

Leiden onkologische Patienten unter einem pflegerischen Defizit?

Ein Interview mit Jutta Rübiger, Leiterin des Forschungsprojekts „Therapiebedingte Versorgungsbedarfe ambulant behandelter onkologischer PatientInnen im häuslichen Umfeld und deren ökonomische Implikationen“ (AOP) gefördert durch das IFAF

Frau Rübiger, bitte stellen Sie das Projekt kurz vor.

Das Projekt geht der Frage nach, ob onkologische Patienten bzw. Patientinnen, die ihre Chemo- bzw. Strahlentherapie ambulant erhalten, aufgrund von Nebenwirkungen unter einem pflegerischen Defizit leiden oder ob sie zuhause ausreichend versorgt werden. Um diese Frage beantworten zu können, werden vier verschiedene Methoden eingesetzt: Interviews, Analyse von Krankenkassendaten und ärztlichen Patientenakten sowie eine schriftliche Patientenbefragung. Das Projekt hat im August 2010 begonnen und wird im Dezember 2011 enden, es wird in Kooperation zwischen der ASH und der HWR durchgeführt.

Gibt es bereits konkrete Projektergebnisse?

Die Untersuchungen sind noch nicht abgeschlossen, aber erste Ergebnisse können berichtet werden. Die Interviews mit Pflegediensten, Patienten, Selbsthilfegruppen und Ärzten bzw. Ärztinnen haben uneinheitliche Ergebnisse in Bezug auf die Hauptfragestellung erbracht. Während die Pflegedienste und die betroffenen Patienten von Pflegede-



Das Projektteam

fiziten in der Häuslichkeit berichten, ist der Mehrzahl der befragten Ärzte eine pflegerische Unterversorgung nicht bekannt/bewusst. Die Ärzte vermuten bzw. wissen z. T., dass die Angehörigen regelmäßig mit der Betreuung psychisch und physisch überfordert sind. Sie räumen ein, dass ihnen in der Regel bei den kurativen (nicht palliativen) Patienten der Überblick über die häusliche Situation im Allgemeinen und den pflegerischen Versorgungsbedarf im Besonderen fehlt.

Betrachtet man die einzelnen Bestandteile der häuslichen Krankenpflege wie Behandlungspflege (z. B. Wundversor-

gung, Medikamentengabe), Grundpflege (Körperpflege) und hauswirtschaftliche Versorgung (z. B. Einkaufen), so geben die Ärzte an, im Bedarfsfall Behandlungspflege zu verordnen. Diese Verordnungen werden von den Krankenkassen auch genehmigt. Der Bedarf an Grundpflege wird von den Ärzten – wie auch von den Pflegediensten – als eher gering angesehen. Hingegen wird im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung ein Defizit vermutet. Ärzte kennen sich in diesem Bereich der Verordnung nicht hinreichend aus und erheben diesen Unterstützungsbedarf bei den Patienten nicht systematisch.

Erste quantitative Auswertungsergebnisse zeigen, dass rund 80 % der onkologischen Patientinnen und Patienten ambulant Chemo- und/oder Strahlentherapie erhalten, dass häusliche (Behandlungs-)Pflege relativ oft, hauswirtschaftliche Versorgung dagegen selten verordnet wird und dass notfallbedingte Krankenhausaufenthalte und Notarzteinsätze bei den Patienten mit Krankenpflege nicht generell häufiger sind als bei Patienten, die keine häusliche Pflege erhalten. Die quantitativen Daten sind allerdings mit großer Vorsicht zu interpretieren und müssen noch nach Art der Krebserkrankung ausgewertet werden. Auch die Auswertung der Patientenbefragung steht noch aus.

Konnten schon Ergebnisse in die Praxis transferiert werden?

In dem Projekt werden Empfehlungen zur verbesserten systematischen Feststellung des häuslichen Pflegebedarfs ausgesprochen. Im Krankenhaus betrifft dies die Einrichtung bzw. Erweiterung des Entlassungs- bzw. Case-Managements. Den Arztpraxen, in denen die ambulante Chemotherapie durchgeführt wird, wird die Anwendung eines pflegerischen Assessments empfohlen, ähnlich wie es bei den palliativen Patienten üblich ist.

Durch die zahlreichen Interviews, die wir an Berliner Krankenhäusern (Tumorzentren) mit Ärzten, Sozialdiensten und Case-Managerinnen und -Managern sowie mit niedergelassenen Onkologie-Ärzten geführt haben, wurden gute, vertrauensvolle Beziehungen angebahnt; sie lassen erwarten, dass unsere Empfehlungen zur Erhebung und Deckung des Pflegebedarfs in der Versorgungspraxis gut aufgenommen werden. Im Dezember ist ein Workshop geplant, auf dem die Projektergebnisse und Empfehlungen mit Vertretern der Versorgungspraxis und den Beiratsmitgliedern diskutiert werden sollen.

Wie gestaltete sich die Zusammenarbeit mit den regionalen Partnern und der anderen kooperierenden Hochschule?

Die Zusammenarbeit mit den regionalen Projektpartnern (Homecare, Deutsche Krebsgesellschaft) hat von Anfang an gut geklappt. Das Vorgehen im Projekt wurde gemeinsam besprochen, Mitarbeiter/-innen der Partneereinrichtungen haben die Forschungsarbeit persönlich direkt unterstützt. Auch die Einrichtung des Beirates mit Vertretern der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Krebshilfe, Krankenkassen, Selbsthilfegruppen, Wissenschaftlern u. a. hat sich bewährt, das Projekt hat von den Beiratsmitgliedern hilfreiche Ratschläge erhalten.

Auch die beiden Hochschulen ASH und HWR haben von Anfang an gut zusammengearbeitet. Mein Projektkollege Prof. Breinlinger-O`Reilley hat mich bei der Projektleitung durchgängig unterstützt; in regelmäßigen Teamtreffen wurden alle Vorgehensweisen und Ergebnisse gemeinsam mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern besprochen. Auch was den finanziellen Teil des Projektes betrifft, klappte die Abstimmung zwischen den beiden Hochschulen reibungslos. Pech war nur, dass unser Projektbüro in der HWR im März 2011 abgebrannt ist.

Welche Synergien sind entstanden, was ist der Vorteil eines Verbundprojekts?

Die Verbundpartner (Hochschulvertreter und Praxisvertreter) haben sich durch die gemeinsame Arbeit am Projekt näher kennengelernt, konnten gemeinsame Interessen identifizieren, haben sich gegenseitig zu Vorträgen eingeladen und nicht zuletzt auch weiterführende Projektanträge auf den Weg gebracht.

Um was für ein weiterführendes Projekt handelt es sich?

Für das AOP-Projekt war von großem Vorteil, dass sich zwei Beiratsmitglieder dafür in besonderem Maße interessieren: die AOK Nordost und die Deutsche Krebshilfe e. V. Die AOK hat dem AOP-Projekt Versichertendaten zur Verfügung gestellt und die Deutsche Krebshilfe, die

seit Jahren schwerpunktmäßig die klinische Krebsforschung fördert, hat uns zur Beantragung eines Nachfolgeprojektes aufgefordert, da die pflegerische Versorgung ambulanter Patienten zuhause aus ihrer Sicht ein wichtiges, aber bisher noch nahezu unerforschtes Thema ist. Auf dem für Dezember geplanten Workshop soll der Projektantrag mit onkologischen Ärzten und Pflegediensten besprochen werden.

Wie beurteilen Sie die Rahmenbedingungen der IFAF-Förderung, also Fördersumme, Zeitraum und Unterstützung durch das Kompetenzzentrum?

Die IFAF-Förderung ist ein ungewöhnliches, zur Förderung der (Verbund-)Forschung an Fachhochschulen aus meiner Sicht sehr wirksames Instrument. Die Unterstützung durch das Kompetenzzentrum war ausgesprochen gut und weitgehend unbürokratisch. Im Nachhinein stellt sich als unglücklich dar, dass die Mittel und die Laufzeit unseres Projektes gekürzt worden sind, wir aber nicht (offiziell) dargelegt haben, wo wir das Arbeitsprogramm kürzen. Unser Arbeitsaufwand hat sich faktisch sogar noch vermehrt: Die Patientenbefragung wurde auf Anraten des Beirates im Umfang vervierfacht, die Auswertung der AOK-Daten trat ungeplant als Zusatzaufgabe hinzu. Demzufolge fehlen dem Projekt nun am Ende Zeit und Geld (ohne die Zusatzaufgaben hätten die Mittel aber ausgereicht).

Bitte beschreiben Sie zum Schluss noch kurz, worin Sie die Besonderheiten des IFAF sehen?

Die unabdingbaren Fördervoraussetzungen „Kooperation mit einer anderen Berliner (Fach-)Hochschule“ und „Kooperation mit regionalen (Wirtschafts-)Partnern“ sind eine Besonderheit. Auch das klar formulierte Interesse an der gesellschaftlichen Verwertbarkeit der Forschungsergebnisse gefällt mir gut.

Die Fragen stellten Nathalie Schlenzka und Barbara Halstenberg.