

# ONKOLOGISCHE PFLEGE

KONFERENZ ONKOLOGISCHER  
KRANKEN- UND  
KINDERKRANKENPFLEGE (KOK)



© ANS (fotolia)

## QUALITÄTSMANAGEMENT

## ZUR VERBESSERUNG DER ONKOLOGISCHEN PFLEGE

### PATIENTENKOMPETENZ | S. 22

PROJEKT PACOCT  
PATIENTENSCHULUNG  
BERATUNGSINSTRUMENT MOATT

### BIOMARKER | S. 56

TUMORMARKER  
PROGNOSTISCHE MARKER  
PRÄDIKTIVE MARKER



W. ZUCKSCHWERDT VERLAG  
MÜNCHEN

## ONKOLOGISCHE PFLEGE

KONFERENZ ONKOLOGISCHER  
KRANKEN- UND  
KINDERKRANKENPFLEGE (KOK)

Die Zeitschrift hat das Ziel, die Versorgung in der onkologischen Pflege zu fördern. Sie richtet sich an Pflegende in der Onkologie, Medizinische Fachangestellte in der Onkologie, im Kontext der onkologischen Pflege pädagogisch, psychosozial und wissenschaftlich tätige Personen.

### Schriftleitung (v.i.S.d.P.)

- Mirko Laux, Frankfurt  
laux@kok-krebsgesellschaft.de
- Kerstin Paradies, Hamburg  
paradies@kok-krebsgesellschaft.de
- Christian Wylegalla, Freiburg  
wylegalla@kok-krebsgesellschaft.de

### Herausgeberteam

- Matthias Dittrich, Magdeburg  
dittrich@kok-krebsgesellschaft.de
- Uwe vom Hagen, Berlin  
vomhagen@kok-krebsgesellschaft.de
- Patrick Jahn, Halle (Saale)  
jahn@kok-krebsgesellschaft.de
- Beatrix Kirchhofer, Freiburg  
kirchhofer@kok-krebsgesellschaft.de
- Gabi Knötgen, Aurich  
knoetgen@kok-krebsgesellschaft.de
- Ulrike Ritterbusch, Essen  
ritterbusch@kok-krebsgesellschaft.de
- Daniel Wecht, Marburg  
wecht@kok-krebsgesellschaft.de

### Redaktionsleitung (im Verlag)

Dr. Anne Glöggler  
gloeggler@zuckschwerdtverlag.de

### Wissenschaftlicher Beirat

Irène Bachmann-Mettler, Zürich (CH)  
Dr. Anja Bargfrede, Potsdam  
Gabriele Blettner, Wiesbaden  
Rita Bodenmüller-Kroll, Essen  
Rosemarie Bristrup, Berlin  
Dr. Heike Fink, Bad Oldesloe  
Dr. Markus Follmann, Berlin

Carola Freidank, Hannover  
Gabriele Gruber, München  
Dr. Ulrike Helbig, Berlin  
Dr. Jutta Hübner, Frankfurt  
Heike John, Hannover  
Dr. Monika Kücking, Berlin  
Prof. Dr. Margarete Landenberger, Halle  
Andrea Maiwald, Kempen  
Sara Marquard, Münster  
Karin Meißler, Winsen  
Prof. Dr. Karl Reif, Bochum  
Sabine Ridder, Zittau  
Ralf Schmacker, Varel  
PD Dr. Henning Schulze-Bergkamen,  
Heidelberg  
Prof. Dr. M. Heinrich Seegenschmiedt, Hamburg  
Prof. Dr. Ulrike Thielhorn, Freiburg  
Dr. P.H. Gudrun Thielking-Wagner, Potsdam  
Dr. Simone Wesselmann, Berlin  
Esther Wiedemann, Berlin

### Industriepartner

Wir bedanken uns bei den folgenden Firmen für deren Unterstützung:  
Eusa Pharma GmbH  
Janssen-Cilag GmbH  
MSD Sharp & Dohme GmbH  
Novartis Pharma GmbH  
Roche Pharma AG  
Teva GmbH

### Manuskripte

Für unaufgefordert eingesandte Manuskripte übernimmt der Verlag keine Haftung. Der Autor gewährleistet, dass sein Manuskript oder Teile daraus nicht dem Urheberrecht Dritter unterliegen bzw. dass gegebenenfalls dem Autor die Genehmigung des Copyright-Inhabers vorliegt. Über die Annahme zur Publikation entscheiden die Herausgeber und der Verlag. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Annahme des Manuskripts gehen das Recht zur Veröffentli-

chung sowie die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten, zu elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotokopien und Mikrokopien an den Verlag über. Jede Verwertung außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten Grenzen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig.

### Wichtige Hinweise

Vor der Verwendung eines jeden Medikaments müssen der zugehörige wissenschaftliche Prospekt und der Beipackzettel mit den Angaben in dieser Publikation verglichen werden. Neue Erkenntnisse über Toxizität, Dosierung, Applikationsart und Zeitpunkt können jederzeit zu anderen Empfehlungen, auch zum Verbot bisheriger Anwendungen, führen. Außerdem sind Druckfehler trotz aller Sorgfalt nicht sicher vermeidbar.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen und dgl. in dieser Zeitschrift berechtigt nicht zu der Annahme, dass solche Namen ohne weiteres von jedermann benutzt werden dürfen; oft handelt es sich um gesetzlich geschützte eingetragene Warenzeichen, auch wenn sie nicht als solche gekennzeichnet sind.

Die Rubrik Update Onkologie erscheint außerhalb des Verantwortungsbereichs der Herausgeber und des Verlags.

Fälle höherer Gewalt, Streik, Aussperrung und dergleichen entbinden den Verlag von der Verpflichtung auf Erfüllung von Aufträgen und Leistungen von Schadenersatz.

### Abonnement

Jahresabonnement (4 Hefte): Euro 42,00  
Jahresabonnement für Mitglieder der KOK: Euro 32,00 (inkl. MwSt., zzgl. Versandpauschale innerhalb Deutschlands Euro 5,00 pro Jahr, für das europäische Ausland 16,00 Euro pro Jahr)

### Verlag

W. Zuckschwerdt Verlag GmbH  
für Medizin und Naturwissenschaften  
Industriestraße 1  
D-82110 Germering/München  
Tel.: +49 (0) 89 894349-0  
Fax: +49 (0) 89 894349-50  
post@zuckschwerdtverlag.de  
www.zuckschwerdtverlag.de

### Anzeigenleitung (verantwortlich)

Manfred Wester  
W. Zuckschwerdt Verlag GmbH  
wester@zuckschwerdtverlag.de

Printed in Germany  
by Bavaria Druck GmbH, München

© Copyright 2015 by  
W. Zuckschwerdt Verlag GmbH

### Wichtiger Hinweis für Abonnenten:

Zeitschriften werden trotz Nachsendeantrag nicht nachgesandt. Bitte informieren Sie uns rechtzeitig über Adressänderungen.



Beteiligungsverhältnisse gem. § 8 Abs. 3 BayPrG:  
100% Werner Zuckschwerdt, Verleger,  
D-82110 Germering/München

# EDITORIAL



# T

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

der Begriff Qualität ist aus dem Gesundheitswesen nicht mehr wegzudenken und ist in der täglichen Praxis ständiger Begleiter. Pflegequalität, Qualitätsmanagement, Qualitätsindikatoren und Qualitätsbericht sind nur einige beispielhafte Schlagworte. Ebenso gibt es immer mehr Institute und Gremien, die sich für die Beurteilung der Qualität verantwortlich fühlen. Das vom Gesetzgeber neu geschaffene Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) soll hier als eine fachlich unabhängige, wissenschaftliche Einrichtung für mehr Klarheit sorgen (siehe Seite 11).

Mit den Beiträgen in unserer Rubrik Schwerpunkt wollen wir den unterschiedlichen Aspekten des Qualitätsmanagements in der Onkologie und im Speziellen in der (onkologischen) Pflege gerecht werden. Aufgrund der verschiedenen Sicht- und Herangehensweisen der Autorinnen und Autoren ist uns ein guter Überblick gelungen. Machen Sie sich selber ein Bild!

Auch die Konferenz Onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege stellt sich der Diskussion zur Qualität der onkologisch-pflegerischen Versorgung in Deutschland. Die aktuellen Zertifizierungsrichtlinien der Deutschen Krebsgesellschaft schreiben zwar eine Anstellung von onkologischen Fachpflegekräften vor, sind jedoch was die Anzahl der Fachpflegekräfte angeht zu unpräzise. Genau hier setzt das im April von der Bundesarbeitsgruppe der Leitungen der Weiterbildungen zur Pflege krebskranker, chronisch-kranker Menschen (eine AG der KOK) verabschiedete Positionspapier zur Fachpflegekraftquote in der Onkologie an. Mit der Forderung nach einer definierten Fachpflegekraftquote soll ein aktiver Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität krebskranker Menschen geleistet werden.

Bitte reichen Sie dieses Positionspapier an entsprechende Gruppierungen weiter!

Zum wiederholten Mal werden in diesem Jahr der Pia-Bauer-Preis (Seite 34) sowie der KOK-Pflegepreis (Seite 26) verliehen. Mit diesen Auszeichnungen sollen Gesundheits- und Krankenpflegende sowie Medizinische Fachangestellte, die sich in besonderer Weise für die onkologische Pflege einsetzen, oder sich in einer Facharbeit intensiv mit einem onkologischen Thema auseinandersetzen, gewürdigt werden. Falls Sie mit dem Namen Pia Bauer nichts verknüpfen: Pia Bauer (1871–1954) war eine deutsche Krankenschwester und Pionierin der onkologischen Pflege. Ihre Ausbildung begann 1896 im Karlsruher Mutterhaus. Bereits 1899 wurde sie zur Oberin des Heidelberger Hospitals ernannt, 1909 erfolgte die Ernennung zur Oberin des Samariterhauses, der späteren Radiologischen Klinik am Universitätsklinikum Heidelberg. In diesem Haus fanden überwiegend Krebskranke Aufnahme. Sie gehört damit zu den ersten Pflegerinnen, die nach der Entdeckung der Röntgenstrahlen und der Einführung der Radiumtherapie Erfahrungen mit der Pflege dieser Patientengruppe machte. Als Oberin leitete sie in dieser Zeit Generationen von Pflegeschülern und Pflegekräften im Umgang und in der anspruchsvollen Pflege von onkologischen Patienten an. Für ihre herausragenden Verdienste um die Krebskrankenpflege wurde sie 1933 mit der Florence-Nightingale-Medaille ausgezeichnet. Sie verstarb am 10.12.1954 in Heidelberg.

Schlagen Sie Kolleginnen und Kollegen als Preisträger vor oder motivieren Sie Kolleginnen und Kollegen zur Einreichung ihrer Facharbeiten!

Ich wünsche Ihnen viele neue Anregungen und Freude beim Lesen!

Christian Wylegalla

# INHALTSVERZEICHNIS



# 1

## PANORAMA

- 1 Editorial
- 4 Vorstand aktuell (K. Paradies)
- 5 DKG aktuell (J. Bruns)
- 6 Positionspapier zur Fachpflegekraftquote in der Onkologie (A. Boonen, M. Dittrich, E. Kobbert, B. Lebert)
- 8 KOK-Workshop „Kritische Situationen in der Onkologie“ (P. Ortner)
- 10 6. Sachsen-Anhaltinischer Krebskongress (M. Dittrich)
- 11 Gesundheitspolitik aktuell – Neues Qualitätsinstitut IQTIQ (M. Dittrich)
- 12 Portrait: Beeke Schmeling
- 13 Neues Förderprogramm „Care for Chronic Condition“
- 13 Qualität in der onkologischen und palliativen Krankenpflege (A. Bargfrede, J. Ehrlich-Repp)
- 14 Randnotiz
- 55 Buchbesprechung
- 68 Vorschau auf Heft 3 – September 2015
- U2 Impressum
- U3 Veranstaltungskalender

# 15

## SCHWERPUNKT

- 15 Der Nationale Krebsplan aus Sicht der Pflege (D. Wecht)
- 18 Aktuell gültige Qualitätsnormen in der onkologischen Pflege (M. Dittrich, D. Wecht)
- 22 Patientenkompetenz in der oralen Krebstherapie – PACOCT (C. Riese, A. Beylich, U. Borges jr., P. Zamora, W. Baumann, M. Welslau)
- 27 Die Bedeutung der onkologischen Pflege im Nationalen Krebsplan (W. Schmiegel)
- 30 Onkologische Pflege aus Patientensicht (K. Meißler)
- 35 Interview: Qualitätsentwicklung – Aspekte eines gelebten onkologischen Pflegekonzeptes (T. Tayar)
- 38 Anforderungen an die Qualitätssicherung in der onkologischen Pflege (M. Sailer)
- 43 Pflegerische Qualität verbessern mit Qualitätsindikatoren (K. Pottkämper)

# 47

## AUSLESE

- 47 „Freiburger Modell“ der Zytostatika-Applikation durch Pflegende (M. Naegele, M. Hasemann)
- 52 Hyperthermie intraperitoneale Chemotherapie bei Peritonealkarzinose (M. Wiczorek)

# 56

## FORTBILDUNG

- 56 Biomarker in der Onkologie (M. M. Christ)
- KOK *pedia*
- 62 Nebenwirkungen: Übelkeit und Erbrechen unter Chemotherapie (H. J. Fink, D. von Holdt)
  - 65 Arzneimittel: Cisplatin (A. Schwehr, M. Laux)



## Kerstin Paradies

**Sprecherin des Vorstands**

paradies@kok-krebsgesellschaft.de



## Vorstand aktuell

Liebe Kolleginnen und Kollegen,  
sehr geehrte Leserinnen und Leser,

für die ambulante und stationäre Pflege wird die Fort- und Weiterbildung künftig noch eine größere Bedeutung erhalten. Der Hintergrund: In einigen Bundesländern konstituieren sich derzeit Pflegekammern, in Rheinland-Pfalz hat die erste Pflegekammer zu Beginn des laufenden Jahres ihre Arbeit aufgenommen.

Dr. Helmut Müller, Vorsitzender des Dachverbandes der Pflegeorganisationen Rheinland-Pfalz (DPO e. V.), hebt dazu hervor: „Das ist ein historischer Schritt, auf den die Pflegenden lange gewartet haben und der die Berufsgruppe enorm weiterbringt. Mit der Kammer wird die Institution geschaffen, die das Wissen und Können der Pflegenden gleichberechtigt mit den anderen Professionen im Gesundheitswesen einbringt. Damit wird ein wichtiger Baustein der gesundheitlichen Versorgung sichergestellt.“

Eine der besonderen Herausforderungen dabei ist es, die große Anzahl an onkologischen Pflegekräften kontinuierlich zu schulen, um einen gleichbleibenden hohen Pflegestandard zu erzielen und zu konservieren.

Auch für das Jahr 2015 gibt es verschiedenste Möglichkeiten der Fort- und Weiterbildung, hier arbeitet die KOK mit verschiedenen Kooperationspartnern eng zusammen. Angeboten werden u. a.:

- spezielle Fortbildungen für Medizinische Fachangestellte und Pflegenden in onkologischen Schwerpunktpraxen, ebenso in Ambulanzen und tagesstationären Einrichtungen
- Fachfortbildungen mit dem Ziel der verbesserten Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen, basierend auf dem Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen „Onkologie“ der Bundesärztekammer (Stand: 26.03.2010)

Weitere Angebote:

- 2-jährige Fachweiterbildung in der Onkologie; Weiterbildungsstätten, welche die Lehrgänge nach der Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. zur Weiterbildung von Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegekräften für die pflegerischen Fachgebiete (i. d. Fassung vom 20.09.2011) oder dem jeweiligen Landesrecht anbieten (siehe KOK-Homepage)
- Fortbildungen zu den Themen Antiemese, Supportivtherapie, Schmerztherapie, Zytostatika-Applikation, Ethik u. v. m.

Als KOK-Mitglied bekommen Sie Einladungen zu den Fortbildungen und den Kongressen. An unsere Nicht-Mitglieder, soweit sie in der Onkologie tätig sind, sei die Bitte gerichtet, sich eingehend auf unserer Homepage zu Fort- und Weiterbildungsangeboten zu informieren.

In unserem Veranstaltungskalender, jeweils ganz hinten im Heft, geben wir Ihnen einen Überblick unter der Rubrik „? Was steht an“. Dort weisen wir auf nationale und internationale Kongresse, aber auch auf Fachtagungen in Deutschland, den Hauptstadttagkongress und nicht zu vergessen den 5. KOK-Jahreskongress 2015 hin, der in diesem Jahr unter dem Motto: „Der ältere Patient in der onkologischen Pflege – Besonderheiten und Herausforderungen“ steht.

Für uns als gewählte KOK-Repräsentanten (Vorstand und Beirat) ist es wichtig, uns für die Bedürfnisse und Belange unserer Mitglieder zu engagieren. Die Kolleginnen und Kollegen in der onkologischen Pflege sind maßgebliche Fürsprecher und erste Ansprechpartner für die von uns betreuten Patienten und deren Angehörige.

Ihre

Kerstin Paradies

## Johannes Bruns

### Generalsekretär

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.  
bruns@krebsgesellschaft.de



# DKG aktuell

## Qualität in der onkologischen Versorgung

Am 26. und 27. März fand in Berlin die 2. Interdisziplinäre Konferenz Quality of Cancer Care statt. In deren Mittelpunkt stand die Frage, wie die Akteure im Leitlinienprozess bzw. in der Umsetzung, in zertifizierten Zentren, in Krebsregistern und klinischen Studien oder in der Versorgungsforschung idealerweise miteinander interagieren und kommunizieren, um die bestmögliche Versorgungsrealität für Patientinnen und Patienten zu erreichen.

In Plenarsitzungen, Educationals und Workshops haben die 150 Teilnehmer und Referenten zwei Tage lang interessante Berichte gehört und diskutiert. In allen vier Bereichen Zertifizierung, Leitlinien, Forschung und Krebsregistrierung wurden am Ende der Konferenz Aufgaben und Ziele formuliert, die wir in den kommenden zwei Jahren in den Fokus rücken möchten.

Der Arbeitsbereich Leitlinien hat sich vorgenommen, Akteure aus der Versorgungsforschung und den Krebsregistern in die Leitliniengruppen zu integrieren, um künftig voneinander profitieren zu können, analog zur Einbindung der Zentren bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren. Dazu sollen Prozesse erarbeitet werden, nach denen Daten aus der Versorgungsforschung den Leitliniengruppen regelhaft zur Verfügung stehen.

Die Akteure aus den Krebsregistern möchten in den kommenden Jahren die Ausbildung von Methodikern und versorgungsforschenden Klinikern stärker fördern und auch fordern. Insgesamt sollen in der Arbeit der Register die bestehenden Strukturen und Möglichkeiten in der Fläche stärker genutzt und die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten deutlicher einbezogen werden. Hier stellt sich vor allem bei den Fördermaßnahmen die Frage, ob sie Patienteninteressen sachgerecht abbilden. Als wichtigstes Ziel formulierte der Bereich Krebsregister die Idee, eine Projektdatenbank zur Versorgungsforschung in Deutschland aufzubauen.

Der Bereich Zertifizierung in der Deutschen Krebsgesellschaft hat für die gastrointestinalen Tumoren im vergangenen Jahr die StudyBox eingerichtet, die alle Studien dokumentiert, die in den angeschlossenen Zentren aktuell laufen. Um die Studienlandschaft sichtbarer und attraktiver zu machen, soll die StudyBox für andere Tumorentitäten ausgebaut werden. Darüber hinaus soll die StudyBox patientenfreundlicher gestaltet werden, beispielsweise durch eine Zusammenfassung der jeweiligen Studieninhalte in patientengerechter Sprache. Versorgungsforschungsergebnisse aus den Zentren (wie aus der PIAT- oder der EPIC-Studie) sollen mit dem Ziel einer koordinierten Forschung regelhaft an Leitliniengruppen, Zertifizierungskommissionen und Krebsregister kommuniziert werden.

Interessante Diskussionen gab es auch im Workshop zu klinischen Studien und Versorgungsforschung. Es sind zentrale Fragen, die den Arbeitsbereich auch in den kommenden Jahren prägen werden: Welche Anforderungen müssen klinische Studien und Register eigentlich genau erfüllen, und welche Bedeutung haben sie für die Versorgung? Wie wichtig ist die aktive Einbeziehung der Patientinnen und Patienten, und wer darf die Daten aus klinischen Studien und Registern oder die Proben aus Biobanken nutzen?

Auch in diesem Jahr wurden auf der Konferenz Quality of Cancer Care wichtige Fragen gestellt und diskutiert. Ich freue mich, wenn so viele Teilnehmer aus den verschiedenen Bereichen miteinander diskutieren mit dem Ziel, Lösungen zu finden, die am Ende den Patienten dienen. Nun sollten wir dran bleiben und in zwei Jahren bei der nächsten Konferenz ein erstes Fazit ziehen.

Ihr

Dr. Johannes Bruns



# Positionspapier zur Fachpflegekraftquote<sup>1</sup> in der Onkologie

Bundesarbeitsgruppe der Leitungen der Weiterbildungen zur Pflege krebskranker, chronisch-kranker Menschen – AG der KOK; April 2015

## Intention

Empfehlungen für die Festlegung der Fachpflegekraftquote in onkologischen Einrichtungen. Handlungsleitend hierbei ist die Sicherstellung der Qualität der pflegerischen Versorgung krebskranker Menschen.

## Einleitung

Aufgrund der demografischen Entwicklung ist laut Krebsregister in Deutschland zwischen 2010 und 2030 mit einem Anstieg der Krebsneuerkrankungen um gut 20 % zu rechnen (RKI, 2013). Das Krankheitsbild wandelt sich weiterhin in Richtung längerer Krankheitsepisoden mit den Charakteristika einer chronischen Erkrankung. Zunehmend entwickeln sich spezialisierte onkologische Settings, die auch von den Pflegekräften eine immer höhere Fachlichkeit und Expertise erforderlich machen.

Die Pflegekräfte haben unter allen Gesundheitsversorgungsberufen den engsten Kontakt zu den Klienten und deren Lebenswelt. Damit krebskranke Menschen die gemeinsam mit dem Behandlungsteam vereinbarten Therapieempfehlungen nach besten Möglichkeiten einhalten (Adherence) und in der Lage sind, ihren Alltag mit den jeweiligen erkrankungs- bzw. therapiebedingten Auswirkungen sowie die Anpassung an die veränderten Lebensumstände zu bewältigen, bedarf es einer hohen Selbstpflege- und Selbstmanagementkompetenz.

Eine optimierte und effiziente onkologische Versorgung, die die individuelle Situation der Patienten einbezieht und ein hohes Maß an Selbstverantwortung fördert, beinhaltet neben der fachärztlichen Behandlung die adäquate pflegerische Versorgung durch onkologisch qualifizierte Fachpflegekräfte. Sie gestalten den pflegediagnostischen Prozess krebskranker Patienten in stationären bzw. teilstationären sowie in ambulanten onkologisch ausgerichteten Gesundheitseinrichtungen, formulieren Kriterien zur Wirksamkeit und Effizienz der Pflege, führen fachpflegerische Interventionen durch und überprüfen diese. Sie informieren, schulen und beraten krebserkrankte Menschen und deren Bezugspersonen und setzen sich im Rahmen des Qualitätsmanagements für eine kontinuierliche Verbesserung der Pflegequalität in onkologischen Versorgungsbereichen ein.

## Begründungszusammenhang

Folgende Gründe verdeutlichen die Einführung einer Fachpflegekraftquote in der Onkologie:

<sup>1</sup> Weiterbildung zur Pflege in der Onkologie entweder staatlich anerkannt nach Länderrecht oder nach Weiterbildungsempfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft DKG

## Demografischer Wandel und Inzidenz

Eine steigende Anzahl der Krebsneuerkrankungen ist u.a. durch die Zunahme des Anteils älterer Menschen in der Bevölkerung zu verzeichnen (RKI, 2015). Durch die demografische Entwicklung kommt es zu einem häufigeren Auftreten von chronischen Erkrankungen, Multimorbidität sowie einer steigenden Zahl pflegebedürftiger Menschen, z.B. infolge von Demenz. Gleichzeitig nimmt durch den wissenschaftlich-technischen Fortschritt das Wissen zu und immer neue und komplexere Therapien kommen in den unterschiedlichen Gesundheitsversorgungseinrichtungen zum Einsatz. Diese erfordern sowohl vom Personal als auch von den Patienten hohe Anpassungsleistungen.

## Skill- and Grade-Mix

Die Personalausstattung in allen Handlungsfeldern des Pflegebereichs wurde in den letzten Jahren erheblich reduziert (DIP, 2014). Hinzu kommt ein eklatant ansteigender Fachkräftemangel (Ostwald et al., 2010; Bieraugel et al., 2012), sodass viele Stellen heute nicht mit Fachpflegekräften besetzt werden können. Der Fachkräftemangel wird auch in Deutschland zunehmend mit einem Skill-Mix kompensiert (GVG, 2011). Australische Studien zeigen auf, dass bei einem Skill-Mix mit besser qualifizierten Pflegekräften weniger Behandlungskomplikationen auftreten. In dieser Studie zeigt sich, dass im Skill- and Grade-Mix die Anzahl hoch qualifizierter Pflegekräfte zur Anzahl der gering qualifizierten Pflegekräfte ein stabiles Verhältnis aufweisen muss (z. B. Fachpflegekraftquote in %), um die Qualität der pflegerischen Versorgung halten zu können (Twigg, Duffield, Bremner, Rapley, & Finn, 2012). Die onkologischen Stationen sind gleichermaßen davon betroffen. Aufgrund der insgesamt zu knappen Personalressourcen können die onkologischen Fachpflegekräfte in onkologischen Einrichtungen die oben beschriebenen Aufgaben, für die sie durch eine zweijährige Weiterbildung qualifiziert wurden, nur noch eingeschränkt erfüllen. Die funktional ausgerichteten Prozesse zur Aufrechterhaltung des Stationsbetriebes stehen im Vordergrund. Die Unterstützung krebskranker Menschen zur Förderung der Selbstpflegekompetenz und Unterstützung im Anpassungsprozess, mit der Erkrankung und deren Auswirkungen zu leben, tritt dabei in den Hintergrund.

## Anforderungen für Zertifizierungsverfahren

Nach den derzeitigen Zertifizierungsrichtlinien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) müssen beispielsweise in einem Onkologischen Zentrum **mind. zwei aktive onkologische Fachpflegekräfte** im Tagdienst angestellt sein. Zudem sollte für Organzentren eine **aktive Tätigkeit** einer onkologischen Fachpflegekraft nachgewiesen werden (DKG, 2013). Aus Berichten von Auditoren lässt sich ersehen, dass diese Vorga-



ben sehr weit ausgelegt werden. Ein onkologisches Zentrum umfasst viele Stationen mit unterschiedlichen Fachgebieten und einer sehr unterschiedlichen Anzahl von Patienten. Die Festlegung auf zwei onkologische Fachpflegekräfte erscheint ungenügend, da nur eine sehr begrenzte Anzahl krebskranker Menschen von der Expertise dieser Fachpflegekräfte profitieren kann.

### Neue Therapien und Adherence

Der Anteil der oralen Tumorthérapien steigt stetig an (WINHO, 2014). Dies erfordert auf Seiten der Patienten eine hohe Adherence, dazu müssen sie individuell beraten und begleitet werden. Weitergebildete onkologische Fachpflegekräfte können hier Anteile übernehmen, da in den Fachweiterbildungen die Pflegenden auf die Bereiche Edukation und Beratung besonders vorbereitet werden.

### Stellenprofile in der onkologischen Fachpflege

Zurzeit gibt es kaum eine qualifikationsabhängige Differenzierung der Aufgaben von Pflegenden und Fachpflegekräften in Form von Aufgaben- bzw. Stellenprofilen. Die zunehmende Arbeitsverdichtung und mangelnde Möglichkeiten von Seiten der Fachpflegekräfte, ihre von den krebskranken Patienten und deren Bezugspersonen dringend benötigte fachliche Expertise anzuwenden, führen zu Frustration und bergen die Gefahr der Berufsflucht dieser Zielgruppe.

### Fortbildungsnotwendigkeit

Aufgrund der Arbeitsverdichtung können Pflegekräfte weniger an Fort- und Weiterbildungen teilnehmen. Neues Wissen gelangt somit verzögerter in den Pflegealltag. Studien zeigen, dass es einen Zusammenhang zwischen pflegerischer Besetzung, Qualifikationsniveau und Patientenergebnissen gibt (Aiken et al., 2012).

### Notwendigkeit zur Spezialisierung

In Zukunft soll zur Qualifizierung des beruflichen Nachwuchses in der Pflege eine generalistische Ausbildung angestrebt werden. Dadurch wird eine onkologische Expertise in der Grundausbildung auch weiterhin nur rudimentär vermittelt. Eine Spezialisierung im Sinne einer onkologischen Fachweiterbildung wird dadurch umso bedeutsamer.

### Kernaufgaben und Forderungen

Die Kernaufgaben der Fachpflegekräfte liegen schwerpunktmäßig, ableitend aus den beschriebenen Problemen und den erworbenen Kompetenzen, in fachpflegerischen Interventionen, des Weiteren in Anleitungs- und Beratungstätigkeiten von Patienten und Bezugspersonen sowie von den nicht onkologisch qualifizierten Pflegekräften. Dabei sollten die pflegerischen und therapeutischen Prozesse patientenorientiert und interprofessionell koordiniert werden. Hierfür bedarf es folgender konkreter Umsetzungspunkte:

- Entsprechend der Formulierungen im Nationalen Krebsplan (BMG, 2015) hat jeder Patient das Recht auf qualifizierte kontinuierliche Beratung. Alle onkologischen Patienten müssen eine angemessene bedarfsorientierte pflegerische Beratung im Behandlungsprozess von einer onkologischen Fachpflegekraft erhalten. U. a. bietet sich das Aufnahmegespräch mit der Erhebung des Pflegebedarfs oder das Entlassungsgespräch unter onkologischen Gesichtspunkten an. Voraussetzung dafür ist die durch die Fachpflegekraftquote gesicherte Präsenz onkologischer Fachpflegekräfte tagsüber je Station/Ambulanz und Tagesklinik und Schicht, in der krebskranken Menschen behandelt werden.
- In onkologischen Pflegevisiten unter Leitung von onkologischen Fachpflegekräften sollen in regelmäßigen Abständen (idealerweise wöchentlich) besonders komplexe onkologische Pflegesituationen besprochen und exemplarische Lösungswege ermittelt werden.
- Fachpflegekräfte müssen als Multiplikatoren fungieren, indem sie einen kollegialen Austausch im onkologischen Team initiieren und regelmäßig Fortbildungen und Qualitätszirkel organisieren und durchführen, mindestens monatlich.
- Fachpflegekräfte stellen die kontinuierliche Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Pflegepraxis sicher, indem u. a. pflegerische Handlungen hinsichtlich Wirksamkeit vor dem aktuellen Forschungsstand kritisch reflektiert werden und entsprechende Interventionen geplant und durchgeführt werden.
- Informationen, die Fachpflegende im Rahmen ihrer Gespräche mit den Patienten und ihren Bezugspersonen erhalten, müssen zielführend weitergegeben werden. Die verpflichtende Teilnahme der Fachpflegekräfte an Gremien wie dem Tumorboard sichert den kontinuierlichen interprofessionellen Informationsfluss.
- Zur Steuerung der Tätigkeiten müssen **Aufgabenprofile** entsprechend der Qualifikationen und Kompetenzbereiche entwickelt werden.

### Fazit

Mit Rücksichtnahme auf die verschiedene Ausprägung der Versorgungsbereiche onkologischer Patienten halten wir daher folgende **Fachpflegekraftquoten** für die Absicherung einer guten Versorgungsqualität für erforderlich:

- auf Stationen mit einer Belegung > 75 % Krebskranker soll die Fachpflegekraftquote 50 % betragen
- auf Stationen mit einer Belegung von zwischen 25 % und 50 % Krebskranker soll die Fachpflegekraftquote 30 % vom Pflegepersonal betragen
- auf Stationen mit einer Belegung < 25 % Krebskranker sowie in onkologischen Ambulanzen und Tageskliniken soll mindestens 1 Fachpflegekraft pro Schicht nachgewiesen werden

## Literatur

- Aiken, L., et al. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Medical Journal*, 344, e1717.
- Bieräugel, R., Demireva, L., Larsen, C., et al (2012). Branchenmonitoring Gesundheitsfachberufe Rheinland-Pfalz. Ergebnisse aus dem Landesleitprojekt „Fachkräftesicherung in den Gesundheitsfachberufen“. *Berichte aus der Pflege* Nr. 17. Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2015). Nationaler Krebsplan. <http://www.bmg.bund.de/themen/praevention/nationaler-krebsplan.html> [08.03.2015]
- DIP – Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung. (2014). Pflege-thermometer 2014. [www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer\\_2014.pdf](http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer_2014.pdf) [03.02.2015]
- DKG – Deutsche Krebsgesellschaft. (2013). Erhebungsbogen Onkologisches Zentrum. [www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft-wtrl/deutsche-krebsgesellschaft/zertifizierung/erhebungsbogen/onkologische-zentren.html](http://www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft-wtrl/deutsche-krebsgesellschaft/zertifizierung/erhebungsbogen/onkologische-zentren.html) [05.03.2015]
- GVG – Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung. (2011). Umgang mit Fachkräftemangel in der Pflege. Schriftenreihe der GVG, Band 69.

- RKI – Robert Koch-Institut. (2015). *Epidemiologisches Bulletin* Nr. 6. [www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/06\\_15.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/06_15.pdf?__blob=publicationFile) [12.01.2015]
- RKI – Robert-Koch-Institut. (2013). Krebs in Deutschland [http://www.rki.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebs\\_in\\_Deutschland/kid\\_2013/krebs\\_in\\_deutschland\\_2013.pdf.jsessionid=11D5C9AD32F9F6F4760BAF0F82A19D15.2.cid390?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebs_in_Deutschland/kid_2013/krebs_in_deutschland_2013.pdf.jsessionid=11D5C9AD32F9F6F4760BAF0F82A19D15.2.cid390?__blob=publicationFile) [12.01.2015]
- Ostwald, D. A., Ehrhard, T., Brunsch, F. et al. (2010). Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis 2030. Pricewaterhouse Coopers AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Frankfurt am Main.
- Twigg, D., Duffield, Ch., Bremner, A., Rapley, P., & Finn, J. (2012). Impact of skill mix variations on patient outcomes following implementation of nursing hours per patient day staffing: a retrospective study. *Journal of Advanced Nursing*, 12 (68), 2710–2718.
- WINHO – Wissenschaftliches Institut der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen. (2014). Qualitätsbericht 2014. [www.winho.de/publikationen/qualitätsberichte.html](http://www.winho.de/publikationen/qualitätsberichte.html) [12.01.2015]

Bundesarbeitsgruppe der Leitungen der Weiterbildungen zur Pflege krebskranker, chronisch-kranker Menschen; AG: Boonen, A., Dittrich, M., Kobbert, E., Lebert, B.

# KOK-Workshop „Kritische Situationen in der Onkologie“

Die Situation in der onkologischen Pflege hat sich in den letzten Jahren stark verändert: Die Anzahl an Krebspatienten ist stetig gestiegen, die Anzahl der Pflegekräfte wurde aufgrund von Stellenstreichungen deutlich reduziert. Eine Kernaufgabe der Pflege ist das Nebenwirkungsmanagement. Neben den bereits gut bekannten unerwünschten Begleiterscheinungen wie Chemotherapie-induzierte Übelkeit und Erbrechen (CINV) steht die Pflege durch die Entwicklung neuer Substanzen immer häufiger bis dato unbekanntem Nebenwirkungen gegenüber. Einigkeit herrschte unter den Teilnehmern des KOK-Workshops am 26. und 27. November 2014 in Dortmund bezüglich der großen Relevanz der Kommunikation zwischen Arzt, Pflegekräften und Patienten für eine erfolgreiche Therapie.

## Krebserkrankungen und Therapie im Wandel

Obwohl sich die Behandlung von Krebserkrankungen in den letzten 30 Jahren stetig verbessert hat, steigt die Prävalenz von krebskranken Menschen an. Dies ist einerseits auf die älter werdende Bevölkerung – Krebs ist immer noch im dritten Lebensdrittel am häufigsten – und andererseits darauf zurückzuführen, dass Krebserkrankungen früher erkannt und besser behandelt werden, wodurch langfristig der Anteil chronisch oder latent kranker Menschen steigt. Man spricht heute in den Fachkreisen gerne von Cancer Survivors, die es in den 1970er- und 1980er-Jahren so gut wie gar nicht gab. Demgegenüber stehen ein Stellenabbau im Bereich der stationären Pflege sowie eine Veränderung der Altersstruktur innerhalb des Pflegedienstes: Der Anteil der unter 35-Jährigen hat seit dem Jahr 2000 konti-

nuierlich abgenommen, wohingegen der der über 50-Jährigen stetig angestiegen ist. Zu einer Veränderung der Rahmenbedingungen für die Pflegekräfte haben auch die vom gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossenen Richtlinien zur Heilkundeübertragung im Rahmen von Modellvorhaben beigetragen. Damit können ärztliche Tätigkeiten auf Angehörige der Kranken- und Altenpflegeberufe übertragen werden. Eine gesetzliche Regelung zur dauerhaften Übertragung der Aufgaben gibt es bisher nicht. Eine weitere Herausforderung stellen der zunehmende Anspruch an die fachliche Qualifikation und die Umsetzung evidenzbasierter Pflege dar, vor allem im Bereich des Nebenwirkungsmanagements. Um diesen Ansprüchen gerecht zu werden, fordert Kerstin Paradies, Vorsitzende der KOK, eine fundierte Ausbildung und regelmäßige Fort- und Weiterbildungen aller Pflegekräfte.

## Supportive Maßnahmen aus Sicht der Pflege

Je nach Entität und Therapieregime werden durch die Behandlung unterschiedliche Nebenwirkungen hervorgerufen, die mittels Supportivmaßnahmen so gering wie möglich gehalten werden sollen. Als besonders belastend wird von den Patienten CINV wahrgenommen. Findet eine Chemotherapie mit CINV-Risiko Anwendung, muss der Patient im Vorfeld über die antiemetischen Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt werden. Neben der medikamentösen Prophylaxe muss dem Patienten aber auch der Therapieplan erläutert werden, um die Compliance nicht zu gefährden. Ein wichtiger Bestandteil der antiemetischen Prophylaxe ist zudem ein angepasstes Ernährungsver-



*Christoph Riese<sup>1</sup>, Anja Beylich<sup>2</sup>,  
Uirassu Borges jr.<sup>1</sup>, Pablo Zamora<sup>1</sup>,  
Walter Baumann<sup>1</sup>, Manfred Welslau<sup>3</sup>*

**1 Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Hämatologen  
und Onkologen (WINHO), Köln**

**2 Hämatologisch-Onkologische Praxis Hamburg Altona**

**3 Hämato-Onkologische Schwerpunktpraxis am Klinikum, Aschaffenburg**

# Patientenkompetenz in der oralen Krebstherapie – PACOCT

## Patientenschulung durch onkologische Pflegekräfte in der oralen Krebstherapie

Die ambulante onkologische Versorgung erfährt seit geraumer Zeit einen tiefgreifenden Wandel. Neue Medikamente zur Krebsbekämpfung kommen in immer kürzeren Abständen auf den Markt. Seit 2013 sind 20 neue Wirkstoffe von der Europäischen Zulassungsbehörde EMA zur Krebsbehandlung zugelassen worden, darunter waren 14 oral verfügbare Wirkstoffe (Heymanns, J., 2015). Darüber hinaus werden viele bereits zugelassene Wirkstoffe für andere Tumorentitäten und frühere Therapielinien zugelassen. Nach Berechnungen auf der Grundlage von Abrechnungsdaten (BNHO, 2012) werden bereits heute schon mehr als 40 % der Patienten, die unter einer zytoreduktiven Therapie stehen, ausschließlich mit oraler Medikation versorgt. Ergebnisse unserer 2013 durchgeführten Bestandsaufnahme unter oral therapierten Krebspatienten (n = 563) zeigen auf, dass diese sich generell gut informiert fühlen (90 %). Allerdings äußern auch 59 % aller befragten Patienten einen zusätzlichen Beratungsbedarf. Sie wünschen sich im Einzelnen mehr Informationen u. a. zu den Themen „Wechsel- und Nebenwirkungen“, „Wirkungsweise der Medikation“ und „Verhalten im Alltag“.

Der Fortschritt in der Therapie ist natürlich erfreulich, stellt die onkologische Versorgung der Patienten aber vor neue Her-

ausforderungen, denen es im Alltag zu begegnen gilt. Kam der Patient früher im Rahmen der intravenösen Therapie (IV-Therapie) in engeren Abständen in die Praxis und konnte dort durch das Praxisteam beobachtet werden, machen die neuen Medikamente auch die häusliche Umgebung zum Therapieort. Diese Verlagerung verlangt von dem therapeutischen Team, den Patienten so weit wie möglich zum Experten seiner Therapie zu machen.

Nun handelt es sich nicht immer um Therapien, die einfach handhabbar sind. Die Medikation zeichnet sich z. T. durch ein hohes Nebenwirkungs- und Wechselwirkungspotenzial aus. Es stellt sich die Frage, wie die erforderlichen Kompetenzen insbesondere an ältere, multimorbide Patienten und deren Angehörige zu vermitteln sind. Darüber hinaus erscheint es erforderlich, dass die Betreuungsansätze der Praxen stärker noch als in der Vergangenheit in die private Lebenswelt der Patienten hineinwirken müssen, um dort angemessene Verhaltensweisen zu gewährleisten. Dies setzt voraus, dass das therapeutische Team sich einen genauen Einblick in die Lebenssituation des Patienten verschafft. Die Frage, wie in der ambulanten onkologischen Versorgung mit dieser Situation umgegangen wird, wurde bislang noch nicht systematisch untersucht.

**Zusammenfassung und Schlüsselwörter****Summary and Keywords****Patientenschulung durch onkologische Pflegekräfte****Patient Education by Oncology Nurses**

Die ambulante onkologische Versorgung erfährt durch die neuen oral verfügbaren Wirkstoffe einen tiefgreifenden Wandel. Diese verlagern die Therapie auf die Schultern des Patienten. Die Patientenschulung durch Pflegekräfte fördert die Patientenkompetenz und befähigt den Patienten seine Therapie selbst zu managen.

Outpatient oncology care experiences profound changes due to the new oral agents. This shifts more responsibility for the therapy onto the patients. Patient education by nurses supports patients' competence and enables patients to manage their therapy themselves.

Patientenschulung · Orale Krebstherapie · Onkologische Pflegekräfte

Patient education · Oral agents · Oncology nurses

**Nationaler Krebsplan**

Der Nationale Krebsplan (NKP) beschäftigt sich im Handlungsfeld 4 mit der „Stärkung der Patientenorientierung“. Neben einschlägigen Zielsetzungen im Bereich der Kommunikation und psychosozialen Unterstützung spricht der NKP in diesem Handlungsfeld die „Stärkung der Patientenkompetenz“ an. Das Projekt PACOCT wird im Rahmen des Nationalen Krebsplans gefördert.

Die Kompetenz der Patienten wird zu einer entscheidenden Herausforderung der modernen Krebstherapie. Erkenntnisse der Versorgungsforschung zeigen, dass edukative und kommunikative Aspekte sowie die Förderung des Vertrauens in die „Selbstwirksamkeit“ des Patienten die zentralen psychologischen Komponenten der Patientenkompetenz darstellen, die den Patienten zur aktiven Mitgestaltung und zum Selbstmanagement der Therapie befähigen (Bandura, 1997; Giesler & Weis, 2008; Jacobsen et al., 2012; Macmillan Cancer Support).

Aktuelle Studien zeigen, dass Schulungsmaßnahmen zwar zu einer signifikanten Verbesserung des Wissens, aber nicht immer zu einer Verbesserung des Verhaltens und zu einer nachhaltigen Aktivierung eigener psychologischer Ressourcen führen (Berber & De Geest, 2012; Sabaté, 2003). Einzelne Maßnahmen auf einer Ebene reichen für nachhaltige Effekte nicht aus. Die Förderung von Patientenkompetenz ist nur als Intervention in ein komplexes System zu begreifen, worin möglichst viele Elemente einzubeziehen sind.

Aufgrund von Erfahrungen aus anderen Erkrankungsbereichen – z. B. der Diabetesversorgung – ist die stärkere Einbeziehung von nicht ärztlichem Personal (insbesondere onkologische Pflegekräfte) in die Patientenedukation ein wegweisender Ansatz zur Verbesserung der Patientenkompetenz. Die Beteiligung von Pflegekräften/Medizinischen Fachangestellten (MFA) ist nicht nur im Hinblick auf die eingeschränkte Zeit des Arztes angezeigt, sondern auch dahingehend, dass nicht ärztliche Mitarbeiter in einer angemessenen Beratungssituation u. U. sogar die persönliche Situation von Patienten auf einer anderen Ebene erreichen können als der Arzt und so z. B. ärztliche Aufklärungs- und Beratungsinhalte vertiefen und verstärken.

Weitere Ergebnisse unserer Bestandsaufnahme zeigen, dass die Einbeziehung von nicht ärztlichem Personal in Schulungs- und Beratungsprozesse noch sehr gering ist und nicht der Einbindung von z. B. Pflegekräften in anderen Ländern entspricht (Hartigan et al., 2003; Kav et al., 2010). Die von uns befragten Ärzte (n = 88) befürworteten jedoch eine stärkere Mitwirkung von Pflegekräften bei der Patientenschulung, vor allem wenn diese entsprechend fortgebildet sind (90 %).

Unsere Studie setzt bei der Patientenschulung auf mehreren Ebenen an. Weitere Schwerpunkte liegen auf der Anpassung von organisatorischen Abläufen in den onkologischen Schwer-

punktpraxen und auf Qualifizierungsmaßnahmen für das nicht ärztliche Personal, das die Patientenschulung übernehmen wird (Merluzzi et al., 2001). Somit adressiert die Studie nicht nur den Patienten, sondern auch die Praxisorganisation und somit tradierte Muster der Arbeitsteilung und der interprofessionellen Kommunikation in onkologischen Praxen.

**Patientenkompetenz**

„Patientenkompetenz“ ist nicht mit Gesundheitskompetenz („health literacy“) gleichzusetzen. Während die Gesundheitskompetenz u. a. als kommunikative und kognitive Fähigkeit definiert wird (Sørensen et al., 2012), ist Patientenkompetenz die Fähigkeit, krankheits- und therapiespezifische Anforderungen sowie Belastungen durch eigene und Ressourcen des persönlich-sozialen Umfeldes sowie des Gesundheitssystems so gut wie möglich zu bewältigen. (Giesler & Weis, 2008)

**Ziel**

In der Studie wird die Wirkung eines strukturierten Schulungs- und Beratungsprogramms durch onkologische Pflegekräfte und MFA auf den Therapieverlauf evaluiert. Im Mittelpunkt der Studie stand dabei die Forschungsfrage, inwiefern die Kompetenz von Patienten unter oraler Krebstherapie in onkologischen Schwerpunktpraxen durch eine Schulung durch nicht ärztliches Personal verbessert werden kann. Weiterhin wollten wir erfahren, welche Patienten einen erhöhten Unterstützungsbedarf haben. Darauf aufbauend sollten Handlungsempfehlungen zur strukturierten Patientenschulung in onkologischen Schwerpunktpraxen entwickelt werden.

**Methode**

Die Wirksamkeit der Patientenschulung wurde in einer cluster-randomisierten, kontrollierten Studie mit Patienten unter einer oralen Krebstherapie evaluiert. Der Schulungs- und Beratungsprozess geschah unter Zuhilfenahme eines standardisierten Beratungsinstrumentes (MOATT – MASCC Oral Agent Teaching Tool, MASCC – Multinational Association of Supportive Care in Cancer).

Alle hämatologischen und onkologischen Schwerpunktpraxen aus dem WINHO-Netzwerk (n = 204) waren eingeladen, sich an der Studie als Studienzentren zu beteiligen. Insgesamt wurden 28 Praxen aus dem gesamten Bundesgebiet rekrutiert und in die Gruppen randomisiert. Mit 17 Interventions- und 11 Kontrollpraxen startete die Studie im März 2014 und endete am 31. Dezember 2014.

Als therapie- und patientenrelevante Messgrößen wurden die Variablen therapiebezogenes Wissen, Selbstwirksamkeit (als wichtige Dimension der Patientenkompetenz), Beschwerden, Belastung, Unterbrechung und Abbruch der Therapie, Lebensqualität und Therapietreue (Adhärenz) bei der Medikamenteneinnahme analysiert.

### Beteiligte onkologische Schwerpunktpraxen

Dr. Dübbers – Ahaus, Dr. Eckart – Erlangen, Dr. Lindemann – Ettlingen, Dr. Reiber – Freiburg, Dr. Euchenhofer – Friedrichshafen, Dr. Tessen – Goslar, Dr. Becker – Hamburg, Dr. Bertram – Hamburg, Dr. Freier – Hildesheim, Dr. Hansen – Kaiserslautern, Dr. Heymanns – Koblenz, Prof. Schmitz – Köln, Dr. Fuchs – Langen, Dr. Müller – Leer/Emden, Dr. Moorahrend – Minden/Porta, PD Dr. Schröder – Mülheim an der Ruhr, Dr. Ehscheidt – Neuwied, Dr. Hutzschenreuther – Nordhorn, Dr. Schauer – Nürnberg, Dr. Böck – Offenbach, Dr. Reschke – Oldenburg/Delmenhorst, Dr. Sauer – Potsdam, Herr Emde – Recklinghausen, Dr. Dengler – Regensburg, Dr. Jacobs – Saarbrücken, Dr. Hamm – Soest, Dr. Priebe-Richter – Stadthagen.

### Schulungskonzept

Vor Studienbeginn wurden Pflegekräfte/MFA aus den Interventionspraxen in einem zweitägigen Seminar geschult. Nach der Schulung gab es eine Übungsphase für die Teilnehmer im eigenen Praxisalltag, und abschließend fand zur Klärung von Problemen eine Begleitung vor Ort durch die Schulungsleitenden statt. Die Pflegekräfte/MFA wurden zu verschiedenen Inhalten wie motivierender Gesprächsführung (mit Simulationspatienten), zu Wirkmechanismen von zytoreduktiven Medikamenten, Recherchestrategien und in der Anwendung der Studieninstrumente geschult. Das Schulungskonzept wurde von der Gesundheits- und Pflegewissenschaftlerin und onkologischen Pflegefachkraft Anja Beylich entwickelt. Das Konzept der patienten- und medikationsspezifischen Beratung richtet seinen Fokus neben einer bedarf- und ressourcenorientierten strukturierten Patientenschulung auf die eigenständige medikationsspezifische Recherche und die Vertiefung von kommunikativen Kompetenzen.

Die für die Kontrollgruppe zuständigen Pflegekräfte/MFA bekamen eine Einweisung in die Anwendung der Studieninstrumente im Rahmen eines Webinars (Onlineschulung).

### MOATT

MOATT ist ein Gesprächsleitfaden für onkologische Pflegekräfte/MFA, die Patienten unter oraler Tumortherapie begleiten. Er wurde von Pflegekräften und Pflegewissenschaftlerinnen der MASCC aus den USA, Kanada, Spanien und der Türkei entwickelt. Der von uns verwendete Gesprächsleitfaden lässt sich im Internet auf der WINHO-Seite einsehen und herunterladen.

Im Vorfeld der Studie wurde dieser Gesprächsleitfaden von uns im Rahmen von Fokusgruppeninterviews zu einem Beratungsinstrument weiterentwickelt. Der MOATT wird in der Patientenschulung von den Pflegekräften/MFA zusammen mit dem Patienten erarbeitet bzw. ausgefüllt. Er behandelt medikationsspezifische Themen, wie Aussehen der Tabletten (Wiedererkennung), Einnahmeverhalten, Lagerung, Wechselwirkungen, Nebenwirkungsprophylaxe etc. und eine Reihe praktischer Hinweise für den Patienten.

### Studienablauf

Die Studie richtete sich an Patienten, die mind. 18 Jahre alt waren und die ausschließlich mit einer oralen zytoreduktiven Therapie versorgt wurden. Eine Kombination mit einer IV-Therapie war nicht vorgesehen. Auch sollten die Patienten vorher keine andere orale Therapie erhalten haben, um den Einfluss der Intervention auf die aktuelle Therapie messen zu können und nicht eventuelles Vorwissen.

Der Patienteneinschluss begann während des Aufklärungsgesprächs zur oralen Therapie durch den Arzt. In diesem Aufklärungsgespräch informierte der behandelnde Arzt die Patienten

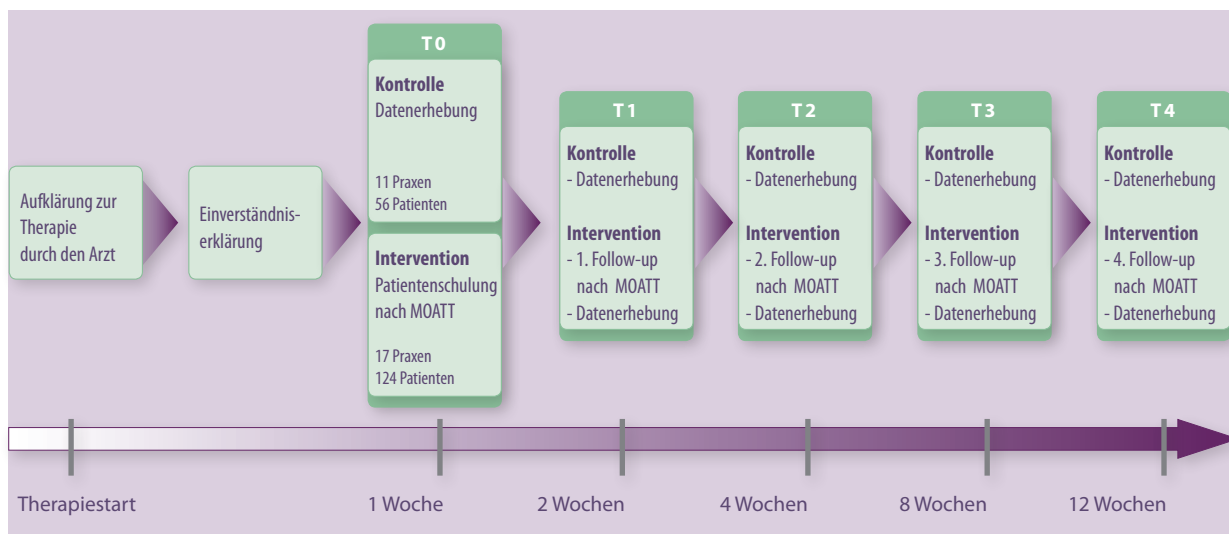


Abbildung 1: Studienverlauf der Patientenschulung mit dem Beratungsinstrument MOATT und Datenerhebung zur Patientenkompetenz.



# FAZIT

Die Ergebnisse zeigen, dass die Patientenschulung durch speziell geschulte Pflegekräfte und Medizinische Fachangestellte einen entscheidenden Beitrag bei der Durchführung einer oralen Krebstherapie leisten kann. Die Rückmeldungen der Pflegekräfte und MFA, die an der Studie beteiligt waren, zeigen, dass die Instrumente ausgereift und für den praktischen Einsatz geeignet sind. Sie vermitteln den schulenden Pflegekräften/MFA vor allem Struktur und damit die benötigte Sicherheit im Patientengespräch. Aufbauend auf den Erfahrungen der Studie ist es nun unser Bestreben, die Patientenschulung mit dem MOATT durch eine entsprechende Fortbildung allen Interessierten anzubieten.

über die Möglichkeit einer Studienteilnahme. Nach der Einverständniserklärung wurde mit der für die Studie geschulten onkologischen Pflegekraft/MFA ein Termin für die Patientenschulung innerhalb einer Woche vereinbart. In der Vorbereitung auf das Gespräch füllten die Patienten einen Selbsteinschätzungsbogen aus, mit dessen Hilfe die Punkte

- Gesundheitskompetenz,
- voraussichtliche Adhärenz,
- soziale Situation,
- Depressivität
- und ggfs. geriatrische Situation

eingeschätzt werden sollten. Mit dem aktuellen Medikationsplan recherchierte die onkologische Pflegekraft/MFA daran anknüpfend die medikationsspezifischen Beratungsinhalte.

Die erste Patientenschulung zum Zeitpunkt T0 sollte in der Regel 45 Min. nicht überschreiten (inkl. Gesprächsnachbereitung). Zum Gesprächseinstieg wurden die Informationen aus dem Aufklärungsgespräch mit dem Arzt rekapituliert und der voraussichtliche Umfang der Unterstützung eingeschätzt. Darauf aufbauend wurden die allgemeinen Beratungsinhalte und die medikationsspezifischen Informationen zusammen mit dem Patienten erarbeitet und im MOATT eingetragen. Abschließend wurden diese Ergebnisse noch einmal zusammen wiederholt. Diese Patientenschulung wurde in der Intervention an bis zu 4 weiteren Zeitpunkten (T1–T4) im Abstand von anfangs 2 Wochen, später im Abstand von 4 Wochen, vertieft.

Die Patienten in der Kontrollgruppe führten nur die standardmäßigen Aufklärungsgespräche mit dem Arzt.

## Ergebnisse

Insgesamt konnten 180 Patienten unter oraler Therapie in die Studie eingeschlossen werden, 124 in der Interventionsgruppe und 56 in der Kontrollgruppe. Die Patienten in der Interventionsgruppe waren im Durchschnitt 68 Jahre alt, zu 57 % weiblich und zu 43 % männlich. In der Kontrollgruppe betrug das

durchschnittliche Alter 68 Jahre und die Patienten waren zu 50 % weiblich bzw. zu 50 % männlich. Die eingesetzten Medikamente finden sich in Tabelle 1.

Erste Ergebnisse zeigen, dass vor allem eigenständige Unterbrechungen der Therapie durch den Patienten, ohne den Arzt oder die Praxis zu informieren, in der Kontrollgruppe deutlich häufiger (22-mal) bzw. an 11 % der Messzeitpunkte mitgeteilt

**Tabelle 1** Medikation nach Gruppen.

Medikation	Intervention	Kontrolle
Capecitabine – Xeloda®	29	11
Hydroxyurea – Syrea®	14	0
Hydroxyurea – Litalir®	7	4
Lenalidomid – Revlimid®	6	5
Erlotinib – Tarceva®	6	5
Temozolomid – Temodal®	7	2
Sunitinib – Sutent®	6	1
Imatinib – Glivec®	4	2
Abirateron – Zytiga®	2	4
Everolimus – Afinitor®	5	0
Ruxolitinib – Jakavi®	5	1
Sorafenib – Nexavar®	3	2
Pazopanib – Votrient®	2	3
Regorafenib – Stivarga®	3	1
Capecitabin medac®	2	2
Capecitabin Hexal®	0	4
Afatinib – Giotrif®	3	0
Hydroxyurea – Hydrea®	3	0
Temozolomid – Temomedac®	3	0
Chlorambucil – Leukeran®	0	3
Vemurafenib – Zelboraf®	0	3
Dasatinib – Sprycel®	2	0
Gefitinib – Iressa®	2	0
Nilotinib – Tasigna®	2	0
Pomalidomid – Imnovid®	2	0
Enzalutamide – Xtandi®	2	0
Treosulfan – Ovastat®	1	1
Temozolomid Teva®	2	0
Lapatinib – Tyverb®	1	0
Etoposid – Vepesid®	1	0





wurden als in der Interventionsgruppe (19-mal, 5 % der Messzeitpunkte). Die Datenauswertung ist noch nicht vollständig abgeschlossen und wird uns mit Sicherheit weitere spannende Ergebnisse liefern. ■

### Interessenkonflikt

Der Erstautor gibt an, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

### Literatur

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.
- Berben, L., & De Geest, S. (2012). Interventionen zur Verbesserung der Adhärenz. *Krankenpflege*, 9, 33 ff.
- BNHO (Hrsg.) (2012). *Qualitätsbericht der onkologischen Schwerpunktpraxen*. Köln: BNHO.
- Giesler, J. M., & Weis, J. (2008). Developing a self-rating measure of patient competence in the context of oncology: a multi-center study. *Psychooncology*, 17(11), 1089–1099.
- Hartigan, K. et al. (2003). Patient education: the cornerstone of successful oral chemotherapy treatment. *Clin J Oncol Nurs*, 7(Suppl), 21–24.
- Heymanns, J. (2015). *Der moderne Onkologe: Vom qualitätsbewussten Versorger zum Partner der Patienten*. Vortrag im Rahmen des Symposiums zum 10. jährigen WINHO Jubiläum, 20.02.2015, Berlin. <http://www.winho.de/de/symposium>
- Jacobsen, P. B., Wells, K. J. et al. (2012). Effects of a brief multimedia psychoeducational intervention on the attitudes and interest of patients with cancer regarding clinical trial participation: a multicenter randomized controlled trial. *J Clin Oncol*, 30, 2516–252.
- Kav, S., Schulmeister, L. et al. (2010). Development of the MASCC teaching tool for patients receiving oral agents for cancer. *Support Care Cancer*, 18(5), 583–590.
- Macmillan Cancer Support (2010). *National Cancer Survivorship Initiative – supported self-management work team: self-management support for cancer survivors: guidance for developing interventions. An update of the evidence*. <http://www.macmillan.org.uk>
- Merluzzi, T. et al. (2001). Self-efficacy for coping with cancer: revision of the cancer behavior inventory (version 2.0). *Psychooncology*, 10, 206–217.
- MOATT [http://download.winho.de/PACCOCT/MOATT\\_Oral\\_Agent\\_Teaching\\_Tool.pdf](http://download.winho.de/PACCOCT/MOATT_Oral_Agent_Teaching_Tool.pdf) [Mai 2015]
- Sabaté, E. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization.
- Sørensen, K. et al. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80.

### Angaben zum Erstautor

Dipl. rer. pol. Christoph Riese  
Projektkoordinator des Projekts im Nationalen Krebsplan

Wissenschaftliches Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen GmbH  
Vor den Siebenburgen 2  
50676 Köln  
[riese@winho.de](mailto:riese@winho.de)