tes ist gefragt. Herschbach stellte heraus, dass diese nicht nur eine Frage der Begaubung sei, sondern beispielsweise in Workshops auch erlernbar. Er verdeutlichte, dass das Erstgespräch mit dem Patienten meist nicht ausreichend ist: „Aufklärung ist keine Aktion, sondern ein Prozess“.

PD Dr. Karin Oechsle, Hamburg, erinnerte beim Thema Gesprächsführung an die SPIKES-Regeln – sechs Schritte beim Überbringen schlechter Nachrichten [Baile WF et al. Cancer. 1999]:

— **Schritt 1: S** – „setting up the interview“: Herstellen einer angemessenen Situation

— **Schritt 2: P** – „assessing the patient's perception“: Einschätzen von Patientenwahrnehmung, -erwartung, -wissen

— **Schritt 3: I** – „obtaining the patient's invitation“: Einholen der Einladung des Patienten zur Informationsvermittlung und Erfassen des Informationsbedarfs

— **Schritt 4: K** – „giving knowledge and information to the patient“: Weitergeben von Wissen sowie Aufklärung

— **Schritt 5: E** – „addressing the patient's emotions with empathic response“: Ansprechen der Emotionen des Patienten mit Empathie

— **Schritt 6: S** – „strategy and summary“: Strategie/weiteres Vorgehen und Zusammenfassung.

Herausforderungen in der Arzt-Patienten-Kommunikation im Bereich Onkologie seien aus ärztlicher Sicht die Evaluation der Haltung, Wünsche und Bedürfnisse der Patienten, der Umgang mit Gefühlen, die Auseinandersetzung mit den Angehörigen, der Balanceakt zwischen Informationsvermittlung und Erhalt von Hoffnung oder kulturelle Unterschiede [Bousquet G et al. J Clin Oncol. 2015;33:2437–43].

Dr. Claudia Mäck

Nierenzellkarzinom: Prognose und fortgeschrittenes Stadium

Das Nierenzellkarzinom (RCC) wird meist erst in fortgeschrittenen Stadien entdeckt. Um die ungefähre Lebenserwartung einzelner RCC-Patienten zu ermitteln und Entscheidungen hinsichtlich medikamentöser Therapie zu treffen, werden Prognosemodelle, sogenannte Normogramme, genutzt. Je höher das anhand der Risikofaktoren ermittelte Risikoprofil ist, umso geringer die Überlebenserwartung, erläuterte Dr. Matthias May, Straubing.

Alle bisherigen Versuche, für die typischen Patienten mit operativ beherrschtem Tumor eine adjuvante Therapie zu etablieren, seien gescheitert. „Was bei anderen Tumorentitäten in der Urologie gelungen und bereits in Leitlinien eingegangen ist oder zumindest belastungsfähige Therapiekonzepte generiert, klappt beim Nierenzellkarzinom offenbar nicht“, so May. Er setzt Hoffnung auf laufende Studien, hinterfragte aber, ob die aktuellen Adjuvantstudien wirklich die RCC-Patienten mit der höchsten Tumorprogressionsneigung nach chirurgischer Primärtherapie eingeschlossen haben (d.h. wie die Prognose der Patienten diskriminiert wurde). Inkludiert wurden 8.873 operierte RCC-Patienten ohne neoadjuvante oder adjuvante Therapie (alle M0) des multinationalen CORONA-Projekts. Sie wurden anhand der jeweiligen Einschlusskriterien von sieben Adjuvant-Studien (ARISER, ASSURE, SORCE, EVEREST, PROTECT,

S-TRAC und ATLAS) unterteilt in potenzielle Studienpatienten und solche, die unberücksichtigt geblieben sind. Die Qualität der verschiedenen Einschlusskriterien wurde durch Bestimmung der prädiktiven Genauigkeit geprüft. Dabei fiel auf, dass ein sehr unterschiedlicher Anteil von Patienten in die Studien eingeschlossen wurde – von 24 % in S-TRAC bis 47 % in SORCE. Auch wenn eine unterschiedliche Marge an Patienten nach einer Operation als „risikolastig“ definiert wurde, sei das Risiko in allen Studien relativ gut abgegrenzt worden. Das Rezidivrisiko bei den ausgeschlossenen Patienten liegt unter 10 %, es variiert aber aufgrund der unterschiedlichen Einschlusskriterien zwischen 4,9 und 9,8 %, so May. Das krankheitsfreie Überleben unterscheide sich zwischen den ein- und ausgeschlossenen Patienten signifikant. Ein Quervergleich der zukünftig publizierten Daten sei somit unmöglich.

Für die beste Diskriminierung von Risikopatienten schlug May vor, zukünftig Patienten mit Tumoren ab dem Stadium pT3a, die größer als 7 cm sind, einzuschließen, zudem alle mit Stadium pT3b bis pT4, alle mit entdifferenzierten Tumoren und alle mit positiven Lymphknoten. So könnte die prädiktive Genauigkeit auf 75,8 % erhöht werden und 28 % aller Patienten würden in Studien eingeschlossen.

Dass sich das Überleben von Patienten mit fortgeschrittenem RCC in Studien-

kollektiven in der Praxis keinesfalls abbildet, bestätigt eine Analyse des RCC-Registers, erklärte PD Dr. Peter J. Goebell, Erlangen. Grund: 56 % der im Praxisalltag behandelten Patienten seien aufgrund mindestens eines Ausschlusskriteriums „nicht studientauglich“. Von den prospektiv im RCC-Register rekrutierten 1.193 Patienten haben 732 einen niedrigen Karnofsky-PS (< 80 %), einen niedrigen Hämoglobin-Ausgangswert (< untere Normalwertgrenze) oder eine nicht klarzellige Histologie. Ihr medianes Gesamtüberleben beträgt 17,9 Monate nach Beginn der Erstlinientherapie. Nur 44 % der Patienten aus dem RCC-Register kämen als Studienteilnehmer infrage. Bei der Diskussion individueller Therapieoptionen sollte laut Goebell bedacht werden, dass die „nicht für Studien geeigneten“ Patienten – immerhin mehr als die Hälfte der in der täglichen Praxis behandelten – auch beim Gesamtüberleben mit 12,8 Monaten versus 26,0 Monaten deutlich schlechter abschneiden. Ute Ayazpoor

Mehr auf
springermedizin.de

Weitere Beiträge vom 67. Kongress der DGU finden Sie in unserem ausführlichen Online-Dossier unter ► www.springermedizin.de/dgu-kongress-2015