

P11-5

Die elektronische Patientenakte – mehr als nur eine digitalisierte Papierakte?!

Wilbert J.^{*}, Gibson A., Klement R., Sweeney R.

MVZ Leopoldina GmbH, Strahlentherapie, Schweinfurt, Deutschland

Fragestellung: Die in immer mehr Abteilungen eingeführte elektronische Patientenakte bietet prinzipiell die Möglichkeit eine Vielzahl von Daten auf einfache Weise zu erfassen und miteinander zu verknüpfen. Leider werden die Daten oft unstrukturiert oder in Form von Dokumenten in der elektronischen Patientenakte abgelegt und somit eine weitere Verwendung bzw. Auswertung der Daten erschwert oder gar unmöglich gemacht. Unser Ziel bei der Einführung einer elektr. Patientenakte war es, in nur einem System die Daten möglichst strukturiert und standardisiert zu erfassen und Auswertungen, auch abteilungsübergreifend, zu ermöglichen.

Methodik: Im Jahr 2014 haben wir in unserer Abteilung begonnen, unsere Patientenakte in elektronischer Form in das Onkologie-Informationssystem Elekta Mosaik® zu integrieren. Dabei wurde von Anfang an großer Wert auf eine spätere Auswertbarkeit der erfassten Daten gelegt: Verwendung von Auswahllisten zur eindeutigen Eingabe, Rückgriff auf standardisierte Skalen (Karnofsky, RTOG, ...), Minimierung von Freitext, keine doppelte Eingabe von Daten, Definition wichtiger Einträge als Pflichtfelder. Die Daten werden innerhalb der Mosaik-Datenbankstruktur abgelegt und können mit den systemeigenen Möglichkeiten per Benutzerkürzel und Passwort gegen Veränderungen und Löschen gesperrt werden. Das Auslesen, Auswerten und Darstellen der Daten erfolgt durch Verwendung der MS-Word basierten eScribe-Funktion innerhalb des Mosaik-Systems mittels verschiedener Dokumentvorlagen, die ggf. interaktiv einen direkten Zugriff auf die Datenbank ermöglichen.

Ergebnis: Seit 2015 werden sämtliche Patientendaten vom Aufnahmegespräch über den klinischen Verlauf während Therapie bis hin zur Nachsorge in unserer Patientenakte im Mosaik-System erfasst. Die Daten können innerhalb des Systems für verschiedene Aufgaben verwendet werden: automatisierte interaktive Arztbriefschreibung, Kennzahlen und Statistiken (z. B. für Audits) zu erbrachten Leistungen, angewendeten Techniken, Zusammensetzung des Patientenkollektivs, behandelten Diagnosen, usw. Auch klinische Auswertungen zu aufgetretenen Nebenwirkungen oder Kaplan-Meier-Kurven können aus den Daten innerhalb kürzester Zeit erstellt werden. Zudem können die Daten für die interne Qualitätssicherung analysiert werden (z. B. Vollständigkeit der Aktenführung).

Schlussfolgerung: Bei richtiger Einführung und Verwendung ermöglicht die elektronische Patientenakte eine einfache und strukturierte Erfassung aller Daten und somit ein deutlich effizienteres Arbeiten. Durch konsequente Umsetzung innerhalb des Onkologie-Informationssystems und der Verwendung der vorhandenen Datenbankstrukturen stehen die Daten sowohl für Anwendungen in der klinischen Routine (Arztbriefe) als auch verschiedene Auswertungen (Kennzahlen, Qualitätssicherung, Kaplan-Meier-Kurven) zur Verfügung. Bei Verwendung ähnlicher Datenstrukturen in anderen Abteilungen wären auch Vergleiche oder gemeinsames Auswerten von Daten abteilungsübergreifend problemlos möglich.

P11-6

Sklerodermie und Strahlenempfindlichkeit

Schenker H.¹, Schuster B.², Fietkau R.³, Distel L.^{2*}

¹Medizinische Klinik III des Universitätsklinikums Erlangen, Erlangen, Deutschland

²Universitätsklinikums Erlangen, Strahlenklinik, Strahlenbiologie, Erlangen, Deutschland

³Universitätsklinikums Erlangen, Strahlenklinik, Erlangen, Deutschland

Sklerodermie ist eine Kollagenose mit einer gewissen Assoziation zu Krebserkrankungen. Die Frage taucht daher immer wieder auf, ob Patienten mit Sklerodermie regulär bestrahlt werden können oder ob eine veränderte Strahlenempfindlichkeit vorliegen könnte. Wir haben 31 nichtonkologische und drei onkologische Patienten, die an Sklerodermie erkrankt sind auf ihre individuelle Strahlenempfindlichkeit untersucht. Diese wurden mit 218 gesunden Personen und 213 an Rektumkarzinom erkrankten Patienten verglichen.

Die Strahlenempfindlichkeit wurde ex vivo an Lymphozyten aus 9 ml Blut mit dem 3-Farb in situ Hybridisierungsassay untersucht. Dafür wurden die Chromosomenaberrationen nach einer Bestrahlung mit 2 Gy ausgewertet und der Hintergrund an Chromosomenaberrationen der unbestrahlten Lymphozyten abgezogen. Daraus resultieren Brüche pro Mitose (B/M).

Gesunde und Patienten mit Rektumkarzinom haben Mittelwerte der durch 2 Gy induzierten Chromosomenaberrationen von 0,42 und 0,43B/M. Bei den nichtonkologischen Sklerodermiepatienten ist der Mittelwert mit 0,39B/M niedriger und bei den onkologischen Sklerodermiepatienten mit 0,59 deutlich höher. Patienten mit mehr als 0,55B/M werden als erhöht strahlenempfindlich angesehen. Dennoch sind 10,1 % der gesunden Personen und 12,9 % der nichtonkologischen Sklerodermiepatienten strahlenempfindlich. Onkologische Sklerodermiepatienten haben dagegen einen Anteil von 67 % mit erhöhter Strahlenempfindlichkeit.

Sklerodermie an sich ist nicht zwingend mit erhöhter Strahlenempfindlichkeit assoziiert. Jedoch gibt es eine geringfügig erhöhte Anzahl an strahlenempfindlichen Personen in dieser Gruppe. Onkologische Sklerodermiepatienten scheinen allerdings eine deutlich erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine erhöhte Strahlenempfindlichkeit zu haben. Daher sollte vor einer Therapie eine Strahlenempfindlichkeitstestung durchgeführt werden.

P11-7

Radiochemotherapie im Vergleich mit hypofraktionierter Radiotherapie/SBRT bei Lokalrezidiven nach Resektion von Pankreaskarzinomen

Wutz K.¹, Gkika E.¹, Wittel U.², Grosu A.-L.¹, Brunner T.^{1,3*}

¹Uniklinik Freiburg, Klinik für Strahlentherapie, Freiburg, Deutschland

²Uniklinik Freiburg, Klinik für Chirurgie, Freiburg, Deutschland

³Universität Magdeburg, Med. Fakultät, Klinik für Strahlentherapie, Magdeburg, Deutschland

Fragestellung: Die S3-Leitlinie für das isolierte Lokalrezidiv nach Resektion beim Pankreaskarzinom empfiehlt neben der selten möglichen erneuten Resektion die Strahlentherapie für die Behandlung. Diese Analyse zielte darauf ab, die Therapieergebnisse nach hypofraktionierte Therapie/SBRT (Kohorte 2=K2) mit denen nach Radiochemotherapie (RCT, Kohorte 1=K1) zu vergleichen. Die vorliegende Arbeit präsentiert die Ergebnisse einer retrospektiven, unizentrischen.

Methodik: Einundzwanzig Patienten erhielten eine RCT aufgrund eines isolierten Pankreaskarzinom-Rezidivs und 6 Patienten eine SBRT. Bei allen Patienten der Kollektive erfolgte primär eine operative Resektion des Primarius. In K1 erhielten 18 Patienten eine konventionelle 3D-konformale Strahlentherapie, drei eine intensitätsmodulierte Bestrahlung (IMRT XE „IMRT“ \ t „Intensitätsmodulierte Radiotherapie“). Die mediane Strahlendosis lag bei 50,4 Gy (Gy XE „Gy“ \ t „Gray“). Simultan dazu wurde eine Chemotherapie verabreicht. Das am häufigsten verwendete Regime war Gemcitabine/Cisplatin (n=12). In K2 waren die Mediane der PTV, der Fraktionen und der EQD2 60 ccm (48–106), 12 (5–13), 56 Gy (51–61) umschließende Dosis. Bei 5/6 Patienten kam eine simultan integrierte Protektion (SIP) am anliegenden Darm/Magen zur Anwendung.