stepped-Care 63,3 (SD 37,6) vs. Standardversorgung 66,2 (SD 38,4); $\beta 0,99$ (95% KI -6,5-4,5, $p=0,73$)

Zufriedenheit mit Behandlung: in beiden Studienarmen gleich hoch (Engagement der Ärzte ($\beta -0,37$; KI -1,42-0,68; $p=0,49$), Empathie der Ärzte ($\beta 0,34$; KI -1,03-0,33; $p=0,32$), Patientenorientierung ($\beta 0,45$; KI -1,07-0,17; $p=0,16$), Möglichkeit von Gesprächen mit Ärzten ($\beta -1,31$; KI -2,73-0,11; $p=0,07$), Möglichkeit von Gesprächen mit Psychoonkologen ($\beta -1,09$; KI -3,09-0,92; $p=0,29$))

Inanspruchnahme ambulanter psychiatrischer Versorgung:



4. Schlussfolgerungen / Diskussion

Das gestufte psychoonkologische Versorgungsmodell (Stepped Care), welches Feedbacks der psychischen Belastungen der Patienten sowie strukturierte Arzt-Patienten-Gespräche beinhaltete, führte zu einer Erhöhung der Inanspruchnahme des psychoonkologischen Dienstes (POD) während des Klinikaufenthaltes der Patienten. Ein halbes Jahr später konnte kein Unterschied in der psychischen Belastung zwischen den Patienten beider Studienarme festgestellt werden. Die spätere Inanspruchnahme von Psychiatern und Psychotherapeuten erfolgte jedoch zielgerichteter bei Patienten, die nach Stepped Care versorgt worden waren, so dass sowohl Über- als auch Unterversorgung seltener auftraten.

Projekte zu Themenfeld
Patientenorientierung in der Onkologie – informierte Entscheidung und Patientenkompetenz

Vorhaben-Akronym	Vorhaben-Name	Name der Organisation	Titel	Vorname	Nachname	Anschrift	PLZ	Ort	E-Mail	Tel.
DIPExOnkologie	Patientenerfahrungen zur Erhöhung der Patientenkompetenz - Entwicklung und Evaluation von Internetplattformen (Modulen) zu Brustkrebs, Darmkrebs und Prostatakrebs auf der Webseite www.krankheitserfahrungen.de	Charité Universitätsmedizin Berlin Berlin School of Public Health	Dr.	Christine	Holmberg	Seestr. 73, Haus 10	13347	Berlin	christine.holmberg@c harite.de	+49 30 450 529192
EFFEKTIV	Effektive Informationsvermittlung bei der Einladung zur Teilnahme an Krebsfrüherkennungsmaßnahmen	Universität Konstanz Fachbereich Psychologie Sozialpsychologie und Entscheidungsforschung	Prof. Dr.	Wolfgang	Gaissmaier	Postfach 43	78457	Konstanz	gaissmaier@uni- konstanz.de	+49 7531 88-3024
InEMa	Informierte Entscheidung deutscher und türkischer Frauen bei der Teilnahme am Mammographie-Screening-Programm (InEMa)	Universität Bielefeld Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG 3	Prof. Dr.	Jacob	Spallek	Universitätstr. 25	33615	Bielefeld	jacob.spallek@uni- bielefeld.de; jacob.spallek@b-tu.de	+49 521 106-2554
PACOCT	Patientenkompetenz in der oralen antineoplastischen Therapie	Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen - WINHO - GmbH	Dr.	Walter	Baumann	Vor den Siebenburgen 2	50676	Köln	baumann@winho.de	+49 221 3798580 +49 221 9331919- 11
PIAT	Informations- und Schulungsmaßnahmen zur Stärkung der Patientenkompetenz - eine Analyse des Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinom	Universität zu Köln Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR)	Prof. Dr.	Holger	Pfaff	Eupener Str. 129	50933	Köln	holger.pfaff@uk- koeln.de	+49 221 478- 97101
SPUPEO	Spezialisierte Pflegefachpersonen zur Unterstützung informierter partizipativer Entscheidungsfindung in der Onkologie	Universität Hamburg MIN Fakultät Gesundheitswissenschaft	Dr.	Anke	Steckelberg	Martin-Luther- King-Platz 6	20146	Hamburg	asteckelberg@uni- hamburg.de	+49 40 42838- 7152 +49 40 42838- 7222

Patientenerfahrungen zur Erhöhung der Patientenkompetenz: Entwicklung und Evaluation von Internetplattformen (Modulen) zu Brustkrebs, Darmkrebs und Prostatakrebs auf www.krankheitserfahrungen.de

Ziele / Fragestellung

Ziel von DIPEX Onkologie ist die Bereitstellung wissenschaftlich aufbereiteter Krankheitserfahrungen von KrebspatientInnen modellhaft anhand von Brust-, Darm-, und Prostatakrebs auf krankheitserfahrungen.de und die Evaluation des Angebots bezüglich einer Stärkung der Patientenkompetenz. Forschungsfragen waren:

- 1.) Welche Erfahrungen machen PatientInnen mit Brust-, Darm-, und Prostatakrebs?
 - 2.) Entspricht krankheitserfahrungen.de dem Informationsbedürfnis und der Hilfesuche von KrebspatientInnen mit Brust-, Darm- und Prostatakrebs?
 - 3.) Erhöht die Nutzung von krankheitserfahrungen.de die Patientenkompetenz?
- Hier werden die Methoden und Ergebnisse von Fragestellung 1.) und 2.) dargestellt.

Methoden

Die Fragestellungen des Projekts wurden mit qualitativen und quantitativen Forschungsmethoden bearbeitet.

1.) Gemäß des Forschungshandbuchs und den Qualitätskriterien von DIPEX International wurden narrative Interviews mit Betroffenen geführt. InterviewpartnerInnen wurden nach der Strategie des „maximum variation sampling“ ausgewählt, d.h. das Sample wurde im Hinblick auf Alter bei Diagnose, Zeit seit Diagnose, Lebensumstände und Behandlungen ausgewählt. Die Datenerhebung war abgeschlossen, nachdem keine weiteren Informationen in den Interviews erfasst wurden (theoretische Sättigung). Eine thematische Auswertung folgte. 2.) Zur Evaluation sollten pro Modul 20 PatientInnen die Webseite zwei Wochen testen und in Fokusgruppen bewerten. Die Nutzung der Webseite wurde mithilfe von Logfiles analysiert. Fokusgruppen wurden thematisch ausgewertet.

Ergebnisse

1.) Auf www.krankheitserfahrungen.de erzählen 43 Frauen mit Brustkrebs von ihren Erfahrungen, 42 Personen von ihren Erfahrungen mit Darmkrebs und 44 Männer von ihren Erfahrungen mit Prostatakrebs (Tabelle 1-3) (Abb. 1).

Menschen, die ihre Erzählung zur Verfügung gestellt haben (Tabelle 1-3)

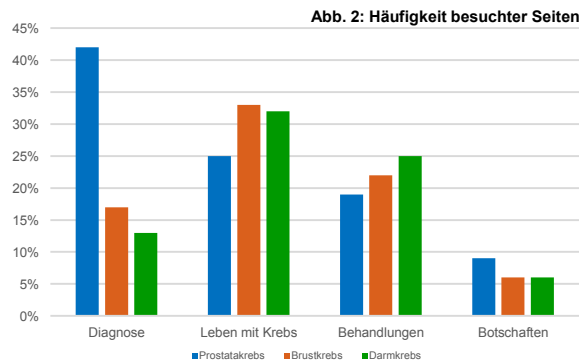
Frauen mit Brustkrebs			Personen mit Darmkrebs			Männer mit Prostatakrebs		
Alter bei Diagnose	Zeitraum seit Diagnose	Behandlung	Alter bei Interview	Zeitraum seit Diagnose	Krankheitsstadium	Alter bei Diagnose	Zeitraum seit Diagnose	Berufliche Situation bei Diagnosestellung
26–29: 3/43	5 Monate–1 Jahr: 11/43	Brustabnahme: 26/43	20–39: 3/42	0–1 Jahr: 2/42	In Remission/unter Therapie: 26/42	40–49: 1/44	0–1 Jahr: 4/44	im Beruf: 20/44
30–39: 9/43	2–5 Jahre: 15/43	Chemotherapie: 30/43	40–49: 15/42	1–5 Jahre: 24/42	metastasiert: 11/42	50–59: 10/44	1–5 Jahre: 13/44	davon selbstständig: 3
40–49: 18/43	6–10 Jahre: 6/43	Antikörpertherapie: 8/43	50–59: 9/42	6–10 Jahre: 5/42	paläativ: 4/42	60–69: 20/44	5–10 Jahre: 16/44	berentet: 24/44
50–59: 10/43	11–20 Jahre: 8/43	Hormontherapie: 29/43	60–69: 25/42	>10 Jahre: 10/42		<65: 13/44	<10 Jahre: 11/44	davon vorzeitig: 8/24
60–69: 2/43	20–21 Jahre: 3/43	Bestrahlung: 11/43						
70–80: 1/43		Brustaufbau: 13/26						

(21 weiblich, 21 männlich)

Struktur der Krebsmodule auf www.krankheitserfahrungen.de



Abb. 1: Struktur Webseite



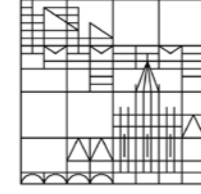
2.) Fokusgruppendifkussionen (n= 53) und Logfile Analysen (n= 56) zeichnen ein Bild von NutzerInnen, die Erfahrungen von Personen suchten, die ihnen ähnlich waren. Vor allem wurden Seiten, die sich mit dem Leben mit Krebs beschäftigen, angeschaut (Abb. 2). Die Geschichten vermittelten ihnen Vertrauen und Hoffnung. Die Teilnehmenden schätzten die wissenschaftliche Fundierung und die große Bandbreite an dargestellten Erfahrungsmöglichkeiten.

Schlussfolgerungen / Diskussion

NutzerInnen interessierte vor allem, wie andere den Alltag mit Krebs meistern. Dieses wissenschaftlich aufbereitete Erfahrungswissen wurde als hilfreiche Ressource für den eigenen Umgang mit der Erkrankung erlebt.

Krankheitserfahrungen.de stellt damit eine wichtige Ergänzung zu nicht-wissenschaftlich erhobenen Erfahrungsberichten Einzelner im Netz und zu medizinischen Informationen dar.

Jennifer Engler, Sandra Adami, Yvonne Adam, Bettina Keller, Tim Repke, Hella Fügemann, Gabriele Lucius-Hoene, Jacqueline Müller-Nordhorn, Christine Holmberg Using others' experiences. Cancer patients' expectations and navigation of a website providing narratives on prostate, breast and colorectal cancer. *Patient Education and Counseling*, 2016, Available online 17 March 2016



Effektive Informationsvermittlung bei der Einladung zur Teilnahme an Krebsfrüherkennungsmaßnahmen

Wolfgang Gaissmaier (Fachbereich Psychologie, Universität Konstanz)

Gerd Gigerenzer (Harding Center for Risk Literacy, Max-Planck-Institut für Bildungsforschung)

Odette Wegwarth (Harding Center for Risk Literacy, Max-Planck-Institut für Bildungsforschung)

Ziele / Fragestellung

Wie lassen sich informierte Entscheidungen für oder gegen die Teilnahme an Krebsfrüherkennung ermöglichen? Wieviel lässt sich hierbei bereits durch einfache tabellarische und graphische Zusammenfassung der wesentlichen Erkenntnisse erreichen, im Vergleich zur oft üblichen Information im reinen Textformat? Um diese Fragen zu beantworten, wurden in der Studie EFFEKTIV auf Wesentliche reduzierte Informationen zur Früherkennung von Brust-, Darm-, und Gebärmutterhalskrebs entwickelt und hierbei jeweils der Nutzen von tabellarischen und graphischen Zusammenfassungen gegenüber dem reinen Textformat erfasst.

Methoden

Insgesamt nahmen 3.701 an den jeweiligen Früherkennungsmaßnahmen teilnahmeberechtigte Personen teil, verteilt auf die drei Krebsarten. Diese wurden jeweils zufällig eines von 3 Formaten zugewiesen (Text, Text + Tabelle, Text + Graphik). Gemessen wurden (i) Wissen über Krebsfrüherkennung sowie (ii) Intention zur Teilnahme. Eine wesentliche Kovariate war generelle Zahlenfähigkeit (Numeracy). Die Daten wurden in insgesamt drei Wellen durch die Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) erhoben (Januar/Februar 2015; März/April 2015; Dezember 2015). Im Folgenden werden exemplarisch Ergebnisse zu Brustkrebsfrüherkennung dargestellt.

Ergebnisse

Abbildung 1 zeigt, dass Wissensfragen (hier: zu Brustkrebsmortalität) bei graphischer Information häufiger richtig beantwortet wurden (ca. 10 bis 15 Prozentpunkte höherer Anteil). Insbesondere Frauen mit niedriger Numeracy profitierten von der Graphik, auch wenn sie insgesamt weniger richtige Antworten gaben als Frauen mit hoher Numeracy. Ähnliche Ergebnisse ergaben sich für andere Wissensfragen.

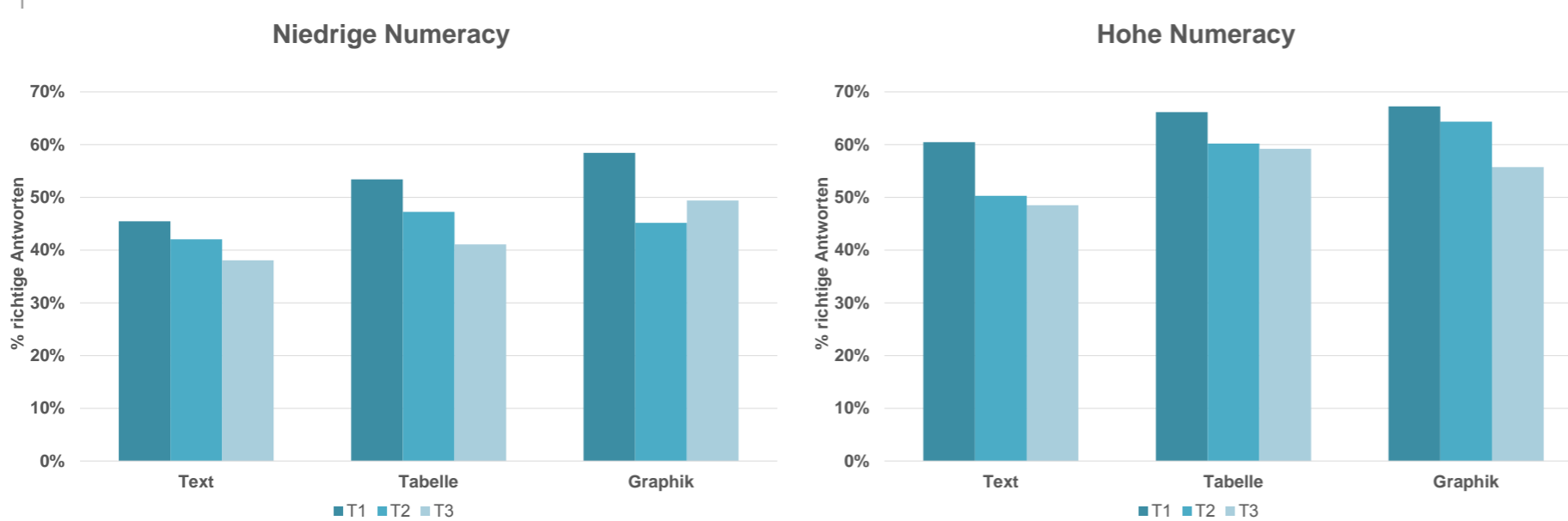


Abb. 1. Anteil richtiger Antworten zu Brustkrebsmortalität nach Bedingung (Text, Tabelle, Graphik), Welle (T1, T2, T3) und Numeracy (niedrig, hoch) (© eigene Abbildung)

Abbildung 2 zeigt, dass die meisten Frauen die Früherkennung generell als „eher sinnvoll“ einschätzten. Der Anteil war jedoch bei denjenigen Frauen, die die Brustkrebsmortalität richtig einschätzten, deutlich geringer (ca. 20 Prozentpunkte), wohingegen das Format darüber hinaus nur einen geringen Einfluss hatte.

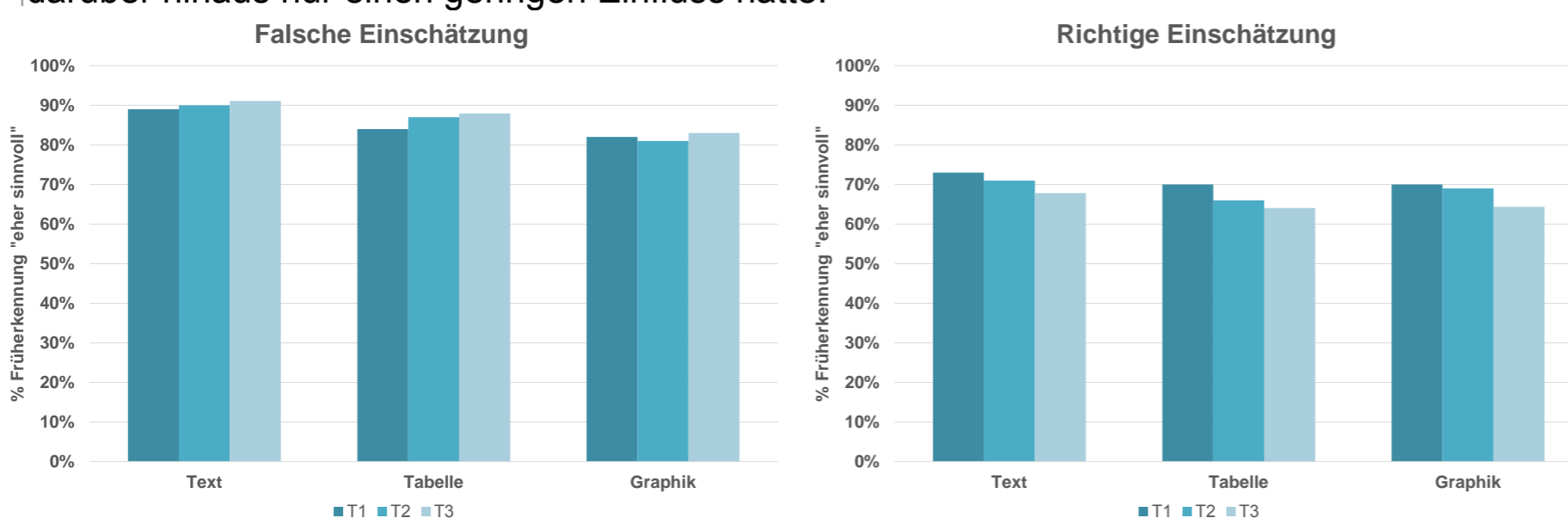


Abb. 2. Anteil der Frauen, die die Früherkennung als „eher sinnvoll“ einschätzten nach Bedingung (Text, Tabelle, Graphik), Welle (T1, T2, T3), und ob sie die Wissensfrage zu Brustkrebsmortalität richtig beantwortet haben (© eigene Abbildung)

Schlussfolgerungen / Diskussion

Eine minimale Intervention, nämlich eine Zusammenfassung der im Text gegebenen Informationen in einer Tabelle oder, besser noch, einer Graphik, ist gut geeignet, die Aufklärung über Krebsfrüherkennungsmaßnahmen zu verbessern und somit zu informierten Entscheidungen einen wichtigen Beitrag zu leisten. Insbesondere graphische Darstellungen können auch zahlenschwache Personen gut quantitativ aufklären. Dass die Einstellung gegenüber der Früherkennung bei akkuraterem Wissen weniger positiv war, unterstreicht die Wichtigkeit verständlicher Aufklärung.



Informierte Entscheidung zur Teilnahme am Mammographie-Screening-Programm (InEMa)

Gibt es Unterschiede nach Bildungsniveau und Migrationshintergrund?

Ziele / Fragestellung

- Frauen zwischen 50 und 69 Jahren werden alle zwei Jahre zur Teilnahme am Mammographie-Screening-Programm (MSP) eingeladen
- Teilnahme am MSP hat mögliche Vor- und Nachteile
 - Vorteile: frühzeitige Diagnosestellung, verbesserte Behandlungs- und Heilungschancen
 - Nachteile: Überdiagnosen, Übertherapien, Stress durch falsch positive/ falsch negative Befunde

⇒ Großer Stellenwert der Informierten Entscheidung

Ziele der InEMa-Studie

- Entwicklung eines Messinstruments zur empirischen Erfassung der Informierten Entscheidung im Rahmen des MSP
- Analyse welcher Anteil anspruchsberechtigter Frauen und insbesondere von Frauen mit türkischem Migrationshintergrund und mit niedrigem Bildungsniveau eine Informierte Entscheidung für oder gegen die Inanspruchnahme des MSP trifft.

Methoden

- Postalische Befragung von 50-jährigen Frauen aus Westfalen-Lippe
- Fragebogenentwicklung auf Basis von Literaturrecherche und qualitativen Interviews
- Türkischsprachige Befragungsunterlagen für Frauen mit möglichem türkischem Migrationshintergrund
- Ausschluss von Frauen mit Brustkrebs, mit vorheriger Teilnahme am MSP, ohne Einladung zum MSP
- χ^2 -Tests zur Überprüfung der Gruppenunterschiede

Tabelle 1: Komponenten der Informierten Entscheidung

Wissen	Einstellung	Teilnahme	Informierte Entscheidung
Hoch	Positiv	Ja	Ja
Hoch	Negativ	Nein	
hoch	Negativ	Ja	Nein
Hoch	Positiv	Nein	
Gering	Negativ	Ja	
Gering	Negativ	Nein	
Gering	Positiv	Ja	
Gering	Positiv	Nein	

Als informiert gilt eine Entscheidung dann, wenn sie

- auf ausreichendem Wissen über Nutzen und Risiken basiert
- in Übereinstimmung mit den persönlichen Einstellungen zum Screening getroffen wird
- sich im Verhalten (Teilnahme oder Nicht-Teilnahme am Screening) niederschlägt

Schlussfolgerungen / Diskussion

- Anteil an Informierten Entscheidungen im MSP in Deutschland ist ausbaufähig
- Frauen mit niedrigem Bildungsniveau und Frauen mit türkischem Migrationshintergrund treffen signifikant seltener eine Informierte Entscheidung
- Bedarf an Interventionen zur Verbesserung der Informierten Entscheidung für alle Frauen der Zielgruppe
- Besonderer Bedarf an Interventionen für Frauen mit niedrigem Bildungsniveau und Frauen mit türkischem Migrationshintergrund
- Hauptansatzpunkt für Interventionen bietet der geringe Wissensstand

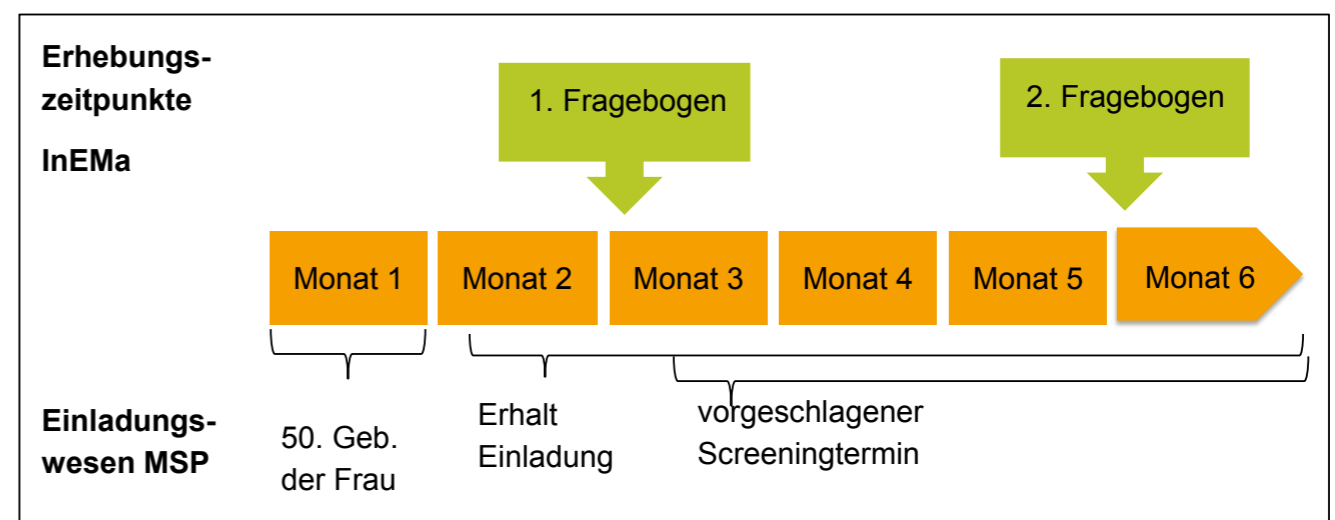


Abbildung 1: Erhebungszeitpunkte InEMa und Einladungswesen MSP © Universität Bielefeld

Ergebnisse

- 27,1% der eingeladenen Frauen treffen eine Informierte Entscheidung
- Mit steigendem Bildungsniveau trifft ein größerer Anteil der Frauen eine informierte Entscheidung
- Frauen ohne Migrationshintergrund treffen eher eine informierte Entscheidung als Frauen mit türkischem Migrationshintergrund
- 31,5% der befragten Frauen verfügen über ein ausreichendes Wissen zum MSP
- Wissen unterscheidet sich nach Bildungsniveau und Migrationshintergrund

Tabelle 2: Anteil ausreichendes Wissen und Informierte Entscheidung nach Bildungsniveau und Migrationshintergrund*

	Ausreichendes Wissen	Informierte Entscheidung
Bildungsniveau^a	$\chi^2=109,63; p<0,001$	$\chi^2=86,43; p<0,001$
Hoch	39,9 (529)	34,6 (459)
Mittel	31,4 (471)	26,5 (398)
Niedrig	17,5 (128)	15,6 (114)
Migrationshintergrund^b	$\chi^2=34,72; p<0,001$	$\chi^2=26,42; p<0,001$
Kein Migrationshintergrund	32,7 (1.068)	28,1 (918)
(Spät-)Aussiedlerin	23,1 (34)	21,8 (32)
In der Türkei geboren	5,0 (4)	5,0 (4)
In einem anderen Land geboren	25,5 (28)	20,0 (22)
Total^c	31,5 (1.134)	27,1 (976)

Hinweis: Daten als Prozent (Anzahl) dargestellt, p-Werte aus χ^2 -Tests

*Informierte Entscheidung für Frauen mit Intention zur Teilnahme am Mammographie-Screening-Programm oder keiner Intention zur Durchführung einer Mammographie

^a n=3.560; ^b n=3.599; ^c n=3.601

Ziele / Fragestellung

Die ambulante onkologische Versorgung ist in immer höherem Maße auf die Mitwirkung der Patienten angewiesen. Komplexe Therapien mit neuen Wirkstoffen bestimmen das Versorgungsgeschehen in der medikamentösen Krebstherapie. Immer mehr antineoplastische Medikamente sind Tabletten für die orale Einnahme zu Hause. Aufgrund des Nebenwirkungspotentials der Medikamente hat das häusliche Umfeld eine erhebliche Bedeutung für den Therapieverlauf. Krebspatienten und Angehörige müssen daher ausreichende Kompetenzen erwerben, um therapiebezogene Verhaltensregeln genau zu befolgen, um auf kritische Ereignisse angemessen zu reagieren und um sich mit den behandelnden Ärzten sorgfältig abzustimmen.

Patientenschulungen, die diese Kompetenzen vermitteln, können von nichtärztlichen Fachkräften durchgeführt werden. Die Fragestellung der Studie lautet, ob durch eine systematische Patientenschulung unter Mitwirkung von nichtärztlichen Fachkräften eine Verbesserung der Patientenkompetenz erreicht werden kann.

Methoden

Die Vorstudie (A) beinhaltete zwei Querschnittserhebungen zur Erfassung der Ist-Situation der oralen Therapie in onkologischen Schwerpunktpraxen.

(1) Die niedergelassenen Hämatologen und Onkologen wurden um Auskünfte zu den Abläufen in der Versorgung oraler Therapiepatienten sowie zum Einsatz von nichtärztlichen Fachkräften gebeten.

(2) Patienten unter akuter oraler Therapie wurden zu Erfahrungen im Therapieverlauf, zur Beratung und zur Informationssituation befragt.

Den Hauptteil (B) bildete eine cluster-randomisierte, prospektive Kohortenstudie, zu der alle 200 onkologischen Schwerpunktpraxen, die mit dem WINHO verbunden sind, eingeladen wurden. Patienten wurden eingeschlossen, wenn sie neu auf eine ausschließlich orale Krebstherapie eingestellt wurden. Die in den Interventionsarm randomisierten Praxen verpflichteten sich, ein strukturiertes Schulungsprogramm für alle oralen Therapiepatienten durch qualifizierte Fachkräfte auf der Grundlage des MOATT - Gesprächsleitfadens (Oral Agent Teaching Tool der MASCC) einzuführen. In den Praxen im Kontrollarm wurde das bisherige Verfahren zur Patientenberatung und -aufklärung beibehalten. Die Verlaufsdokumentation beinhaltete fünf Messzeitpunkte in einem Beobachtungszeitraum von drei Monaten. Das Instrumentarium beruhte auf validierten Instrumenten zur Messung von Selbstwirksamkeit, Beschwerden, Belastungen, therapierelevantem Wissen, Adhärenz und Lebensqualität. Zur statistischen Auswertung wurden multivariate Verfahren angewendet.

Charakteristika	Interventionsgruppe (N=122)	Kontrollgruppe (N=56)
Geschlecht		
Weiblich	68	28
Männlich	54	28
Alter	Ø 70 Jahre SD = 12,38	Ø 71 Jahre SD = 10,86
Lebenssituation		
Alleinstehend	32	11
mit Partner/Familie	84	43
im Pflegeheim	1	1
Entität		
Darm	23	13
Myeloproliferative Neubildungen	14	4
Brust	14	4
Lunge	10	5
Gehirn	10	2
Plasmozytom	7	4
Myolische Leukämie	7	3
Niere	5	2
Prostata	4	4
Leber	3	2
Sonstige: Malignes Melanom, Magen, Bauchspeicheldrüse, Gebärmutter		

Abb.1: Charakteristika der Patienten

Ergebnisse

In der Vorstudie (A) konnten Fachärzte aus 90 onkologischen Schwerpunktpraxen befragt werden. Die Ergebnisse machen deutlich, dass der Einsatz systematischer Konzepte zur Förderung der Patientenkompetenz bisher eher gering war. Allerdings zeigt sich unter den Fachärzten eine hohe Aufgeschlossenheit zur Einführung von Patientenschulungen. Die Fachärzte befürworteten Patientenschulungen durch nichtärztliche Fachkräfte, die über eine onkologische Fachqualifikation verfügen. In der zweiten Erhebung unter den oral therapierten Patienten konnten 588 Fragebögen ausgewertet werden. Etwa 20% der befragten Patienten berichten über kritische Ereignisse im Therapieverlauf in den letzten drei Monaten. Obwohl sich fast 90% der Befragten gut über die orale Therapie informiert fühlen, äußern die Patienten zusätzlichen Beratungsbedarf zu Wechsel- und Nebenwirkungen der Medikamente sowie zum Verhalten im Alltag.

In die prospektive Hauptstudie (B) konnten 122 Patienten aus 17 Interventionspraxen und 56 Patienten aus 11 Praxen im Kontrollarm eingeschlossen und vollständig beobachtet werden (Abb.1). Die jeweils dreimonatige Verlaufsbeobachtung zeigt, dass Patienten von einer systematischen Schulung durch nichtärztliche Fachkräfte auf wichtigen Feldern profitieren. Unterschiede in der Patientenkompetenz zeigen sich anhand der Ergebnisse zur Selbstwirksamkeitsüberzeugung (Abb.2) und bestätigen in Verbindung mit dem besseren therapierelevanten Wissen (Abb.3) der Patienten die Effekte der Intervention. Ferner berichten geschulte Patienten über weniger therapiebezogene Nebenwirkungen bzgl. Hautausschlag und Schmerzen (Abb.4, Abb.5). Eine bessere Therapieadhärenz wurde insbesondere in Bezug auf die ungeplante Unterbrechung der Therapie (Abb.6, Abb.7) beobachtet.

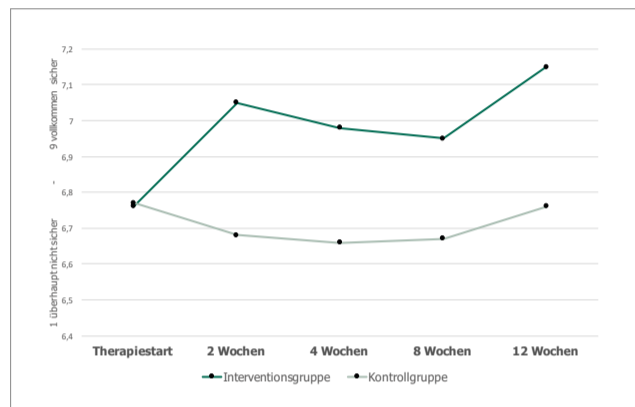


Abb.2: Selbstwirksamkeitsüberzeugung

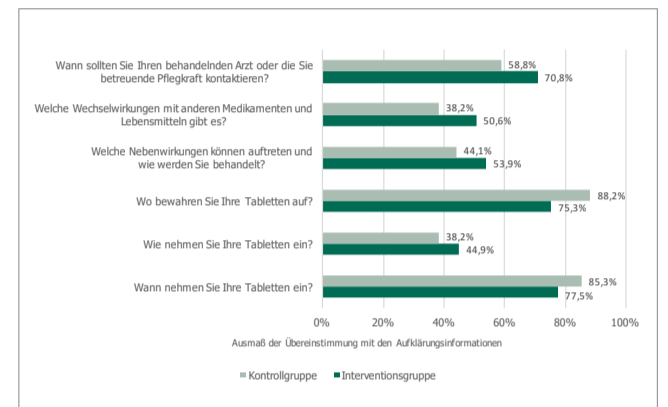


Abb.3: Therapierelevantes Wissen

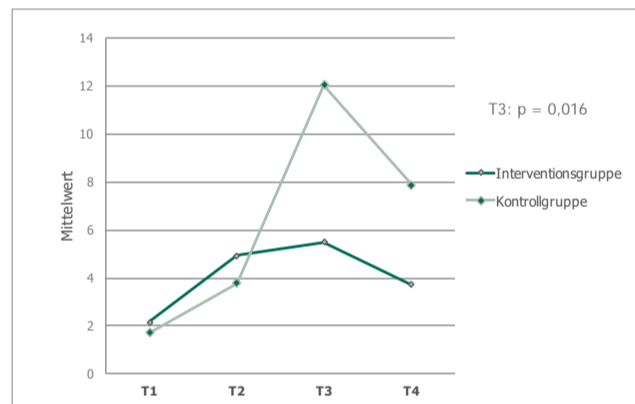


Abb.4: Hautausschlag

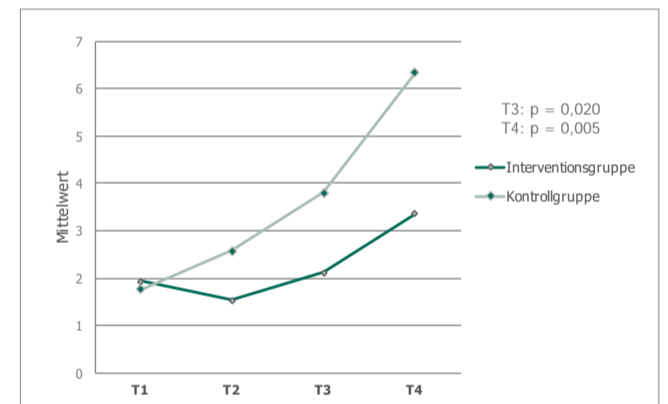


Abb.5: Schmerzen

	Interventionsgruppe (N=122)	Kontrollgruppe (N=56)
Unterbrechungen der Therapie		
Arztentscheidung	33 (33/122 = 0,27)*	10 (10/56 = 0,17)*
Patientenentscheidung	17 (17/122 = 0,13)*	14 (14/56 = 0,25)*

Abb.6: Unterbrechungen insgesamt (Anzahl der Meldungen / Vergleichsquotient)

* Mehrfachantworten möglich

** Mehrfachantworten möglich, es wurden nur Patienten berücksichtigt, die die entsprechenden Beschwerden dokumentiert haben

	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe
Unterbrechungen der Therapie (Hautausschlag)		
Arztentscheidung	22 (22/36 = 0,61)**	9 (9/24 = 0,38)**
Patientenentscheidung	7 (7/36 = 0,19)**	9 (9/24 = 0,38)**
Unterbrechungen der Therapie (Schmerzen)		
wegen Nebenwirkungen	24 (24/36 = 0,63)**	7 (7/21 = 0,33)**
Patient verweigert Therapie	13 (13/38 = 0,34)**	14 (14/21 = 0,66)**

Abb.7: Unterbrechungen nach Beschwerden (Anzahl der Meldungen / Vergleichsquotient)

Schlussfolgerungen / Diskussion

Insgesamt bestätigt die Studie die Praxistauglichkeit und die Wirksamkeit einer standardisierten Patientenschulung und Betreuung durch Pflegekräfte in der ambulanten onkologischen Versorgung. Es gibt einen Bedarf und gleichzeitig eine hohe Bereitschaft nicht nur unter den Fachärzten, diesen Betreuungsansatz auszubauen. Patienten die eine Patientenschulung durch entsprechend trainierte Pflegekräfte und Medizinische Fachangestellte erhielten, sind kompetenter als Patienten der Kontrollgruppe in Bezug auf therapierelevantes Wissen. Dieses Wissen gibt den Patienten die Fähigkeit, Anforderungen und Belastungen besser zu bewältigen, die durch ihre Krebserkrankung entstehen. Die Patienten können in kritischen Situation mit mehr Kompetenz entscheiden, was zu tun ist, und weisen daher eine höhere Medikationsadhärenz auf.

Die Ansätze des PACOCT-Projektes werden in vielen onkologischen Schwerpunktpraxen fortgeführt. Ein Fortbildungskonzept zur weiteren Qualifizierung nichtärztlicher Mitarbeiter für entsprechende Betreuungsaufgaben ist in Vorbereitung.

Abschlussveranstaltung des Förderschwerpunktes „Forschung im Nationalen Krebsplan“ des Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 18. und 19. Mai 2016, Berlin

Informations- und Schulungsmaßnahmen zur Stärkung der Patientenkompetenz

– eine Analyse des Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinom

Antragsteller: Prof. Dr. Holger Pfaff, Prof. Dr. Markus Wirtz, Prof. Dr. Nicole Ernstmann, Dr. Christoph Kowalski

Ziele

Im Rahmen der PIAT-Studie erfolgte eine „systematische Erhebung der Wünsche von Patientinnen und Patienten hinsichtlich der Informations- und Schulungsmaßnahmen zur Stärkung der Patientenkompetenz“.

Dabei wurden drei Hauptziele verfolgt:

- die Analyse des Bedarfs an Informations- und Schulungsmaßnahmen von Brustkrebspatientinnen,
- die Analyse der Patientenpräferenzen hinsichtlich der Informationsquellen und
- die Entwicklung von Maßnahmen, die individuelle Informationsbedürfnisse adressieren und Brustkrebspatientinnen mit geringer Patientenkompetenz unterstützen.



Foto: © IMVR

Methode

Die Datenerhebung der Hauptstudie erfolgte im Anschluss an die Instrumentenentwicklung in den qualitativen Vorstudien (Fokusgruppen/ Pretests) als prospektive, multizentrische Kohortenstudie. Abbildung 1 zeigt die drei Befragungszeitpunkte der Patientinnen. Darüber hinaus erfolgte eine einmalige Befragung der Brustkrebszentren zur Ermittlung von Struktur- und Prozessdaten sowie des Organisationsklimas (Erhebungszeitraum Juni 2013).

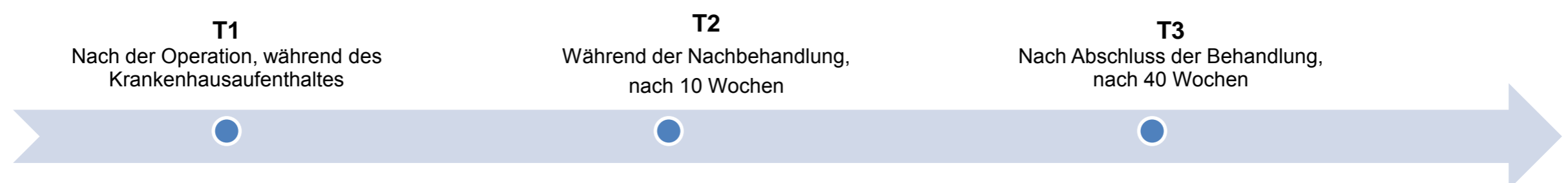


Abb. 1: Befragungszeitpunkte der PIAT-Studie

Ergebnisse

- Bundesweit nahmen 56 OP-Standorte aus zertifizierten Brustkrebszentren an der Studie teil.
- Die Rücklaufzahlen auf Patientenebene beliefen sich wie folgt: Zu T1 beteiligten sich 1.359 (Rücklaufquote: 87,7%), zu T2 1.248 und zu T3 1.202 Patientinnen an den Befragungen.
- Die meist genannten unerfüllten Informationsbedürfnisse betrafen Themen der Gesundheitsförderung, der ergänzenden Naturheilverfahren, der Ernährung sowie des Nutzens und der Risiken der Medikamente. Die unerfüllten Informationsbedürfnisse veränderten sich über den Behandlungsverlauf, wobei sich in den meisten Bereichen deutliche Anstiege über die ersten 10 Wochen nach der Operation und anschließend leichte Rückgänge feststellen ließen.
- Ein geringer Anteil an Patientinnen nimmt an Schulungen und Patientenseminaren teil.
- Bei den Informationsquellen präferierte der überwiegende Anteil der Patientinnen die Gespräche mit dem Gesundheitspersonal sowie Informationsflyer.
- Zusammenhangsanalysen haben gezeigt, dass die unterschiedlichen Bemühungen der Brustzentren, ihre Patientinnen im Umgang mit der Erkrankung zu unterstützen und zu befähigen, tatsächlich Wirkung zeigen. In denjenigen Brustzentren, in denen das Thema Gesundheitskompetenz eine größere Rolle spielt, haben die Patientinnen weniger unerfüllte Informationsbedürfnisse nach Entlassung.
- Es wurde ein brustkrebspezifisches Prompt Sheet entwickelt, das die Patientinnen in der Vorbereitung ihrer Arztgespräche und in der Gesprächsführung unterstützen soll.



Foto: © IMVR

Schlussfolgerungen / Diskussion

Die Ergebnisse geben Hinweise darauf, dass ein Teil der Informationsbedürfnisse von Brustkrebspatientinnen über den Verlauf der Krebsbehandlung unerfüllt bleibt. Die Ergebnisse deuten auch darauf hin, dass die Brustzentren eine bedeutende Rolle in der Befähigung ihrer Patientinnen einnehmen können. Dies betrifft alle beteiligten Berufsgruppen, d.h. Senologie, Pflege, Psychoonkologie und Sozialdienst. Die Entwicklung und Implementierung von Informationsmaterialien, die an die individuellen und krankheitsphasenspezifischen Informationsbedürfnisse von Brustkrebspatienten adaptiert sind, erscheint empfehlenswert.

Decision Coaching in der Onkologie: Durch spezialisierte Pflegefachkräfte interprofessionelles Shared Decision Making fördern

Berger-Höger B, Liethmann K, Mühlhauser I, Steckelberg A

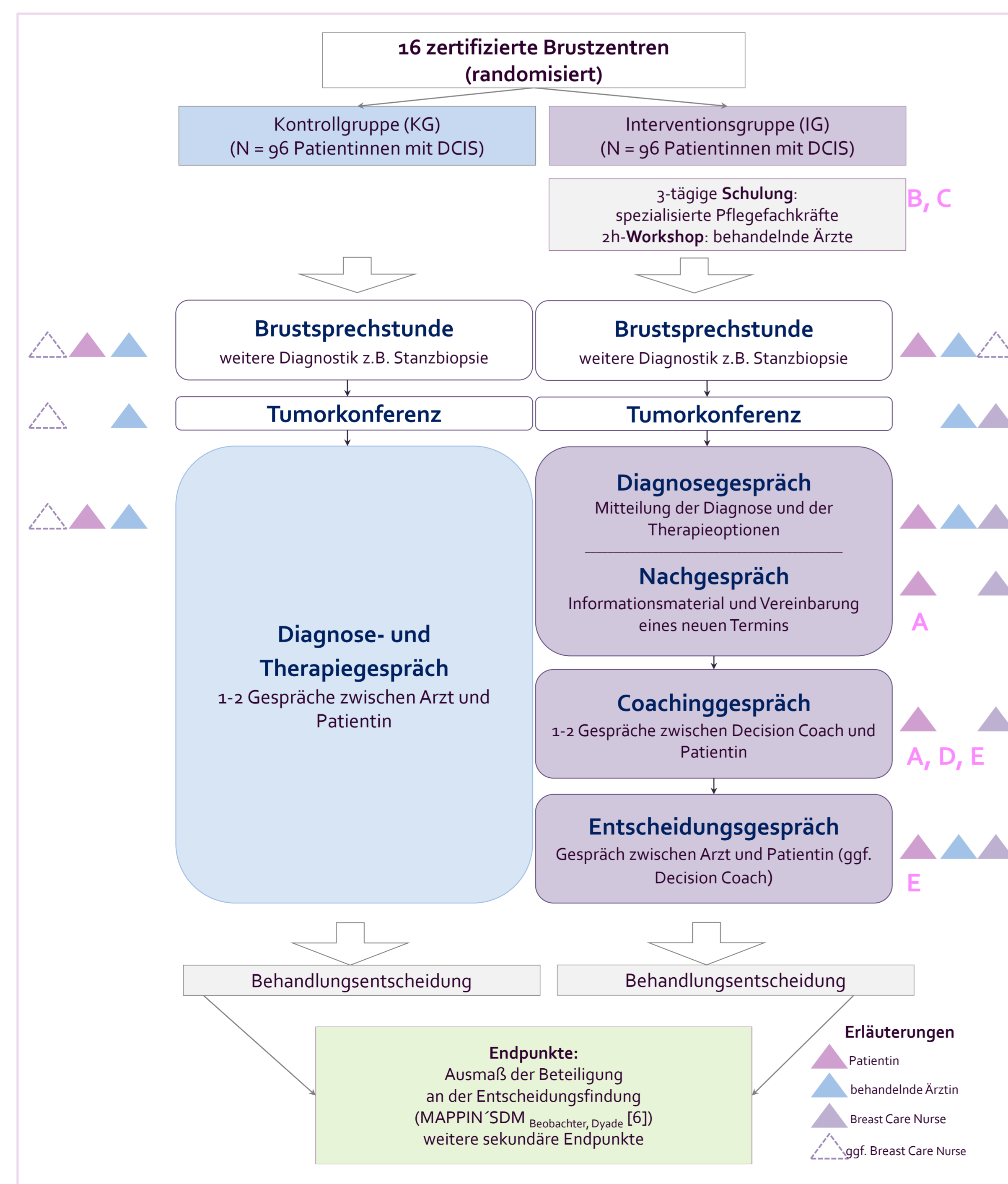
ZIELE / FRAGESTELLUNG

Shared Decision Making (SDM) ist in der S3-Leitlinie für Frauen mit Mammakarzinom vorgesehen, bislang allerdings nur unzureichend implementiert. In diesem Projekt erhalten die Patientinnen zusätzlich zur Standardversorgung Decision-Coaching-Gespräche mit einer spezialisierten Pflegefachkraft (SPF). In Anlehnung an das MRC-Framework für komplexe Interventionen [1] wurde eine Intervention bestehend aus einer Schulung für SPF, einem Workshop für Ärzte und zwei evidenzbasierten Entscheidungshilfen entwickelt und pilotiert (Phase I und II-Studie). Die Intervention wird derzeit in einem Cluster-RCT evaluiert (Phase III-Studie) [2].

METHODIK PHASE I UND II			ERGEBNISSE PHASE I UND II		
Komponente	Entwicklung	Pilotierung	Zielgruppe	(Lern-) Ziele	Inhalte
A Entscheidungshilfe für Frauen mit DCIS, 64 Seiten Entscheidungshilfe zur medikamentösen Behandlung bei Hormonrezeptor-positivem Brustkrebs im frühen Stadium, 56 Seiten	<ul style="list-style-type: none"> Ermittlung der Informationspräferenzen mit Patientvertreterinnen und Expertinnen Aufarbeitung der Evidenz nach Methoden der Evidenzbasierten Medizin (EBM) und den Kriterien für evidenzbasierte Patientinformation (EBPI) [3] 	<ul style="list-style-type: none"> Fokusgruppen und Einzelinterviews mit Bürgerinnen und Betroffenen Expertenbegutachtung Fokus: Akzeptanz, Verständlichkeit und Vollständigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> Patientinnen mit primär histologisch gesichertem DCIS Patientinnen mit frühem Hormonrezeptor-positivem Brustkrebs über die Entscheidung einer medikamentösen Behandlung 	<ul style="list-style-type: none"> Die Patientinnen ... ✓ sind ermutigt am Entscheidungsprozess zu partizipieren. ✓ erhalten EBPI für die Entscheidungsentscheidung beim DCIS bzw. zur medikamentösen Behandlung bei frühem Hormonrezeptor-positivem Brustkrebs 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einführung SDM ▪ Informationen zur Erkrankung ▪ (Be-)Handlungsoptionen einschl. Nutzen und Schaden ▪ Weitere Anregungen um eine Entscheidung zu treffen bzw. Prognosehilfen
B SPUPEO-Schulung, 3 Tage in 2 Modulen	Basierend auf den ersten vier Schritten des Six-Step-Approach [4]: 1. Problemidentifizierung und Definition des Idealzustands 2. Bedarfsermittlung zum Erreichen des Idealszustands 3. Definition der Grob- und Feinziele des Curriculums 4. Planung der didaktischen Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> Pilotierung der Einzelmodule/-komponenten mit der jeweiligen Zielgruppe Auswertung basierend auf Unterrichtsbeobachtungen, Feedbacks und der Arbeitsergebnisse der Teilnehmerinnen mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse 	Breast Care Nurses (BCN) und onkologische Fachpflegekräfte	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Die Teilnehmerinnen sind in der Lage ein Decision Coaching basierend auf den Inhalten der Entscheidungshilfe unter Berücksichtigung der SDM-Schritte durchzuführen. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ EBM/ Evidence-based Nursing (EBN) ▪ EBPI-Kriterien [3], Risikokommunikation ▪ Entscheidungshilfen ▪ SDM und Aufgaben des Decision Coaches
C SPUPEO-Workshop, 2h		<ul style="list-style-type: none"> Auswertung basierend auf Unterrichtsbeobachtungen, Feedbacks und der Arbeitsergebnisse der Teilnehmerinnen mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse 	Behandelnde Ärzte im Brustzentrum	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Die Teilnehmerinnen sind für Entscheidungskonflikte und Partizipationswünsche der Patientinnen sensibilisiert und nehmen ihre Rolle im interprofessionellen SDM-Prozess wahr. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundlagen SDM ▪ Entscheidungshilfe
D Moderationskarten	In Anlehnung an die sechs SDM-Schritte und unter Berücksichtigung der Behandlungsentscheidung beim DCIS	<ul style="list-style-type: none"> Fokus: Machbarkeit und Akzeptanz 	BCN und onkologisch Fachpflegekräfte	Gesprächsleitfaden für die SPF, zur Strukturierung der Gespräche.	Gesprächsleitfaden basierend auf den 6 SDM-Schritten mit Formulierungshilfen
E Entscheidungspfad			Patientinnen mit DCIS	Die Patientinnen dokumentieren mit der SPF ihren Entscheidungsprozess.	Dokumentationsmöglichkeit des Entscheidungsprozesses.
Gesamtintervention	Die Gesamtintervention wurde erfolgreich auf Machbarkeit und Akzeptanz mit vier SPF und fünf Ärzten und sieben Patientinnen in zwei Brustzentren geprüft.				

METHODIK PHASE III: EVALUATION IM CLUSTER-RCT

ERGEBNISSE PHASE III



Messung des primären Endpunktes: MAPPIN'SDM Beobachter Dyade

Instrument

Zur Evaluation wird das beobachterbasierte Instrument „Multifocal Approach to the ‚Sharing‘ in SDM“ (MAPPIN'SDM, [5]) eingesetzt, das mit 11 Items das Ausmaß der Patientenbeteiligung abbildet. Beurteilt wird das SDM-Verhalten der beteiligten Personen (Arzt, Nurse, Patientin) der medizinischen Entscheidungskommunikation.

In beiden Gruppen (IG und KG) werden alle entscheidungsrelevanten Gespräche mit den Patientinnen auf Video aufgezeichnet und fließen in das Beobachtungsrating ein. Die Gespräche werden jeweils von zwei geschulten Ratern unabhängig voneinander beurteilt. In einem zweiten Schritt bilden diese Rater einen Konsens für das Beobachtungsrating. Der finale Score pro Video ist der Mittelwert der 11 Items des konsentierten Beobachtungsratings.

Ratertraining

Der Einsatz des MAPPIN'SDM-Instruments bedarf trainierter Beobachter. In einer 4-tägigen interaktiven Schulung wurden 7 Rater ausgebildet, um die Qualität der Beobachtungsratings zu maximieren und Reliabilität und Validität der Ratings zu gewährleisten. Die Schulung beinhaltet eine Auseinandersetzung mit dem SDM-Konzept, ein detailliertes Studium des MAPPIN'SDM-Manuals, praktische Ratingübungen mit Entscheidungsgesprächen aus dem laufenden RCT, sowie die Vertiefung der Besonderheit zusammengesetzter Kommunikationsratings.

Stand des Cluster-RCT

Es wurden 16 Zentren aus Schleswig-Holstein, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Hessen randomisiert. Die Pflegenden und Ärzte der Interventionszentren wurden geschult und die Rekrutierung der Patientinnen in den Zentren läuft derzeit.

DISKUSSION/ SCHLUSSFOLGERUNGEN

Interprofessionelles Shared Decision Making durch SPF und Ärzte ist machbar. Die Evaluation im Rahmen einer cluster-RCT läuft derzeit. Langfristige Voraussetzungen einer erfolgreichen Implementierung sind:

- Einbindung der Tumorkonferenzempfehlung in den Entscheidungsprozess diskutieren
- Leitlinienerstellung mit der Ausrichtung auf Patientenpartizipation (u.a. Einführung eines SDM-Qualitätsindikators)
- Entwicklung weiterer evidenzbasierter Entscheidungshilfen (momentan nicht verfügbar)
- Implementierung von SDM in die Ausbildungscurricula der Mediziner und SPF
- Freistellung der SPF für das Coaching
- Gemäß Bedarf eine angepasste Ressourcenverteilung.

Referenzen

- [1] Craig P et al. 2013. Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. Int J Nurs Stud, 50(5):587-92.
- [2] Berger-Höger B et al. 2015. Informed shared decision-making supported by decision coaches for women with ductal carcinoma in situ: study protocol for a cluster randomized controlled trial. Trials 16:452.
- [3] Bunge M et al. 2010. What constitutes evidence-based patient information? Overview of discussed criteria. Patient Educ Couns, 78:316-28.
- [4] Kern D et al. 2009. Curriculum Development for Medical Education. A Six-Step Approach., Baltimore, The John Hopkins University Press.
- [5] Kasper J et al. 2012. MAPPIN'SDM - the multifocal approach to sharing in shared decision making. PLoS One 7:e34849.

Ansprechpartnerin Dr. phil. Anke Steckelberg

Telefon: +49 40 42838 7222
E-Mail: ASteckelberg@uni-hamburg.de
Internet: www.spupeo.de