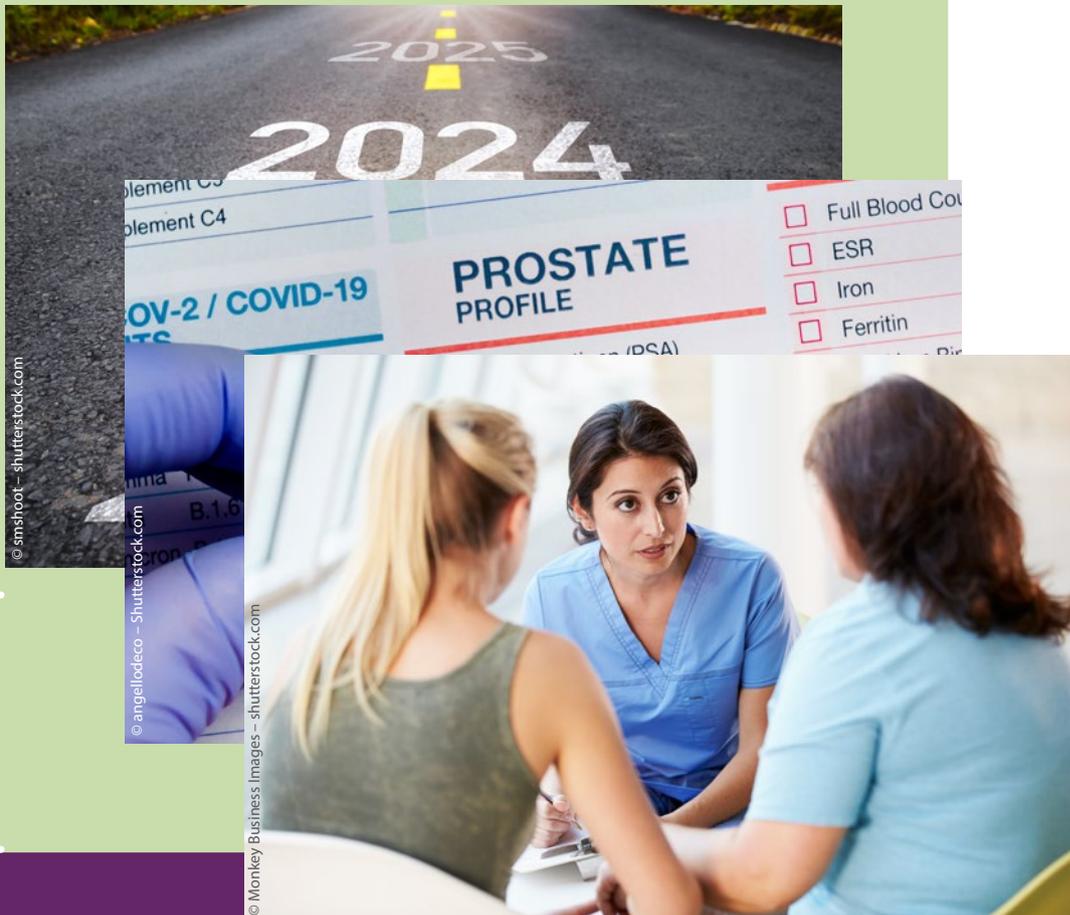


INHALTSVERZEICHNIS



1

1	Editorial (D. Wecht)
4	Vorstand aktuell (K. Paradies)
5	DKG aktuell (J. Bruns)
6	Denkimpuls (M. Laux)
8	Portrait: Katrin Bangha
10	The Heart of Oncology Nursing – Rückblick auf den 22. Heidelberger Pflegekongress Onkologie (J. Gattermann)
11	Interview mit Burkhard Lebert (J. Gattermann)
14	Deutschlands Onko-Teams 2023 (D. Wecht)
15	Burkhard Lebert erhält Pia-Bauer-Preis für sein Lebenswerk (D. Wecht)
70	Buchbesprechung
U4	Veranstaltungskalender

PANORAMA

16

16	Kommunikation mit betreuten Personen und deren Angehörigen (K. S. Rohde)
22	Onkologische Pflegeberatung – Pflegesprechstunde und Pflegevisite (D. Wecht, K. Bangha, Y. Zirfas)
28	Onkologische Pflegeberatung – Das Beratungskonzept am Universitätsklinikum Essen (T. Gottlieb, F. Hunhoff, B. Hosters, M. Dietrich)
35	Interaktive Patientenedukation (T. Wysinsky)
38	Zu Hause sterben. Patientenbedürfnisse zum Sterbeort frühzeitig erfragen (R. J. Allieu)

SCHWERPUNKT

44

44	Das Belastungserleben von Palliativpflegenden in Deutschland (S. May, F. Mühlensiepen)
51	Physiotherapie für Geschwister nach einer pädiatrisch-onkologischen Erkrankung (J. Müller, M. Jung)

AUSLESE

59

59	Symptom-Screening bei Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen (AG Zertifizierung, D. Edler, M. Naegele, D. Wecht, B. Alt-Epping, B. van Oorschot)
----	---

KOK *pedia*

63	Studien (L. Rothmann, M. Ritter-Herschbach, P. Jahn)
65	Arzneimittel: Avelumab (J. Hellstern, M. Naegele)
67	Nebenwirkungen: Pneumonitis (C. Müller-Naendrup, N. Krätzer)

Kerstin Paradies

Sprecherin des Vorstands

paradies@kok-krebsgesellschaft.de



Vorstand **aktuell**

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,
sehr geehrte Leserschaft,

wir sind mitten im Sommer 2023 ... was sich so Sommer nennt. Viele Kolleginnen und Kollegen sind in ihrem wohlverdienten Jahresurlaub, um sich zu erholen, neue Eindrücke zu sammeln und mit der Familie und Freunden Zeit zu verbringen.

Die Situation im stationären und ambulanten Bereich hat sich leider nicht verbessert. Denn aktuelle Prognosen zeigen, dass sich die Fachkräftesituation auf dem deutschen Arbeitsmarkt gerade auch in unserem Bereich weiter verschärfen wird. Gleichzeitig wird die Arbeitsverdichtung insbesondere im Pflegedienst der Krankenhäuser immer spürbarer.

Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf lässt zudem vielfach zu wünschen übrig. Dies sind keine optimalen Voraussetzungen, um mehr Nachwuchs für den Pflegeberuf im stationären Bereich und Medizinische Fachangestellte für den ambulanten Bereich zu gewinnen und Personal längerfristig an die Einrichtungen/Praxen zu binden.

Weil aber eine hochwertige Versorgung unserer onkologischen Patienten ohne qualifiziertes Personal in ausreichender Zahl nicht zu sichern ist, sind dringend Konzepte gefragt, die die Herausforderungen der Arbeitsbedingungen aufgreifen. Voraussetzung ist auch eine sehr gute Fort- und Weiterbildung ... hier steht die KOK mit verschiedenen Kooperationspartnern im regen Austausch.

Wir müssen erreichen, dass wieder mehr Menschen gern in der Pflege ambulant und stationär arbeiten möchten.

Unsere Zeitschrift *Onkologische Pflege* ist mit vielen Autoren bemüht, aktuelle onkologische Themen – unter anderem zu

neuen Therapien, zum Nebenwirkungsmanagement u.v.m. – für Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen, aufzugreifen und vorzustellen, um Sie so auf den neusten Stand zu bringen. Wir wissen, dass die Zeit der Fortbildung neben Beruf und Familie öfter zu kurz kommt.

Wir werden ab Heft 4, also ab Dezember, eine neue Rubrik dazubekommen: KOKpedia Palliativ. Dieses Thema ist uns sehr wichtig, und auch von Ihnen, liebe Leserschaft, kam der Wunsch nach diesem Themenbereich öfters auf.

Es bleibt also spannend, und mir ist es jedes Mal eine große Freude, die aktuelle Zeitschrift mit den vielen Beiträgen in der Hand zu halten.

Wir hoffen, dass Sie auch in dieser Ausgabe wieder interessante und informative Artikel finden. Unser Ziel ist es, Ihnen einen Mehrwert zu bieten und Sie in Ihrer täglichen Arbeit zu unterstützen. Vielen Dank für Ihr Interesse – und viel Freude beim Lesen! Ich freue mich auch immer darüber, von Ihnen Feedback zu bekommen. Denn es ist Ihre Zeitschrift, die Sie mitgestalten.

Ich wünsche Ihnen einen schönen erholsamen (sonnigen) Restsommer.

Ihre



Kerstin Paradies

Johannes Bruns

Generalsekretär

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.

bruns@krebsgesellschaft.de



DKG aktuell

Patientinnen und Patienten durch Wissen unterstützen, ohne sie zu belehren

In diesem Heft geht es um das in den letzten Jahren kontinuierlich wichtiger werdende Thema der Patientenedukation und der professionellen Beratung. Ziel ist es, Patient:innen zu befähigen, ihre Gesundheit besser zu verstehen und aktiv an ihrer eigenen Pflege teilzunehmen. Beim Konzept der Patientenedukation geht man davon aus, dass durch die Bereitstellung relevanter Informationen, Schulungen und Ressourcen Betroffene lernen können, ihre Krankheit besser zu bewältigen, ihre Medikamente korrekt einzunehmen und gesunde Lebensgewohnheiten zu entwickeln – idealerweise ohne den sogenannten erhobenen Zeigefinger, der Zeichen eines unangemessenen Verständnisses des Begriffs „Edukation“ darstellt.

Ein gut informierter und gebildeter erkrankter Mensch kann bessere Entscheidungen über seine Gesundheit treffen und somit aktiv in den Behandlungsprozess eingebunden werden. In der Patientenbildung ist die Kommunikation zwischen medizinischem Fachpersonal und Patient:innen eine tragende Säule. Wichtig ist, Informationen auf eine verständliche und zugängliche Weise zu vermitteln, um sicherzustellen, dass Betroffene die notwendigen Informationen auch verstehen und akzeptieren können. Das kann durch die Verwendung einfacher Sprache, visueller Hilfsmittel oder sogar durch den Einsatz von Technologie erreicht werden.

Patientenbildung kann helfen, medizinische Fehler zu reduzieren. Sie kann zur Prävention von Krankheiten beitragen und befähigen, frühzeitig Anzeichen von Krankheiten zu erkennen und geeignete Maßnahmen zu ergreifen. Der Pflege kommt dabei eine wichtige Rolle zu, denn allein durch den häufigeren Kontakt zu den Betroffenen ergeben sich oft gute Gelegenheiten, Patient:innen dann anzusprechen, wenn sie durch praktisches Erleben eine höhere Aufnahmefähigkeit haben. Es sind aber nicht nur die Pflegenden, sondern auch Vertreter:innen der Ärzteschaft, Psychologie und Sozialarbeit in der Unterstützung der Patient:innen durch angemessene Vermittlung ihres Fachwissens gefragt.

Ihr

Dr. Johannes Bruns



© FrankHH - shutterstock.com

Denkimpuls

Eine Kolumne von Mirko Laux, Frankfurt am Main

„Nicht was wir erleben, sondern wie wir empfinden, was wir erleben, macht unser Schicksal aus“

(Maria von Ebner-Eschenbach)

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

wenn wir uns damit beschäftigen, wie wir Stress loswerden („Stress less“), dann geht das nur über eine ganz individuelle und offene Reflexion und Innenschau. Neben Stressoren, die von außen an mich treten (Ich gerate in Stress, wenn...), und den körperlichen Stressreaktionen (Wenn ich im Stress bin, dann...) kommen den individuellen Stressverstärkern (Ich setze mich selbst unter Stress, indem...) die größte Bedeutung zu. Warum? Weil Sie und ich an den Stressoren von außen meist kaum was verändern können. Aber die eigene Reaktion auf das Stresserleben, also wie ich auf den Stress von außen reagiere, das kann ich sehr wohl beeinflussen.

Weil das meist Prozesse sind, die unbewusst, fast automatisiert ablaufen (Autopilot), ist es wichtig, zu erkennen, welche stressverstärkenden Gedanken denn so zu uns gehören. Das betont auch die Stressforschung. Sind uns diese Gedanken bewusst und können wir sie erst einmal so stehen lassen (Akzeptanz), ohne uns dafür zu verurteilen (Nichtbewerten), verlieren sie langsam aber sicher, mit viel Übung, ihre stressverstärkende Wirkung.

Gert Kaluza spricht von stressverstärkenden Denkmustern. Das sind zu Beispiel das Hadern mit der Realität und das Nicht-wahrhaben-Wollen (Mensch, das gibt es doch gar nicht...), aber auch Negative-Konsequenzen-Denken, also das Ausmalen von unangenehmen Folgen (Dann gibt es wieder Stress mit der Leitung, wenn wir das nicht schaffen), oder alles zu persönlich nehmen (Immer muss ich alles übernehmen).

Er benennt fünf Stressverstärker, die wir alle in uns haben: den Wunsch nach Erfolg (Sei perfekt!), den Wunsch, von allen ge-

mocht zu werden (Sei beliebt!), keine Schwächen zeigen zu können bzw. dürfen (Sei unabhängig und stark!), den Wunsch, stets die Kontrolle zu behalten (Behalte die Kontrolle!) und das Durchhaltenwollen (Halte durch!).

Erkennen, Sie, liebe Leserinnen und Leser, Ihre eigenen Denkmuster wieder?

Das Bemerkte der eigenen stressverstärkenden Gedanken ist ein Lernprozess. Eine kurze Achtsamkeitsübung kann Ihnen dabei helfen. Sie nennt sich A-L-I:

A steht für Atmen

Nehmen Sie 2–3 bewusste tiefe Atemzüge, folgen Sie in Gedanken der Atemluft beim Ein- und Ausatmen durch den Körper.

L steht für Lächeln

Schenken Sie sich ein kleines Lächeln, es wird sofort in Glücksgefühle umgesetzt.

I steht für Innehalten oder Innenschau

Bemerkte Sie, welche stressverstärkenden Gedanken gerade aufkommen, ärgere Sie sich nicht über sich selbst, sondern freuen Sie sich, dass Ihnen die Gedanken diesmal bewusst geworden sind und Sie nicht automatisiert darauf reagieren.

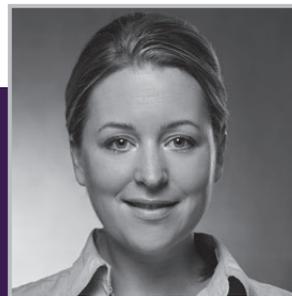
Beim nächsten Mal werde ich das Thema der stressverstärkenden Gefühle vertiefen.

Mein Rat: Werden Sie sich Ihrer Gedanken bewusst.

Ihr Mirko Laux

Lehrender und Lernender zum Thema Achtsamkeit und Meditation in der onkologischen Pflege

PORTRAIT



Katrin Bangha

Rechbergklinik, Bretten
katrin@bangha.de

Mein Name ist Katrin Bangha, ich bin 38 Jahre alt.

Ein Praktikum an der Rechbergklinik in Bretten während meiner Schulzeit bestärkte mich in der Entscheidung, eine Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin zu absolvieren. Mein Examen schloss ich 2005 an der Rechbergklinik in Bretten ab. Im Anschluss arbeitete ich direkt auf der 2005 gegründeten Palliativstation der Klinik und wollte mehr zum Thema Onkologie sowie Palliative Care erfahren. Im Jahr 2007 startete ich daher mit der Weiterbildung „Pflege in der Onkologie“ an der Akademie für medizinische Berufe am Universitätsklinikum Freiburg. Als Pflegefachkraft, Praxisanleiterin und Dozentin ist es mir ein großes Anliegen, immer die aktuellsten

evidenzbasierten Erkenntnisse in die tägliche Pflegepraxis zu integrieren, was mich dazu motivierte, Pflegewissenschaft an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität in Salzburg zu studieren. Das Studium der Pflegewissenschaft empfinde ich als eine große Bereicherung, da ich mein Wissen durch den unmittelbaren Praxisbezug gleichzeitig im Klinikbetrieb der Regionalen Kliniken Holding (RKH) und auch als Kursleiterin der Palliative-Care-Weiterbildung an der RKH-Akademie in Markgröningen einbringen und umsetzen kann. Die KOK war bereits während meiner Fachweiterbildung in Freiburg ein wichtiges Thema. Als Mitglied der KOK und der Schriftleitung liegt es mir am Herzen, die Pflege und Betreuung krebskranker Menschen stetig weiterzuentwickeln.

1 Seit wann interessieren Sie sich für die onkologische Pflege und was fasziniert Sie an diesem Thema?

Mit meiner Tätigkeit auf der Palliativstation und der Fachweiterbildung ist die onkologische Pflege aus meinem Tätigkeitsfeld nicht mehr wegzudenken. Es ist ein sehr vielfältiges Fachgebiet und erfordert spezielles pflegerisches Wissen auf sozialer, physischer, psychischer sowie spiritueller Ebene. Ich begegne Menschen in Grenz- und auch Ausnahmesituationen, die auf meine fachliche Expertise vertrauen.

2 Welche beruflichen Erfahrungen möchten Sie am wenigsten missen?

Meine Tätigkeit auf der Palliativstation und die Zusammenarbeit mit meinen wertschätzenden Kolleg:innen, denn die Arbeit in einem multidisziplinären Team ist nicht nur spannend, sondern auch bereichernd. Menschen in existenziellen Krisen begleiten und unterstützen zu können ist eine sehr wertvolle Tätigkeit, die mich zufrieden macht.

3 Was machen Sie am liebsten nach Dienstschluss oder an freien Tagen?

Nach Dienstschluss, egal ob Sommer oder Winter, setze ich mich am liebsten auf mein Fahrrad und genieße meinen Heimweg. Meine freien Tage verbringe ich in meinem Garten oder fahre ganz spontan für eine schöne Bergtour ins Allgäu.

4 Was möchten Sie neuen/jungen Kolleginnen und Kollegen im Bereich der onkologischen Pflege mit auf den Weg geben?

Wenn ich hier Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Jürgen Osterbrink zitieren darf: „Eine Hochleistungsmedizin braucht eine Hochleistungs-pflege.“ Das eine funktioniert nicht ohne das andere und umgekehrt. Die Weiterbildungsmöglichkeiten sind unbegrenzt und sollten uns Pflegenden dazu motivieren, die Zukunft der onkologischen und palliativen Pflege aktiv mitzugestalten.

Equinovo®

Die Verträglichkeit der
Krebsstandardtherapie signifikant
verbessern¹⁾

5 Was ist für Sie ein besonderer Tag, oder anderes gefragt: Wie muss ein Tag ablaufen, damit Sie zufrieden sind?

Ich sehe jeden Tag als ein besonderes Ereignis; es zählt für mich das HIER und JETZT! Ich begegne so vielen schwer erkrankten Menschen, deren Lebenszeit sich drastisch verkürzt hat, da kann ich nur dankbar und zufrieden sein, diesen auf irgendeine Art geholfen zu haben. So gestaltet sich im Prinzip jeder Tag als besonderer Tag.

6 Was wollten Sie schon immer gerne mal machen und haben es bisher nicht geschafft?

Ich wollte schon immer einmal die italienische und französische Sprache erlernen. Diese Sprachen inspirieren mich, aber die Zeit fehlte mir bisher, und um ehrlich zu sein, war der „innere Schweinehund“ manchmal auch etwas dominant.

7 Wie vereinbaren Sie Beruf und Privates/Familie?

Beruf und Privates kann ich gut miteinander vereinbaren. Ich trenne hier aber nicht strikt oder lasse nach der Klinik für alles zurück, sondern versuche, eine ausgeglichene Balance zu finden.

8 Sind Sie gerne unterwegs? Wenn ja, in welches Land würden Sie gerne reisen?

Ja, ich reise gerne. Als mein nächstes Urlaubsziel favorisiere ich Nazaré in Portugal. Diese unbändigen und gigantischen Wellen dort faszinieren mich und ich möchte sie live sehen.

9 Gibt es jemanden, den Sie unbedingt mal treffen möchten?

Die Pionierin der Hospiz- und Palliativbewegung Dame Cicely Saunders hätte ich gerne einmal getroffen. Ihr Lebenswerk begeistert mich und ich konnte viel durch sie lernen.

10 Auf welchen Internetseiten trifft man Sie am häufigsten?

Für ein regelmäßiges Wissens-Update stöbere ich häufig auf der Internetseite der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie.



Thieme
Praxis Report⁽⁺²⁾

Einnahmeempfehlungen	
Arthrotische Gelenksbeschwerden	Während Antihormontherapie, um die Schleimhaut zu aktivieren und zu stabilisieren
Hitzewallungen	Während Antihormontherapie
Schleimhauttrockenheit	Während Antihormontherapie
Erbrechen und Übelkeit	Während Chemo- und Strahlentherapie

1) Wedekind S.: Bedeutung komplementärmedizinischer Maßnahmen in der Onkologie, Strahlentherapie und Onkologie, Springer Medizin 12, 2016

2) Beuth J., Gynäkologische Onkologie Brustkrebs – Komplementärmedizinische Behandlung, Thieme Praxis Report 2016, 6, 8(6): 1-12

Equinovo®: Spezialkombination mit pflanzlichen Enzymen und lektinhaltigem Linsenextrakt, Selen und Vitamin B2.
Vertrieb: Kyberg Pharma Vertriebs-GmbH, Keltenring 8, 82041 Oberhaching



1x2/Tag

PZN-08820547 (50 Tabletten)
PZN-08820553 (150 Tabletten)

The Heart of Oncology Nursing

Rückblick auf den 22. Heidelberger Pflegekongress Onkologie

*Heute wird das Morgen gemacht
Deine Tat malt die Zukunft aus
Nutz fremde Rampen, um zu starten
Komm weiter gemeinsam
Auf Rüberleitern höher steigen wir
Im Team*
Herbert Grönemeyer, „Deine Hand“

„The Heart Of Oncology Nursing“ – unter diesem Motto stand der 22. Heidelberger Pflegekongress Onkologie vom 26. bis 28. Juni. Und tatsächlich ging es im Verlauf der beiden Tage auch immer wieder ans Herz. Los ging es mit Musik. Julian Pförtner, ein laut seiner Homepage (www.julianpfoertner.com), „ganz normaler Kerl, bis auf dass ich praktisch immer und überall Musik mache“, eröffnete den Kongress mit Songs zur Akustikgitarre.

Es folgte Alrun Sensmeyer, die den ersten Fachbeitrag über „die onkologische Pflege, wie sie uns am Herzen liegt“ präsentierte und das Video zum eingangs zitierten Song „Deine Hand“ von Herbert Grönemeyer zeigte. Die Zeilen dieses Songs drücken gut aus, worum es im Verlauf des Kongresses immer wieder ging: ein Wir-Gefühl in der onkologischen Pflege, Berufsstolz und ein Miteinander in einer Zeit, die häufig eher durch ein Gegeneinander geprägt ist.

Und noch etwas war, wie einer der Referenten sagte, „touchy“. Dieser 22. Heidelberger Pflegekongress Onkologie war der letzte, der unter der Leitung von Burkhard Lebert stand. Als Burkhard Lebert vor fast 30 Jahren mit vier Teilnehmerinnen als Kursleitung die Weiterbildung „Pflege des krebserkrankten,



Musikalische Begrüßung der Teilnehmenden
(© Uniklinikum Heidelberg)



Burkhard Lebert in Action – ein letztes Mal in dieser Funktion
(© Uniklinikum Heidelberg)

chronisch-kranken Menschen“ startete, hätte er sich sicher nicht träumen lassen, dass seine berufliche Laufbahn nach 25 Kursen der Weiterbildung und vor ca. 300 Besucherinnen und Besuchern im Hörsaal des Kommunikationszentrums des Deutschen Krebsforschungszentrums (dkfz) enden würde.

Wie der Einbezug von Musik ist es für durch Burkhard Lebert geprägte Veranstaltungen für Pflegende in der Onkologie typisch, dass auch Patientinnen und Patienten selbst zu Wort kommen. Bei diesem Kongress war es neben der lebendigen und dem Publikum sehr zugewandten Moderatorin Kathrin Spielvogel (www.healthspeakers.de) der stellvertretende Programmchef des SWR („DAS DING“) Max Lotter, der über seine „Reise durch die Chemotherapie“ berichtete. Sein Podcast „Land of Infusion“ ist in der ARD Audiothek und überall, wo es Podcasts gibt, verfügbar und schon aufgrund der sehr humorvollen Erzählweise hörensenswert. Für den Alltag aller Pflegenden hatte er fünf Botschaften im Gepäck, die ebenfalls das Miteinander in den Vordergrund rücken:

- Seien Sie meine Vertrauenspersonen.
- Nur gemeinsam schaffe ich das.
- Demaskieren Sie sich (kurz).
- Nehmen Sie mich mit (in Ihre Welt).
- Schöne Momente speichern.

Für viele der Besucherinnen und Besucher des Kongresses war es die erste Teilnahme an einem dieser Pflegekongresse. Immer wieder wurde dabei die Möglichkeit der Vernetzung und auch des Austauschs zu aktuellen Themen wie onkologische Pflegevisite, ethische Konflikte, interdisziplinäre Zusammen-

arbeit, Betreuung von Angehörigen, Aufgaben akademisierter Pflegekräfte, Work-Life-Balance oder Supportivmaßnahmen in der Praxis gelobt. Auch die Möglichkeit, im Rahmen der „Meistertage“ eigene Fachbeiträge präsentieren zu können, hat sich als Format sehr bewährt. So begann für Dr. Axel Doll und Dr. Anke Jähnke vor einigen Jahren in diesem Rahmen der Weg in eine wissenschaftliche Laufbahn, die in einer Promotion und nun in der Präsentation ihrer Doktorarbeiten im Rahmen des Kongresses mündete. Die qualitative Studie zum Erleben der Doppelrolle über „Pflegefachpersonen als pflegende Angehörige“ ist als Open-Access-Publikation frei zugänglich.

Bezüglich der zukünftigen Ausrichtung des Gesundheitswesens ging es auch kontrovers zu. Unstrittig sollte sein, dass die Expertise der onkologischen Fachpflege nicht nur in der stationären, sondern auch in der ambulanten Behandlung ihren Platz finden muss. Ein positives Beispiel präsentierte Bianca Reinhardt vom NCT des Universitätsklinikums Heidelberg, die auf die Funktion des Schutzengels und der Feuerwehr im Verlauf der ambulanten Therapie hinwies. Doch es gab auch kritische Stimmen, die darauf verwiesen, wie hoch die Anforderung sein wird, einen Weg im komplexen System der Zustän-

digkeiten von EU, Bund und Ländern und der jeweiligen spezialisierten Expertengruppen zu finden. Wichtig wird es sein, über Best-Practice-Beispiele Lösungen aufzuzeigen. Im Verlauf des Kongresses stellte Marion Bauer den Interdisziplinären Konsil- und Visitedienst der Universitätsmedizin Mannheim, Najib Ben Taher für das Markus Krankenhaus Frankfurt zeigte Ansätze aus der Perspektive der pflegerischen Leitung.

Es wird eine Aufgabe bleiben, die Motivation Pflegender auch in Zukunft hochzuhalten. Diesbezüglich wurden Konzepte auf der Grundlage der Pflegepädagogik von Jörn Gattermann („Systemisches Denken“), Mirko Laux („Achtsamkeit“) und Cordula Hübner („Anerkennung“) präsentiert. Und es wurden Preise verliehen: zum einen für viele Teams, die sich als „Deutschlands Onko-Team 2023“ mit einem Videobeitrag beworben hatten, und für Burkhard Lebert, der für sein Wirken im Bereich der onkologischen Pflege den Pia-Bauer-Preis der KOK erhalten hat (siehe separate Beiträge). ■

Jörn Gattermann
joern.gattermann@gesundheitsnord.de

Interview mit Burkhard Lebert mit Blick auf die Entwicklung von fast 30 Jahren „Fachpflege für Onkologie“

Jörn Gattermann: Lieber Burkhard, nun liegt der letzte von vielen Kongressen hinter dir. Wie fühlt sich das mit etwas Abstand an?

Burkhard Lebert: Gut fühlt es sich an! Im Vorfeld ist es eher stressig, dieses Jahr noch einmal mehr, weil ich meine Arbeitszeit schon reduziert hatte. Letztlich hat der Kongress aber alle Erwartungen, die ich vorher hatte, noch übertroffen. Wirklich schön war es auch, dass viele neue Kolleginnen und Kollegen das erste Mal da waren.

JG: Ich habe auch wirklich nur Positives gehört. Und das ist ja vor allem im Blick auf die jungen Leute wichtig, von denen wir uns erhoffen, dass sie der onkologischen Pflege lange erhalten bleiben.

BL: In diesem Jahr waren auch alle Referentinnen und Referenten aus der Pflege. Viele kenne ich schon seit Jahren – entweder als Kolleginnen und Kollegen oder als frühere Teilnehmende der Weiterbildung. So waren die Beiträge sehr praxisnah.

JG: Wenn du nun auf fast 30 Jahre onkologische Pflege zurückblickst, wo stehen wir da heute? Hast du hin und wieder eine Perspektive wie „Früher war es besser“?

BL: Ich will das gar nicht bewerten. Es war halt anders. Wir sind mittlerweile als Bestandteil der onkologischen Versorgung nicht mehr wegzudenken. Mir war es immer wichtig, dass unsere Veranstaltung im Hörsaal des DKFZ-Kommunikationszentrums stattfindet. Da musste ich immer sehr drum kämpfen, denn da



sprechen ansonsten ja Wissenschaftler aus der ganzen Welt. Letztlich ist das aber alles Teamwork.

JG: Was ja auch ein zentrales Thema des Kongresses ist, einschließlich der Ehrungen für die Onko-Teams.

BL: Ja, in diesem Jahr haben wir auf dem Kongress erstmals Videos gezeigt, die von den Teams eingereicht wurden. Und die waren so toll, dass eigentlich alle einen Preis verdient hätten. Die Idee der Auszeichnung geht auf einen früheren Kongress zurück, in dem es um Teamarbeit ging.

JG: Auf eurer Homepage gibt es Rückblicke auf die Kongresse vergangener Jahre. Man kann sagen, die jeweiligen Kongressitel erzählen die Geschichte unseres Berufsbildes, oder?



BL: Ja, ich habe das nun noch einmal rausgesucht. Mein erster Kurs der Weiterbildung war noch ein sehr kleiner Kurs und ich habe mir damals gesagt: „Burkhard, du musst Öffentlichkeitsarbeit machen!“ Das war die Idee für das Krebskrankenpflegesymposium 1997. Wir waren dann mit den Themen immer sehr am Puls der Zeit. Interessant finde ich zum Beispiel, dass wir damals von Krebskrankenpflege als berührend, bewegend, begleitend und belastend gesprochen haben. Von beratend war noch gar nicht die Rede. Themen waren unter anderem Kinästhetik, basale Stimulation oder erste komplementäre Ansätze.

In meinem zweiten Symposium 1999 haben wir über die Bausteine zum Erfolg einer Krebstherapie gesprochen und wie wir als Pflegenden einen Beitrag leisten. In der Zeit war Palliative Care noch gar nicht richtig im Blick.

JG: Aber es ging langsam los mit dem Aufbau von stationären Hospizen und Palliativstationen. Ich erzähle zum Beispiel gerne, wie ich an meinem ersten Arbeitstag als Krankenpfleger im Hospiz ein Wäscheregal aufgebaut habe, weil noch keine Gäste da waren.

BL: 2001 habe ich dem Kongress den Titel gegeben „Leben bis zuletzt – Herausforderungen für die Pflege“. Zu dieser Zeit gab es noch keine Palliativstationen an Unikliniken und es wurde viel darüber diskutiert, wie der Palliative-Care-Gedanke nicht nur in Hospizen und auf Palliativstationen gelebt wird, sondern auch auf onkologischen Stationen in der Klinik. 2003 dann das Motto „Krebskrankenpflege – eine Frage der Zeit oder eine Zeitfrage?“ Es ging nicht nur um die begrenzte Lebenszeit an Krebs erkrankter Menschen, sondern auch darum, dass Pflegenden immer weniger Zeit für diese Menschen haben.

JG: Ein schöner Titel – auch heute noch. In der Zeit wurde der ökonomische Druck im Gesundheitswesen verschärft.

BL: Ja, es wurde zunehmend gemanagt. Beim Symposium 2005 unter dem Motto „Pflegenden als Manager für Krebspatienten und den steinigen Weg zu einem neuen Verständnis von Pflege“ wurden auch pflegerische Interventionen zunehmend gemanagt, beispielsweise Entlassungsmanagement, Schmerzmanagement etc. ...

JG: Und da kam dann die Beratung, oder? Es gab in der Zeit auch das damalige Berufsgesetz und den Begriff der Gesundheitspflege.

BL: Richtig, das kam dann Schritt für Schritt. Und wir haben uns 2007 gefragt, was wir als Pflegenden können, sollen und dürfen. Hier ging es um die Delegation und vorbehaltliche Tätigkeiten der Pflege.

JG: Und wir haben 20 Jahre KOK gefeiert. Ich erinnere mich gut. Wie ging es 2009 weiter?

BL: Wir haben in den Blick genommen, dass onkologische Patienten immer älter werden, und über Lebensphasen gespro-

chen. Und 2011 kam es dann zu der Idee mit der Teamarbeit und der Preisverleihung für das Onko-Team. Ich wünsche mir sehr, dass es damit weitergeht. Für die Teams liegt in der Erarbeitung eines Beitrags eine Chance, gemeinsam zu überlegen, was die Zusammenarbeit ausmacht.

JG: 2013 ging es um Assessments. Du hattest ein kleines Rollenspiel als Richter und musstest mit einem Hämmerchen entscheiden, ob wir Risikoskalen brauchen oder nicht.

BL: Ja, ich bin damals ins Landgericht gefahren, um mir eine Robe auszuleihen. Die fanden die Idee richtig gut und haben uns sofort unterstützt. Damals war auch der PKMS (Pflegekomplexmaßnahmen-Score) gerade neu und ich habe eine kontroverse Debatte in das Kommunikationszentrum gezaubert.

JG: Was für ein historischer Blödsinn! Gut, dass das wieder abgeschafft wurde. Es ging dann 2015 weiter mit ...?

BL: ... Pflegenden im Spannungsfeld zwischen Wertschätzung und Stolz. Zum Glück wurde in dieser Zeit die Höhergruppierung für die Fachweitergebildeten erreicht. Die Verantwortung der Pflegenden wurde endlich honoriert und das Rollenbild entwickelte sich weiter. Zum Beispiel auch in Tumorkonferenzen, und so waren wir 2017 bei einem Kongress mit dem Titel „Von Fall zu Fall“.

JG: Und bei dem Kongress, der für dich der vorletzte wurde, hatte sich dann welches Thema ergeben? 2021 war ja erzwungenermaßen eine Pause.

BL: Da sind wir auf Krebs als chronische Erkrankung eingegangen. Die Survivor-Welle kam sehr stark auf und wir haben unter anderem über Themen wie Hoffnung, Humor, aber auch Krebs als Armutsrisiko gesprochen. Oder über Epidemiologie – da waren wir der Coronazeit, als dieser Begriff allgegenwärtig wurde, quasi ein bisschen voraus.

JG: Das ist wirklich beeindruckend, wie sich da ein Thema ins andere fügt. Wie geht es mit dem Kongress jetzt weiter?

BL: In zwei Jahren könnte sicher das Thema Digitalisierung in der onkologischen Pflege anstehen, aber das muss meine Nachfolgerin entscheiden. Zumindest wird es diese Kongresse auch weiterhin geben.

JG: Bist Du dann komplett raus? Du warst lange auch im Bereich der Selbsthilfe aktiv.

BL: Ja, ich war auf verschiedenen Ebenen der Onkologie unterwegs, als Pflegenden, als Pädagoge, als Patient und als Vorstandsmitglied einer der größten Krebs-Selbsthilfeorganisationen Deutschlands. Wie es bei mir weitergeht, das wird man sehen. Ich freue mich sehr auf die Dinge, die ich gerne mache und für die bislang häufig zu wenig Zeit war: Singen, Tanzen, Wandern, im Wohnmobil unterwegs sein.

JG: Vielleicht kommst du ja dann mal nach Bremen. Ich würde mich freuen. Ganz herzlichen Dank für das schöne Gespräch. ■

Deutschlands Onko-Teams 2023

Die Konferenz Onkologischer Krankenpflege (KOK) in der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. und der Krebsverband Baden-Württemberg e.V. haben anlässlich des 22. Heidelberger Pflegekongresses Onkologie die Auszeichnung „Deutschlands Onko-Team 2023“ verliehen. Der Preis würdigt die Arbeit und das Engagement in der Betreuung und Pflege krebskranker Menschen. Er soll dazu motivieren, die Kriterien erfolgreicher Zusammenarbeit zu erkennen und zu schätzen.

Die Jury bestand aus Vorstandsmitgliedern der KOK, des Krebsverbandes Baden-Württemberg und einer Patientenorganisation. Patientenorientierung, Engagement und Qualität der Zusammenarbeit waren die Bewertungskriterien.

13 Teams haben sich mit einem einseitigen Text, einem Foto ihres Teams und einem Videoclip beworben. Die Jury war beeindruckt von der Qualität der Bewerbungen und hatte Mühe, eine Auswahl zu treffen. Sie entschied daher, den 1. Preis (Urkunde und 500 EURO) dreifach und den 2. Preis (Urkunde und 200 EURO) zweifach zu vergeben.

Die Vorstände der KOK und des Krebsverbandes Baden-Württemberg bedanken sich bei allen, die sich beworben haben, und wünschen den Teams, die dieses Mal nicht gewonnen haben, weiterhin einen guten Teamgeist und erfüllendes Arbeiten in der onkologischen Pflege.

Deutschlands Onko-Teams 2023 sind:

1. Plätze

Team der Station 205 B der Evangelischen Lungenklinik, Johannesstift Diakonie, Berlin

Onkologische Pflege des onkologischen Zentrums im Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer

Pflegeteam der Klinik für Innere Medizin IV – Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin im Sophien- und Hufeland-Klinikum, Weimar

2. Plätze

Onkologische Pflege des Onkologischen Zentrums des Universitätsklinikum Magdeburg

Onko-Pflegeteam der Hämatologie und Onkologie im Brüderkrankenhaus St. Josef, Paderborn

Die Videoclips der Teams können auf der Website der KOK angeschaut werden: <https://www.kok-krebsgesellschaft.de/termine/ausschreibungen/deutschlands-onko-team-2023/> ■

Daniel Wecht
wecht@kok-krebsgesellschaft.de



Preisverleihung an die Siegerteams durch Daniel Wecht vom KOK-Vorstand und Ulrika Gebhardt vom Krebsverband Baden-Württemberg (von rechts) (© Universitätsklinikum Heidelberg)

Burkhard Lebert erhält Pia-Bauer-Preis für sein Lebenswerk

Burkhard Lebert wurde im Rahmen der Grußworte zu Beginn des 22. Heidelberger Pflegekongresses Onkologie mit dem Pia-Bauer-Preis der KOK für sein Lebenswerk ausgezeichnet. Kerstin Paradies, Vorstandssprecherin der KOK, überreichte eine Urkunde und ein Preisgeld in Höhe von 500 Euro (siehe Foto). Burkhard Lebert hat sich nicht nur im Rahmen seiner Lehrtä-

tigkeit an der Akademie für Gesundheitsberufe in Heidelberg, sondern auch durch vielfältige Aktivitäten innerhalb der KOK wie z. B. Vorstandsarbeit, Kongressvorträge, Veröffentlichungen oder Mitarbeit in Arbeitsgruppen der KOK um die onkologische Pflege und die Verbesserung der Versorgung onkologischer Patient:innen verdient gemacht.



Hintergrundinfo

Pia Bauer (1871–1954) war eine deutsche Krankenschwester und Pionierin der onkologischen Pflege. Ihre Ausbildung zur Krankenschwester begann sie am 1.10.1896 im Karlsruher Mutterhaus der Schwesternschaft des Roten Kreuzes. 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. Pia Bauer gehörte damit zu den ers-

ten 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 Pflegeschülerinnen 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 ihrer Heidelberger Wohnung. ■

Daniel Wecht
wecht@kok-krebsgesellschaft.de



Symptom-Screening bei Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen

Erkenntnisse aus dem KeSba-Projekt

Einleitung

In den Vorgaben für Organkrebs- und Onkologische Zentren, die von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert sind, erscheint vermehrt die Anforderung nach gezielten Screenings, die den Bedarf für spezialisierte supportive Dienste erfassen und die Patient:innen dorthin weiterleiten sollen. So wurde zuletzt beispielsweise in der Sitzung der Zertifizierungskommission für Onkologische Zentren 2021 durch die Arbeitsgemeinschaft Palliativmedizin (APM) der DKG eine Kennzahl zur möglichst häufigen Symptomerfassung mit der Integrated Palliative Outcome Scale (IPOS) oder dem Minimalen Dokumentationssystem (MIDOS) bei verschiedenen Patientengruppen mit fortgeschrittener Krebserkrankung eingereicht (Krug et al. 2023). Die Vielzahl von möglichen und sinnvollen Screenings neben MIDOS und IPOS (z. B. Distress-Thermometer, geriatrisches Assessment, Ernährungs-Assessment) (Mehler-Klamm et al. 2022) scheitern häufig an fehlenden technischen und personellen Ressourcen (Roch et al. 2021). Zudem sind Redundanzen und Mehrfacherhebungen möglich, vor allem von physischen Symptomen, wenn mehrere Erfassungsinstrumente bei einem umfangreichen Assessment gleichzeitig eingesetzt werden.

Häufig gar nicht oder zu wenig abgebildet ist in diesem Zusammenhang all das, was Pflege im Rahmen des Pflegeprozesses als Assessment z. B. von Symptomen erfasst. Dieses Erfassen stellt eine Kernaufgabe onkologischer Pflege dar. Im Rahmen der Zertifizierungsanforderungen der DKG werden die patient:innenbezogenen Aufgaben onkologischer Fachpflege anhand des Pflegeprozesses genau beschrieben. Hierzu gehören unter anderem das fachbezogene Assessment von Symptomen, Nebenwirkungen und Belastungen, um daraus die notwendigen pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen und den individuellen Beratungsbedarf der Patient:innen abzuleiten. Eine pflegerische Beratung würde dann strukturiert und kontinuierlich über den gesamten Krankheitsverlauf angeboten werden (Deutsche Krebsgesellschaft und Deutsche Krebshilfe 2021). Dieses Vorgehen prädestiniert onkologische Fachpflege zur Durchführung genannter Screenings im Rahmen eines pflegerischen Beratungsangebots, z. B. in einer Pflegesprechstunde. Aufgrund der langjährigen Erfahrung der onkologischen Pflege mit Screenings und Assessments und ihrer Nähe zu den Patient:innen in allen Krankheitsphasen sind onkologische Fachpflegekräfte in der idealen Position, den interprofessionellen Prozess zu steuern. Aus diesen Überlegungen heraus hat die Zertifizierungs-AG der KOK beschlossen, am KeSba-Projekt teilzunehmen.



AG Zertifizierung

Daniel Edler¹, Matthias Naegele², Daniel Wecht³, Bernd Alt-Epping⁴, Birgitt van Oorschot⁵

für die Zertifizierungs-AG der KOK

¹Abteilung Qualitätsmanagement Pflege, onkologische Fachpflege, Klinikum St. Georg, Leipzig, ²Entwicklung und Qualitätsmanagement Pflege, Netzwerk Onkologie, Kantonsspital St. Gallen, ³Weiterbildungsstätte für Pflege in der Onkologie, Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Marburg, ⁴Klinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Heidelberg, ⁵Interdisziplinäres Zentrum Palliativmedizin Uniklinik Würzburg



Was ist das KeSba-Projekt?

KeSba steht für „Kennzahl Symptom- und Bedarfserfassung“. Das Projekt wurde 2021 aus der oben genannten Sitzung der Zertifizierungskommission für Onkologische Zentren durch die APM mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) ins Leben gerufen und vom Interdisziplinären Zentrum Palliativmedizin des Uniklinikums Würzburg koordiniert (Para et al. 2022). Die Zertifizierungs-AG der KOK war in den gesamten Prozess eingebunden. Ziel von KeSba war, die Machbarkeit sowie Barrieren und Herausforderungen bei der Implementierung eines systematischen Symptom-Screenings palliativer Patienten mit MIDOS oder IPOS zu erheben. Hierzu wurde zunächst in einer Pilotphase untersucht, in welchem Umfang das Symptom- und Belastungsscreening bei den teilnehmenden Zentren vor Start der Pilotphase bereits umgesetzt war (Krug et al. 2023). In einer anschließenden 3-monatigen Screeningphase erhoben die teilnehmenden Zentren Symptome und Belastungen mittels MIDOS oder IPOS. Die Entscheidung, welches Instrument zum Screening verwendet werden sollte, sowie über die technische Umsetzung (Papier oder digital) und den Einbezug anderer Professionen außerhalb der Palliativmedizin (z. B. onkologische Fachpflege) trafen die Zentren vor Ort (Para et al. 2022).

An der Pilotierungsphase nahmen insgesamt 43 zertifizierte Organkrebszentren teil, bei 36 bestand bereits ein Symptom- und Belastungsscreening. Pflege/onkologische Fachpflege war in die Erfassung von Symptomen und Belastungen an 13/15 Zentren eingebunden, in die Erhebung von psychischen Belastungen an 19/15 und in die Risikoermittlung Mangelernährung an 17/12. Mehrfachnennungen waren möglich (Krug et al. 2023).

An der 3-monatigen Erhebungsphase nahmen noch 29 Zentren teil. Das Screening fand an 24 Zentren mit der Beteiligung der onkologischen Fachpflege statt. An 7 Zentren wurde ausschließlich durch die onkologische Fachpflege gescreent. Die Kombination aus einem Symptomscreening (IPOS/MIDOS) und einem weiteren Screeninginstrument, zumeist für psychosoziale Probleme, wurden an 16 der 29 Zentren gewählt. 2 weitere Zentren kombinierten 3 Screeninginstrumente miteinander.

Die Ausbildung der durchführenden Fachkräfte fand in 10 Zentren durch Ärzte, in 2 Zentren durch Pflegekräfte und in 10 weiteren Zentren durch andere Berufsgruppen oder im Team statt. Methoden der Ausbildung waren hier in absteigender Anzahl: das Anlernen durch Zeigen (10), durch Handouts (4) und durch Ausbildungskurse (4). Die Auswertung der Erhebungen erfolgte in 2 Zentren ausschließlich durch die onkologische Fachpflege, in 3 Zentren durch die palliative Fachpflege, mitsamt anderen Spezialist:innen und in den restlichen Zentren durch ärztliches und/oder anderes Personal. 1255 der insgesamt 2129 verwertbaren Screeningergebnisse wurden als positiv gewertet. 834 Ergebnisse waren aufgrund der Unvollständigkeit nicht auswertbar. 1586 Patienten erfuhren eine therapeutische Konsequenz nach auffälligem Screening. Bei 543 Patienten

wurde eine Konsequenz nicht notiert. Die ergebnisbedingte Kontaktaufnahme durch einen spezialisierten Palliativdienst geschah bei 452 Patienten, 458 Patienten wurden weiterhin in der onkologischen Standardversorgung betreut und 29 Patienten wurden als positiv gezählt, lehnten jedoch weitere Konsequenzen ab. In einer abschließenden Feedbackrunde des Projekts gab der Großteil der beteiligten Zentren eine verbesserte Kommunikation entweder innerhalb des Krankenhauses oder innerhalb des KeSba-Teams an. In 5 Zentren äußerten sich die Patient:innen positiv zu dem Projekt und in 4 Zentren konnte das Bewusstsein für die Beschwerdeerhebung und die palliative Kompetenz gesteigert werden.

In absteigender Anzahl der Bewertungen von den Zentren wurden folgende Merkmale mit der Möglichkeit der Mehrfachnennung als beeinträchtigend gewertet: Ressourcenknappheit während der Erhebung (16), Zielgruppenverfehlung (9), Mangel an IT-Unterstützung (7), Konsequenzenlosigkeit (4) und weitere (insgesamt 4) (Braulke et al. 2023).

Die Rolle der onkologischen Fachpflege im KeSba-Projekt

Im Rahmen eines Arbeitsgruppentreffens nach Abschluss der Erhebungsphase wurde unter 26 Vertreter:innen der KeSba-Zentren die Rolle der onkologischen Pflege diskutiert und protokolliert. Die folgenden Hindernisse und Empfehlungen stammen aus diesem Protokoll. Es zeigten sich verschiedene hindernde Faktoren bei der Durchführung der Screenings:

- IT-Defizite: Es kam zu parallelen Dokumentationen auf Papier und digital. So wurde z. B. berichtet, dass die Routinedokumentation der pflegerischen Symptomerfassung elektronisch im Klinikinformationssystem (KIS) erfasst wurde, MIDOS/IPOS aber nicht integriert war und in der Papierversion genutzt werden musste. Dies führte zu einem Zusatzaufwand durch händische Eingabe in die Tumordokumentation.
- Wer soll gescreent werden? Hier traten Unklarheiten und Widersprüchlichkeiten bzgl. der zu screenenden Patienten und der Zuständigkeit der spezialisierten Palliativmedizin bei Patienten mit positivem Screeningergebnis auf, die aber einen kurativen Therapieansatz hatten, z. B. oligometastasierte Patienten unter kurativer Therapie lokal fortgeschrittener Tumoren, die noch keine Fernmetastasen aufwiesen. Zudem führten fehlerhafte oder nicht aktuelle Dokumentationen von Tumorboard-Entscheidungen als Basis zur Identifikation zu screenender Patienten zu Frustration, z. B. unzureichende oder falsche Dokumentation der (palliativen) Therapieintention.
- Immer wieder traten Vorbehalte gegenüber palliativmedizinischen Fragebögen auf, z. B. infolge der Gleichsetzung von „palliativ“ mit „Lebensende“ bei Ärzt:innen und/oder auch Patient:innen. Es gab wenig positive Assoziationen mit der Erhebung durch die Beantwortung der Fragen.

Zusammenfassung und Schlüsselwörter	Summary and Keywords
KeSba-Projekt: Symptom-Screening bei Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen	Screening, Symptome, onkologische Fachpflege
Im Rahmen des KeSba-Projekts (Kennzahl Symptom- und Bedarfserfassung) wurde über einen Zeitraum von 3 Monaten die Machbarkeit eines Routinescreenings bei Palliativpatienten mittels IPOS oder MIDOS getestet. In diesem Beitrag werden die Erkenntnisse für eine Durchführung dieser palliativen Screenings durch onkologische Fachpflege diskutiert.	In the KeSba project, the feasibility of routine screening using IPOS or MIDOS in palliative patients was tested over a period of 3 months. The findings about this screening done by specialized oncology nurses are discussed in this article.
Screening • Symptome • onkologische Fachpflege	screening • symptoms • specialized oncology nurses

- Eine ausbleibende ärztliche Konsilanforderung bei auffällig gescreenten Patienten oder bei explizitem Patientenwunsch.
- Durch die Begrenzung der Zuständigkeiten der onkologischen Fachpflege auf stationäre Patienten waren ambulante oder tagesstationäre Patienten für das Screening schwerer erreichbar.

Im Gruppengespräch wurde eine Vielzahl von fördernden Aspekten und unterstützenden Interventionen diskutiert, die im Folgenden in der Reihenfolge der eben genannten hindernenden Faktoren vorgestellt werden.

Die Integration neuer Fragebögen ins KIS braucht Vorlaufzeit und nimmt IT-Ressourcen in Anspruch. Die Corona-Erfahrungen belegen sowohl den Optimierungsbedarf als auch die Leistungsfähigkeit der Medizininformatik in Krisenzeiten. Neben den angesprochenen Problemen bietet diese Situation auch die Chance, die Erfahrungen der Pilotierungsphase bei der späteren digital gestützten Umsetzung zu berücksichtigen. Die Möglichkeit eines aus KeSba resultierenden Folgeprojekts zur Erstellung eines digitalen multiprofessionellen Screenings wird diskutiert. Kliniken, die aktuell noch papierbasiert dokumentieren, sollten die Chance nutzen und jetzt unkompliziert MIDOS oder IPOS ergänzen und die von allen Beteiligten angestrebte digital gestützte Erhebung im Rahmen der erwarteten elektronischen Patientenakte aus der Routine heraus umsetzen.

Das Tumorboard wird von allen Beteiligten als wesentliche Schaltstelle für die Patientenversorgung verstanden. Allerdings stellt die Tumorboard-basierte Identifikation der zu screenenden Patienten die onkologische Pflege auch vor neue Herausforderungen. Aus mehreren Zentren wurden gute Erfahrungen mit der Teilnahme der onkologischen Fachpflege an den Tumorkonferenzen berichtet. Unklarheiten können im Gespräch geklärt werden, die Zusammenarbeit in der Tumorkonferenz verbessert die multiprofessionelle Patientenversorgung und die Zusammenarbeit erleichtert die Initiierung pflegerischer Beratungsgespräche (Bildung eines „Therapie-Teams“). Um keine Patienten mit potenziellem Bedarf an Palliativversorgung zu übersehen, ist es möglicherweise sinnvoll, das Screening nicht auf Palliativpatient:innen einzuschränken. Einige KeSba-Zentren verzichten auf eine Vorselektion und screenen alle Tumorpatienten mit MIDOS oder IPOS, z. B. im Rahmen der Pflegeanamnese bei stationärer Aufnahme oder in Wartebereichen von Therapieambulanz, teilweise auch in Kombination mit einem psychoonkologischen Belastungsscreening. Darunter finden sich sowohl Zentren, in denen MIDOS oder IPOS bereits vor der Pilotphase in ein routinemäßiges Symptom- und Belastungsscreening integriert war, als auch Zentren, die das Screening neu implementieren und ohne Vorselektion allen Krebspatient:innen das MIDOS/IPOS-Screening anbieten wollen.

Die Teilnehmenden schlugen vor, den berichteten Vorbehalten gegenüber den beiden palliativmedizinischen Fragebögen mit

Information und Schulungen zu begegnen. Es bedarf offensichtlich noch weiterer Überzeugungsarbeit in Bezug auf den Nutzen regelmäßiger patientenberichteter Symptom- und Belastungserfassungen und auch hinsichtlich der Sinnhaftigkeit der Frühintegration palliativer Ansätze. In den palliativmedizinischen Fragebögen werden breit angelegt allgemeine Symptome und Belastungen erfasst, sodass die Akzeptanz durch Verzicht auf den Terminus „palliativ“ auf dem Fragebogen und eine motivierende Einleitung mit dem Verweis auf die Freiwilligkeit der Erhebung gefördert werden könnte. Patient:innen nehmen die Erhebung von PROMs (Patient-Reported Outcome Measures) zum Teil als Chance wahr. Für die Symptom- und Belastungserfassung bei sehr schwachen oder kognitiv eingeschränkten Krebspatienten sollte eine unterstützte Erfassung oder auch die Fremdeinschätzung möglich sein.

Die Zuständigkeiten für den Einbezug der spezialisierten Palliativversorgung (SPV) wurden ausführlich diskutiert. Aus der Literatur ist bekannt, dass eine arztgetriggerte Zuweisung zur SPV u. a. auch vom Wissen und der palliativmedizinischen Blickrichtung des Arztes abhängt. Insofern sind die beschriebenen Probleme nicht unerwartet. Zum alternativen Vorgehen, d. h. zum Einbezug der SPV nach (Konsil-)Anforderung durch die onkologische Fachpflege, gab es unterschiedliche Rückmeldungen aus den Zentren und Expertenmeinungen. Während eine Konsilanforderung für die Psychoonkologie bei Screening-positiven Patienten durch die onkologische Fachpflege seitens der behandelnden Ärzt:innen in der Regel gut akzeptiert und auch von den anwesenden Expert:innen unterstützt wird, wird die analoge Konsilanforderung für die Palliativmedizin durch die Pflegenden selbst kontrovers beurteilt. Die kritische Haltung wird damit begründet, dass weitere medizinische Fachdisziplinen nicht ohne die übliche ärztliche Indikation in die Behandlung einbezogen werden sollten. Vor diesem Hintergrund wurde auch der automatisierte Einbezug der spezialisierten Palliativmedizin bei positiv gescreenten Patienten im Rahmen eines digital gestützten Vorgehens kontrovers diskutiert. Es bestand Konsens, dass die behandelnden Onkolog:innen niedrigschwellig Zugang zu den Screeningergebnissen haben sollten (z. B. analog zu Laborwerten mit Hervorhebung auffälliger Befunde). In einem Viertel der Zentren, in denen die onkologische Fachpflege das Screening durchführte und auch auswertete, ist der konsiliarische Einbezug der Palliativmedizin bei Patient:innen unter palliativer Systemtherapie oder nach Therapiezielbestimmung „Best Supportive Care“ z. B. im Tumorboard ohne weitere Rücksprache mit dem verantwortlichen Onkologen üblich.

Ein weiterer intensiv diskutierter Punkt war die Frage, inwieweit die Kontaktaufnahme der spezialisierten Palliativmedizin mit den positiv gescreenten Patient:innen deren Einverständnis erfordert. Wenn Palliativmedizin in das Behandlungsteam integriert ist, reicht vermutlich – analog zur üblichen Praxis beim Einbezug weiterer medizinischer Fachdisziplinen – die



Vorabinformation der Patienten, um Überraschungen zu vermeiden. Wenn die SPV als externer Partner hinzugezogen wird, ist das Patienteneinverständnis höher zu gewichten. Darüber hinaus ist aus psychoonkologischen Studien bekannt, dass viele Patienten mit Unterstützungsbedarf gemäß Screening keinen Unterstützungswunsch haben. Insofern ist es möglicherweise sinnvoll, das MIDOS/IPOS-Screening mit einer Frage nach „mehr Informationen zu ...“, dem „Beratungswunsch“ oder dem „Einverständnis mit der Kontaktaufnahme“ zu verknüpfen. Um Patienten ohne positives Screening den Zugang zur spezialisierten Palliativversorgung (oder anderen Supportivangeboten) ebenfalls zu ermöglichen, sollte der Unterstützungswunsch zusätzlich im Screening abgefragt werden. Dazu wurde die Nutzung der ggf. abzuwandelnden Frage „Wünschen Sie unabhängig von Ihren Belastungen Kontakt mit der Psychoonkologie?“ vorgeschlagen. Die Erfahrung zeigt, dass es sinnvoll ist, bei der Beantwortung niedrigschwellig nur die „Ja-Option“ anzubieten, die angekreuzt oder offengelassen werden kann.

Aus einzelnen Zentren wurde berichtet, dass ambulante oder tages-/teilstationäre Patienten des Zentrums keinen Zugang zu der Symptom- und Belastungserfassung haben, weil die onkologische Fachpflege nur im stationären Setting in die Patientenversorgung einbezogen ist. Mögliche Lösungsansätze – neben der Ausweitung des Tätigkeitsfeldes der onkologischen Fachpflege – sind der Einbezug weiterer Berufsgruppen für das außerklinische Screening bzw. der Postversand sowie perspektivisch die Nutzung von Apps auf eigenen elektronischen Endgeräten. ■

Interessenkonflikt

Die Autor:innen geben an, keine Interessenkonflikte zu haben.

Literatur

- Braulke F, Para S, Alt-Epping B et al. (2023) Systematic symptom screening in patients with advanced cancer treated in certified oncology centers: results of the prospective multicenter German KeSba project. *J Cancer Res Clin Oncol*. <https://doi.org/10.1007/s00432-023-04818-8>
- Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe (2021) Erhebungsbogen für Onkologische Spitzenzentren und Onkologische Zentren. <https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html>
- Edler D, Boehm A, Nennemann A et al. (2022) Implementierung eines Symptom- und Belastungsscreenings bei Kopf-Hals-Tumor-Patient*innen – ein Erfahrungsbericht. *Onkologie*. <https://doi.org/10.1007/s00761-022-01264-y>
- Gerlach C, Ratjen I, Brandt J et al., KeSba-Projektzentren (2023) Kennzahl Symptom- und Bedarfserfassung in der Hämatologie – Beobachtungen aus der Praxis. *Onkologie* 29(4):351–357. <https://doi.org/10.1007/s00761-023-01322-z>
- Krug U, Para S, Letsch A et al. (2023) Symptom- und Belastungsscreening bei Patienten mit inkurabler Erkrankung. *Onkologie* 29:237–245. <https://doi.org/10.1007/s00761-023-01301-4>
- Mehler-Klamt AC, Naegele M, Lippach K (2022) Assessments im pflegerischen Erstgespräch – Ausgangspunkt für interprofessionelle Zusammenarbeit in der Onkologie. *Onkologie* 28:1111–1116. <https://doi.org/10.1007/s00761-022-01232-6>
- Para S, Letsch A, Alt-Epping B et al. (2022) Symptom- und Belastungserfassung mit MIDOS oder IPOS – Kennzahl Symptom- und Bedarfser-

FAZIT

Im Rahmen des KESBa-Projekts hat sich gezeigt, dass die onkologische Fachpflege im Rahmen eines multiprofessionellen Symptom- und Belastungsscreenings eine zentrale Rolle einnehmen kann (Edler et al. 2022). Dieses sollte eingebunden sein in ein pflegerisches Beratungsangebot wie z. B. eine Pflegesprechstunde. Es braucht aber eine Reihe von Rahmenbedingungen, die geschaffen werden sollten:

Standardisierte Implementierung des Screenings in die klinischen Abläufe samt Schulung über die Erhebung, Auswertung und Konsequenz der ermittelten Ergebnisse für die anschließend ausführende Berufsgruppe (Braulke et al. 2023).

Verfügbarkeit eines multiprofessionellen digitalen Screeningtools, welches problemlos in das Klinikinformationssystem eingebunden werden kann.

Screening von allen onkologischen Patienten und keine Konzentration auf spezifische Patientengruppen. Bezogen auf die Erfassung des palliativen Unterstützungsbedarfs würde dies die frühe Integration von Palliativdiensten fördern. Mögliche Hindernisse, wie oben diskutiert, sollten im Rahmen von Beratungsgesprächen durch das multiprofessionelle Team abgebaut werden.

Zugang für die onkologische Fachpflege zu allen onkologischen Patient:innen, unabhängig vom Setting (Edler et al. 2022; Gerlach et al. 2023).

Durchführung des Screenings am besten im Rahmen eines Erstgesprächs mit der onkologischen Fachpflege (Mehler-Klamt et al. 2022) zur besseren Einbindung in den Pflegeprozess. Das Interpretieren der Ergebnisse und die Einleitung möglicher Konsequenzen bzw. das Einschalten spezialisierter Dienste sollte im Kompetenzrahmen der onkologischen Fachpflege liegen (Edler et al. 2022).

- fassung, KeSba-Projekt: Pilotierung einer neuen palliativmedizinischen Kennzahl. *Forum* 37:405–407. <https://doi.org/10.1007/s12312-022-01116-1>
- Roch C, Heckel M, Oorschot B van et al. (2021) Screening for palliative care needs: Pilot data from German Comprehensive Cancer Centers. *JCO Oncology Practice*. <https://doi.org/10.1200/OP.20.00698>

Angaben zum Erstautor

Daniel Edler
 Fachpflegeexperte für Onkologie
 Abteilung Qualitätsmanagement Pflege
 Klinikum St. Georg gGmbH
 Delitzscher Straße 141
 04129 Leipzig
 daniel.edler@sanktgeorg.de